

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΡΙΚΩΝ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΩΝ

Α. ΖΗΣΗΣ*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ομαλή λειτουργία μιας μερικής οδοντοστοιχίας και η εύκολη αποδοχή της σχετίζεται με την ικανότητά της να αντιστέκεται στις ασκούμενες δυνάμεις, να παρέχει δηλαδή λειτουργική σταθερότητα. Είναι σημαντικό για το σχεδιασμό της να αναγνωρίζονται τόσο οι δυνάμεις που ασκούνται κατά τις λειτουργικές της κινήσεις όσο και τα μέσα αντιμετώπισής τους. Στο παρόν άρθρο αναφέρονται οι κινήσεις που επιτελεί μία μερική οδοντοστοιχία, οι δυνάμεις που ασκούνται στους υποστηρίζοντες ιστούς κατά τη λειτουργία της και οι παράγοντες που ελέγχουν την άσκηση πίεσης. Επί πλέον περιγράφονται τα σφάλματα κατά την κατασκευή των μερικών οδοντοστοιχιών που επηρεάζουν τη λειτουργική σταθερότητα, τα πιθανά προβλήματα που προκύπτουν μετά την τοποθέτηση και ο τρόπος αντιμετώπισής τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μερικές οδοντοστοιχίες (μ.ο.), κινητές προσθέσεις που αντικαθιστούν ένα ή περισσότερα φυσικά δόντια, και που σκοπό έχουν να αποκαταστήσουν τη διαταραχθείσα από την απώλεια των δοντιών σύγκλειση, την αισθητική, τη φωνητική, αλλά και τη μάσηση, πρέπει να κατασκευάζονται με προδιαγραφές μακροχρόνιας λειτουργίας και όχι με τη λογική ενός μεταβατικού σταδίου προς την ολική οδοντοστοιχία¹. Για να το επιτύχουν αυτό, αλλά κυρίως για να είναι εύκολα αποδεκτές από τους ασθενείς, πρέπει να εναρμονίζονται στα πλαίσια λειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος και να μην προκαλούν βλάβες στους ιστούς που τις στηρίζουν. Η κατασκευή μιας μ.ο. αποτελεί μία μη επεμβατική, χαμηλού κόστους λύση προσθετικής αποκατάστασης, ιδιαίτερα στις περι-

πτώσεις νωδότητας Ιης και Ιας τάξης κατά Kennedy.

Η ομαλή λειτουργία των μερικών οδοντοστοιχιών, που συνήθως εδράζονται ταυτοχρόνως σε μαλακούς και σκληρούς ιστούς, εξασφαλίζεται με τη μεταφορά των ασκούμενων μασητικών δυνάμεων στους υποστηρίζοντες ιστούς κατά τέτοιο τρόπο, ώστε αφ'ενός να μην προκαλείται δυσφορία στον ασθενή και αφ'ετέρου να μην προκαλούνται βλάβες. Η εύκολη αποδοχή τους στηρίζεται στο γεγονός ότι πρέπει να πληρούν ορισμένα κριτήρια κατασκευής, τόσο αντικειμενικά όσο και υποκειμενικά. Το "να μην είναι χαλαρές", όπως εκφράζει την απαίτηση ή το πρόβλημα ο ασθενής, αποτελεί ένα βασικό κριτήριο αποδοχής.

Το αν μένει σταθερή στη θέση της και συγκρατείται ή είναι "χαλαρή" μία μερική οδοντοστοιχία σχετίζεται με τρεις βασικές ιδιότητες που πρέπει να έχει: α) συγκράτηση, που είναι η ικανότητά της να αντιστέκεται σε δυνάμεις αντίθετες προς τη φορά τοποθέτησής της, β) στήριξη, που είναι η ικανότητα να αντιστέκεται σε δυνάμεις που τείνουν να την εμβυθίσουν στο βλεννογόνο και γ) σταθερότητα, που είναι η ικανότητα να μην εκτοπίζεται από οριζόντιες δυνάμεις¹⁻³.

Οι ιδιότητες αυτές, που δεν είναι εύκολο να διαχωρισθούν τουλάχιστον από τον ασθενή,

Εισήγηση στην ΛΔ' Ετησία Οδοντοστοματολογική Σύνοδο της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος - Δελφοί, 2-5 Σεπτεμβρίου 1999.

* Αναπληρωτής Καθηγητής Προσθετολογίας Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΟΡΟΙ ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ: Μερική οδοντοστοιχία, Συγκράτηση, Στήριξη, Σταθερότητα.

αλληλοσυμπληρώνονται και εφ' όσον εκδηλώνονται ικανοποιητικά, τότε παρέχουν στη μ.ο. "λειτουργική σταθερότητα".

Τα προβλήματα λειτουργικής σταθερότητας, δηλαδή η μειωμένη συγκράτηση, στήριξη και σταθερότητα της μ.ο. κατά τη λειτουργία της, σχετίζονται άμεσα με τον τρόπο άσκησης των δυνάμεων. Γενικά, οφείλονται σε λανθασμένο σχεδιασμό του μεταλλικού σκελετού, σε ανεπαρκή κάλυψη της επιφάνειας έδρασης και λανθασμένο πρότυπο σύγκλεισης¹. Η σχεδίαση του μεταλλικού σκελετού απαιτεί να ληφθούν υπ' όψιν όλοι εκείνοι οι μηχανικοί παράγοντες (στατικοί και δυναμικοί) που σχετίζονται με την άσκηση δυνάμεων στα παραμένοντα δόντια και στην ακρολοφία.

Συνεπώς, θεωρείται πολύ σημαντικό, πριν από την έναρξη της σχεδίασης, να αναγνωρισθούν οι δυνάμεις εκείνες που θα εφαρμόζουν στη μ.ο. κατά τις διάφορες λειτουργικές κινήσεις της (κατάποση, ομιλία, μάσηση). Τα μέσα αντίστασης στις δυνάμεις αυτές και της υποστήριξης της μ.ο. είναι η βάση της σχεδίασης³. Είναι ευνόητο ότι οι δυνάμεις αυτές παίζουν πιο σημαντικό ρόλο στις μ.ο. μικτής στήριξης και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις πρώτης ομάδας κατά Kennedy⁴. Για την καλύτερη κατανόηση του προβλήματος, περιγράφονται α) οι κινήσεις (μετατόπιση) της μ.ο. κατά τη λειτουργία της και β) οι δυνάμεις που ασκούνται μέσω της μ.ο. στους υποστηρίζοντες ιστούς.

ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΜΕΡΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΑΣ

Κατά τη λειτουργία της μία μ.ο. επιτελεί πλήθος κινήσεων, από απλές έως πολύπλοκες, που κατά μία ταξινόμηση⁵ είναι οι ακόλουθες: α) περιστροφή περί τη γραμμή υπομοχλίου (γραμμή που διέρχεται από τις μασητικές επιφάνειες των δύο άπω δοντιών στηριγμάτων, β) περιστροφή περί τον άξονα περιστροφής (γραμμή που διέρχεται εγγύς-άπω του δοντιού στηρίγματος), γ) περιστροφή περί τον κατακόρυφο άξονα που διέρχεται από το κέντρο του οδοντικού τόξου και δ) συνδυασμό των ανωτέρω.

Η διεύθυνση και ο βαθμός των μετακινήσεων της μ.ο. εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την

ανατομία της ακρολοφίας που την υποστηρίζει, από τη σχεδίασή της και κυρίως από το μέγεθος των ασκούμενων δυνάμεων.

ΔΥΝΑΜΕΙΣ ΠΟΥ ΑΣΚΟΥΝΤΑΙ ΜΕΣΩ ΜΙΑΣ ΜΕΡΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΝΤΕΣ ΙΣΤΟΥΣ

Οι δυνάμεις που ασκούνται στους υποστηρίζοντες ιστούς μέσω μιας μ.ο. αποτελούν πρακτικά το μασητικό φορτίο, το οποίο μεταφέρεται α) υπό μορφή εφελκυσμού μέσω της περιοδικής μεμβράνης των δοντιών στηριγμάτων και β) υπό μορφή θλιπτικών δυνάμεων κατ' ευθείαν στο βλενογόνο και το υποκείμενο οστούν⁴. Έχει υπολογισθεί ότι οι δυνάμεις που ασκούνται σε δόντι στήριγμα κατά τη μάσηση φυστικών είναι 2,7Kg κατά την παρειογλωσσική κατεύθυνση, 3,07Kg κατά τη μασητική και 3,54Kg κατά την προσθιοπίσθια⁶. Το μέγεθος των δυνάμεων αυτών ποικίλει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και την υγεία του ασθενή, αφού οι παράγοντες αυτοί επιδρούν στους μύες της μάσησης.

Οι δυνάμεις που επιδρούν στις μ.ο. επενεργούν σε όλα τα επίπεδα μέσα στο χώρο και ταξινομούνται σε:

A. Δυνάμεις κατακόρυφες ή δυνάμεις σύγκλεισης^{2,3,5,7,8}

Οι δυνάμεις αυτές κατευθύνονται προς τη νωδή ακρολοφία και προς τα δόντια στηρίγματα τα οποία και τείνουν να περιστραφούν περί τον επιμήκη άξονά τους. Ειδικότερα, η επίδραση του μασητικού φορτίου σε μία μ.ο. ελευθέρων άκρων έχει ως αποτέλεσμα την εμβύθιση του εφιππίου στο βλενογόνο και περιστροφή των ακραίων δοντιών στηριγμάτων περί τον επιμήκη άξονά τους. Οι δυνάμεις αυτές θα πρέπει να κατανέμονται σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερη έκταση και παράλληλα με τον επιμήκη άξονα των δοντιών στηριγμάτων. Η μεταφορά αυτή των δυνάμεων από τη μερική οδοντοστοιχία στα δόντια στηρίγματα γίνεται μέσω των αντηριδών (μασητικής, κοπτικής ή γλωσσικής) στις περιπτώσεις χρήσης αγκίστρων και στις περιπτώσεις χρησιμοποίησης συνδέσμων ακρι-

βείας, μέσω του εκάστοτε είδους συγκρατητικού μηχανισμού τους. Η μεταφορά τους στο υποκείμενο οστών γίνεται μέσω των εφιππίων και του μείζονα συνδετήρα.

Η αντιμετώπιση των δυνάμεων αυτών επιτυγχάνεται: α) με την επέκταση της βάσης της μ.ο. σε όσο είναι δυνατόν μεγαλύτερη προσφερόμενη επιφάνεια, β) με την κατάλληλη εκλογή του μείζονα συνδετήρα, γ) με την επιλογή της θέσης τοποθέτησης των μασητικών αντηρίδων ή την κατάλληλη επιλογή συνδέσμου και δ) με τη χρήση οδηγών επιπέδων. Ειδικότερα στις μ.ο. ελευθέρων άκρων οι αντηρίδες δεν πρέπει να γειτνιάζουν με τη νωδή περιοχή και αυτό επιτυγχάνεται με τη μετατόπιση της γραμμής υπομοχλίου εγγύς, ενώ στις μ.ο. οδοντικής στήριξης οι μασητικές αντηρίδες καλό είναι να γειτνιάζουν με τη νωδή περιοχή, με την προϋπόθεση ότι το επιτρέπει η σύγκλιση των φυσικών δοντιών.

Η χρήση έμμεσων συγκρατητικών στοιχείων αποτελεί άλλο ένα ουσιαστικό παράγοντα αντιμετώπισης των δυνάμεων αυτών. Και πρέπει να τονισθεί ότι ανεξάρτητα από το είδος του άμεσου συγκρατητικού στοιχείου, τα έμμεσα συγκρατητικά στοιχεία πρέπει να τοποθετούνται μπροστά από τη γραμμή υπομοχλίου και ο βραχίονας υπομοχλίου τους να είναι μεγάλος, γιατί αλλιώς δεν προσφέρουν συγκράτηση.

B. Δυνάμεις κάθετες εκτοπιστικές^{2,3,5,7,8}

Οι δυνάμεις αυτές τείνουν να αποσπύσουν τη μ.ο. από την επιφάνεια έδρασής της, όπως συμβαίνει με τη μάσηση κολλωδών τροφών ή με το βάρος μιας μ.ο. άνω γνάθου.

Στις περιπτώσεις μ.ο. με άγκιστρα, είναι η δύναμη εκείνη που τείνει να κάμψει τους συγκρατητικούς βραχίονες του αγκίστρου, έτσι ώστε να υπερκεράσουν τη μέγιστη περίμετρο του δοντιού στηρίγματος και να απωλεσθεί η συγκράτηση. Η δύναμη αυτή είναι συνάρτηση: α) του βάθους της εσοχής, β) της διατομής και του μεγέθους του αγκίστρου, γ) του μέτρου ελαστικότητας του μετάλλου, δ) του μήκους του βραχίονα του αγκίστρου, ε) της θέσης του βραχίονα σε σχέση με το σημείο εφαρμογής της δύναμης, στ) της αντίστασης τριβής του μετάλλου και ζ) της κινητικότητας του δοντιού στηρίγματος.

λου και ζ) της κινητικότητας του δοντιού στηρίγματος.

Στις περιπτώσεις που το συγκρατητικό στοιχείο είναι σύνδεσμος ακριβείας, η δύναμη αυτή είναι συνάρτηση: α) της σύμπτωσης της φοράς τοποθέτησης και αφαίρεσής τους, β) της επιφάνειας τριβής των δύο στοιχείων του συνδέσμου, που πρέπει να έχει ύψος τουλάχιστον 6mm στην όμορη προς τη νωδή περιοχή επιφάνεια του δοντιού στηρίγματος και γ) της αντοχής του κράματος, για να αποφεύγεται η φθορά του συνδέσμου που μειώνει τη συγκρατητική του ικανότητα.

Γ. Δυνάμεις οριζόντιες πλάγιες^{3,4,7-9}

Είναι οι δυνάμεις εκείνες που εφαρμόζουν στα δόντια στηρίγματα και στο βλεννογόνο όταν η κάτω γνάθος πλαγιολισθαίνει ενώ τα δόντια βρίσκονται σε επαφή, προκαλώντας έτσι τη μετακίνηση της μ.ο. Στα δόντια στηρίγματα προκαλείται περιστροφή περί τον επιμήκη άξονα και στις ακρολοφίες δημιουργούνται περιστροφικές τάσεις, που υποστηρίζεται ότι επιταχύνουν το βαθμό οστικής απορρόφησης. Η αντιμετώπιση των δυνάμεων αυτών επιτυγχάνεται: α) με την ορθή επαφή της βάσης της μ.ο. στην επιφάνεια έδρασης, β) με τη χρήση αντιρροπιστικού ή σταθεροποιητικού βραχίονα, είτε πρόκειται για άγκιστρο είτε για σύνδεσμο ακριβείας και γ) με την κατάλληλη επιλογή του μείζονα συνδετήρα.

Δ. Δυνάμεις οριζόντιες προσθιοπίσθιες^{2,3,7-9}

Οι δυνάμεις αυτές εφαρμόζουν όταν η κάτω γνάθος κινείται προς τα μπροστά και προς τα πίσω ενώ τα δόντια είναι σε επαφή. Η εφαρμογή των δυνάμεων αυτών έχει σαν αποτέλεσμα τη μετακίνηση της μ.ο. κατά τις αντίστοιχες κινήσεις της κάτω γνάθου. Η μετακίνηση της μ.ο. αποφεύγεται ή ελαχιστοποιείται: α) στις περιπτώσεις μ.ο. οδοντικής στήριξης (III ομάδας κατά Kennedy) από τα ίδια τα δόντια στηρίγματα, β) στις περιπτώσεις IV ομάδας κατά Kennedy από τα συγκρατητικά στοιχεία και γ) στις περιπτώσεις Ιης και ΙΙης ομάδας κατά Kennedy από τα συγκρατητικά στοιχεία και από τα εφίππια.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥΝ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΠΙΕΣΗΣ

Πολλές μελέτες¹⁰⁻²¹ διεξήχθησαν με σκοπό την ανεύρεση προτύπου σχεδιασμού των μ.ο., έτσι ώστε να αποτρέπεται η άσκηση καταστροφικών δυνάμεων και να προκαλείται η μικρότερη δυνατή βλάβη, τόσο στα δόντια στηρίγματα όσο και στο υποκείμενο οστό. Τα αποτελέσματά τους ποικίλουν και φυσικά δεν υπάρχουν σαφή συμπεράσματα ως προς το ποια σχεδίαση προκαλεί τη μικρότερη δυνατή βλάβη. Έχει υποστηριχθεί ότι μία μερική οδοντοστοιχία ελευθέρων άκρων, όταν ασκείται δύναμη στα εφίππιά της, περιστρέφεται μέσω των τμημάτων των μέσων συγκράτησής της κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να προκαλεί μία άπω κλίση των δοντιών στηριγμάτων. Η κλίση αυτή με τη σειρά της προκαλεί αυξημένη κινητικότητα των δοντιών, που μπορεί να προληφθεί εάν δοθεί ιδιαίτερη έμφαση και προσοχή στο σχεδιασμό της. Όμως, το μοντέλο αυτό συμπεριφοράς έχει αμφισβητηθεί από άλλες in vivo μελέτες, αφού κατά την κανονική λειτουργία της η μερική οδοντοστοιχία δεν περιστρέφεται πάντοτε μέσω των αντηρίδων. Επίσης, δεν βρέθηκε να επηρεάζεται η κινητικότητα των δοντιών στηριγμάτων από τους διαφορετικούς τύπους σχεδίασης του μεταλλικού σκελετού και ιδιαίτερα από τη θέση τοποθέτησης των μασητικών εφαπτήρων (εγγύς ή άπω). Επί πλέον δεν έχει βρεθεί διαφορά στην κατανομή των πιέσεων μεταξύ αγκίστρων και συνδέσμων ακριβείας^{20,21}.

Όπως προαναφέρθηκε, λόγω της πολυπλοκότητας των δυνάμεων που ασκούνται στους στηρίζοντες ιστούς, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις Ιης και ΙΙης ομάδας, έχουν προταθεί διάφοροι σχεδιασμοί του μεταλλικού σκελετού των μ.ο. Η πληθώρα των διάφορων τύπων συγκρατητικών στοιχείων (άγκστρα, σύνδεσμοι ακριβείας και μηχανισμοί απάμβλυνσης πιέσεων) που κυκλοφορούν στο εμπόριο και που υποστηρίχθηκε από τους κατασκευαστές τους ότι προκαλούν τις μικρότερες δυνατές βλάβες, υποδηλώνει την αμφισβήτηση που υπάρχει σχετικά με την υπεροχή ενός συγκεκριμένου μοντέλου έναντι

κάποιου άλλου. Συνεπώς, επαφίεται στη γνώση και την εμπειρία του οδοντιάτρου για να επιλέξει τον καταλληλότερο σχεδιασμό και μοντέλο συγκρατητικού στοιχείου.

ΣΦΑΛΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΩΝ ΜΕΡΙΚΩΝ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ

Παρά το γεγονός των διαφορετικών απόψεων που έχουν διατυπωθεί και του μεγάλου αριθμού των σχεδιασμών που έχουν προταθεί, υπάρχουν ορισμένοι κανόνες σχεδιασμού που αν δεν ληφθούν υπ' όψιν και ορισμένα στάδια κατά την κατασκευή της μ.ο. που αν δεν εκτελεσθούν σωστά, τότε θα επηρεασθεί αρνητικά η λειτουργική σταθερότητα της πρόσθεσης. Παραλείψεις και σφάλματα μπορεί να γίνουν σε όλα τα στάδια κατασκευής, από την εξέταση του ασθενή μέχρι και την παράδοση της μ.ο. Ορισμένα όμως είναι πιο βασικά και χαρακτηριστικά^{1-3,22,23}.

1) Η κακή επιλογή και τοποθέτηση των άμεσων και έμμεσων συγκρατητικών στοιχείων, όπως: α) η τοποθέτηση του καταληκτικού τμήματος του συγκρατητικού βραχίονα του αγκίστρου σε ανεπαρκές βάθος εσοχής, με αποτέλεσμα τη μειωμένη συγκράτηση της μ.ο., β) η τοποθέτησή του σε βάθος εσοχής μεγαλύτερο από το επιθυμητό, με αποτέλεσμα την αυξημένη μεν συγκρατητική του ικανότητα, αλλά και την πιθανή θραύση του και την αύξηση τάσεων στο δόντι στήριγμα, γ) η παράλειψη χρησιμοποίησης έμμεσων συγκρατητικών αντηρίδων, έστω και αν υπάρχουν σύνδεσμοι ακριβείας.

2) Η λανθασμένη επιλογή του μείζονα συνδετήρα, όπως: α) μείζονας συνδετήρας που δεν είναι άκαμπτος και παραμορφώνεται κατά την άσκηση πλαγίων δυνάμεων, β) μείζονας συνδετήρας που δεν καλύπτει την προσφερόμενη επιφάνεια επαρκώς και μεταφέρει περισσότερες τάσεις στα δόντια στηρίγματα.

3) Η αποτύπωση, όπως: ανεπαρκής κάλυψη της προσφερόμενης επιφάνειας, παραμόρφωση του βλεννογόνου λόγω άσκησης υπερβολικής πίεσης κατά την αποτύπωση και το είδος

της αποτύπωσης. Υποστηρίζεται μάλιστα ότι η μέθοδος της διπλής αποτύπωσης πλεονεκτεί.

4) Οι παράγοντες που σχετίζονται με την απόδοση του συγκλεισιακού σχήματος. Η σύμπτωση κεντρικής σχέσης-κεντρικής σύγκλεισης, η μείωση του μεγέθους της μασητικής τράπεζας σε σχέση με εκείνη που απέδιδαν τα φυσικά δόντια και η εκλογή οπισθίων δοντιών με στενή παρειογλωσσική διάσταση, θεωρούνται οι παράγοντες εκείνοι που συμβάλλουν στη λειτουργική σταθερότητα.

5) Παράγοντες που αναφέρονται στη βάση της οδοντοστοιχίας, όπως ο αλόγιστος τροχισμός των πτερυγίων και η κακή διαμόρφωση των λείων επιφανειών τους.

**ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑΣ
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ
ΤΗΣ ΜΕΡΙΚΗΣ
ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΑΣ^{1-4,22-25}**

Κατά την αρχική φάση χρήσης μιας μ.ο. και ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχει προηγούμενη εμπειρία, ο ασθενής δεν μπορεί εύκολα να "χειρισθεί" την πρόσθεση, επειδή δεν έχει αναπτυχθεί επαρκώς ο νευρομυϊκός συντονισμός. Με την πάροδο του χρόνου και εφ' όσον δεν υπάρχουν τα αντικειμενικά σφάλματα κατασκευής που προαναφέρθηκαν, το πρόβλημα αμβλύνεται. Αν όμως παρέλθει ο χρόνος προσαρμογής και η δυσκολία παραμένει, είναι απαραίτητο να γίνει προσεκτικός έλεγχος για να αναγνωρισθεί η αιτία του προβλήματος και να επιλυθεί με τον καλύτερο και ευκολότερο δυνατό τρόπο. Πρέπει να τονίσουμε ότι οι μ.ο. ελευθέρων άκρων παρουσιάζουν και τα περισσότερα προβλήματα λειτουργικής σταθερότητας, από ότι οι άλλες ομάδες και απαιτείται μεγαλύτερη προσοχή για τη διάγνωση του προβλήματος.

Δυστυχώς δεν υπάρχει ασφαλές και αντικειμενικό κριτήριο για να εκτιμήσουμε αν μία μ.ο. είναι "χαλαρή" ή όχι. Πρακτικά, στις περιπτώσεις μ.ο. ελευθέρων άκρων αν πιέσουμε με το δάκτυλό μας τα εφίππια, δεν πρέπει τα υπόλοιπα συγκρατητικά στοιχεία να απωλέσουν την επαφή με το δόντι στήριγμα.

Γενικά τα προβλήματα λειτουργικής σταθερότητας οφείλονται σε ατελή κάλυψη της προσφερόμενης επιφάνειας έδρασης, σε μειωμένη συγκρατητική ικανότητα των συγκρατητικών στοιχείων και σε πρόωρες επαφές δοντιών.

Πιο ειδικά:

1) Σε περιπτώσεις μειωμένης συγκράτησης της μ.ο. όταν τα δόντια δεν βρίσκονται σε σύγκλειση, τα αίτια συνήθως είναι: ο ανεπαρκής αριθμός δοντιών στηριγμάτων, η ανεπαρκής περιοχή εσοχής και η ατελής περιβολή του συγκρατητικού βραχίονα (σε περιπτώσεις κλασικών αγκίστρων), η ατελής εφαρμογή των δύο τμημάτων ή φθορά τους (σε περιπτώσεις συνδέσμων ακριβείας), η υπερέκταση των πτερυγίων και ο ευκίνητος ογκώδης βλενογόνο που δεν έχει αποτυπωθεί σωστά στις περιπτώσεις μ.ο. ελευθέρων άκρων.

2) Σε περιπτώσεις μειωμένης συγκράτησης κατά τον τεμαχισμό τροφής ή δήξη, τα αίτια είναι: ανεπαρκής εσοχή στο δόντι στήριγμα, ανεπαρκής υποστήριξη των προσθίων τεχνητών δοντιών στις περιπτώσεις IVης ομάδας κατά Kennedy και σε έξεις του ασθενή.

3) Τέλος, σε περιπτώσεις μειωμένης συγκράτησης κατά τη μάσηση, τα συνήθη αίτια είναι: δυσαρμονία κεντρικής σχέσης-κεντρικής σύγκλεισης είτε λόγω λανθασμένης καταγραφής, είτε λόγω πρόωρων επαφών, και τα υποεκτατικά πτερύγια που δεν πληρούν τις αύλακες, τα οπισθογόμφια προσκεφάλαια και τα γναθιαία κυρτώματα.

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑΣ**

Πολλές φορές στην καθ' ημέρα πράξη η συνήθης και προσφιλής τακτική για την αποκατάσταση της χαλαρής μ.ο. είναι η κάμψη με πένσα του συγκρατητικού βραχίονα, πρακτική που ανακυκλώνει το πρόβλημα και οδηγεί σε βλάβη της πρόσθεσης²³.

Ποια όμως είναι η πιο ενδεδειγμένη λύση για την αντιμετώπιση προβλημάτων λειτουργικής σταθερότητας; Η καλύτερη μέθοδος είναι η πρόληψη, και έτσι στην κατασκευή μιας μ.ο. είναι απαραίτητο να γίνει εκ των προτέρων ορθή εκτίμηση της περίπτωσης και να ακολουθηθεί

ένα σχέδιο θεραπείας, όπου απλοί, βασικοί κανόνες σχεδιασμού της, με ιδιαίτερη έμφαση στην επιλογή των στοιχείων εκείνων που προσφέρουν συγκράτηση, ευστάθεια και στήριξη, θα διέπουν την κατασκευή της.

Αξίζει να αναφερθούν ορισμένα βασικά στοιχεία που θα κρίνουν την επιλογή του άμεσου συγκρατητικού στοιχείου, άγκιστρα ή σύνδεσμοι ακριβείας.

Τα άγκιστρα^{1-4,7}

Τα άγκιστρα αποτελούν τον πλέον συνήθη, απλό και ασφαλή τρόπο επαφής της μ.ο. με τα δόντια στηρίγματα. Για να λειτουργούν σταθεροποιητικά και όχι εκτοπιστικά, πρέπει να περιέχουν όλα τα επιμέρους τμήματα που προσδίδουν συγκράτηση, στήριξη και σταθερότητα, δηλαδή να περιβάλλουν το δόντι στήριγμα περισσότερο από 180° σε επαρκές βάθος εσοχής, να μεταφέρουν παράλληλα προς τον επιμήκη άξονα του δοντιού στηρίγματος τις δυνάμεις, και να μην ασκούν καμία τάση στο δόντι στήριγμα σε κατάσταση ηρεμίας. Σημαντικός είναι ο ρόλος του μασητικού επαπτήρα στη λειτουργική σταθερότητα μιας μ.ο., αφού υποστηρίζεται ότι μεταφέρει κάθετα τις δυνάμεις σύγκλεισης στο δόντι στήριγμα, αποτρέπει την εμβύθισή της στο βλεννογόνο και εξασφαλίζει την ορθή επαφή του αγκίστρου στο δόντι στήριγμα. Παρ' όλα αυτά έχει διατυπωθεί και η άποψη της μη χρησιμοποίησής του¹⁶.

Οι σύνδεσμοι ακριβείας¹

Οι σύνδεσμοι ακριβείας, που είναι απαραίτητο να διαθέτουν ικανή επιφάνεια τριβής, να μη φθείρονται εύκολα και να έχουν εύκολη φορά ένθεσης, υποστηρίζεται ότι συγκριτικά με τα κλασικά άγκιστρα παρέχουν καλύτερη συγκράτηση και σταθερότητα, γεγονός που αποτελεί το δεύτερο πλεονέκτημα, πλην του αδιαμφισβήτητου εκείνου της αισθητικής. Όμως, αυτό φαίνεται ότι συμβαίνει μόνο κατά την αρχική φάση χρήσης της μ.ο., μέχρι να αναπτυχθεί ο νευρομυϊκός συντονισμός. Στις περιπτώσεις μ.ο. ελευθέρων άκρων, ιδίως όταν ο βλεννογόνος της επιφάνειας έδρασης είναι ευμετακίνητος, η χρήση των συνδέσμων ακριβείας είναι προβληματική. Η εξήγηση δίνεται από το γεγονός ότι η βία

ση της μ.ο. βυθίζεται στο βλεννογόνο, ενώ ο σύνδεσμος, που συνήθως είναι άκαμπτος, μεταφέρει όλο το μασητικό φορτίο στο δόντι στήριγμα με τη μορφή περιστροφικών τάσεων και όχι παράλληλα προς τον επιμήκη άξονα, επιταχύνοντας τη βλάβη του. Η χρήση συνδέσμων ακριβείας με μηχανισμό απάμβλυνσης των πιέσεων (πληθώρα μηχανισμών κυκλοφορεί στο εμπόριο) απαλλάσσει μεν το δόντι στήριγμα από την καταστρεπτική άσκηση των μασητικών δυνάμεων, αλλά μεταφέρει τις τάσεις στην πλησιέστερη προς το δόντι στήριγμα περιοχή, που συνήθως είναι η περιοχή των προγομφίων. Η περιοχή αυτή δεν έχει την ικανότητα, λόγω μεγέθους και ποιότητας οστού, να απορροφήσει όλο το μέγεθος των δυνάμεων, με αποτέλεσμα αφ' ενός την ανομοιόμορφη κατανομή των δυνάμεων και αφ' ετέρου την ταχύτερη απορρόφηση. Το πλήθος των διαφορετικού σχεδιασμού συνδέσμων ακριβείας καθιστά αδύνατη μία ξεκάθαρη τοποθέτηση στο ποιο σύνδεσμο θα πρέπει κανείς να επιλέξει.

Η συγκράτηση μιας κλασικής ή συμβατικής μ.ο. παρέχεται κυρίως από τα συγκρατητικά στοιχεία του αγκίστρου, αλλά οποιαδήποτε μορφή συγκράτησης που παρέχεται και από άλλα τμήματα της μ.ο., δρα θετικά για την υγεία των υποστηριζόντων ιστών, αφού μειώνοντας τη συγκρατητική δύναμη που πρέπει να δώσει το συγκρατητικό στοιχείο για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις, μειώνονται και οι δυνάμεις που ασκούνται στα δόντια στηρίγματα.

Είναι γεγονός ότι οι περισσότερες από τις ερευνητικές εργασίες των προηγούμενων δεκαετιών διεξήχθησαν *in vitro* και αφορούσαν κυρίως στην επίδραση του σχεδιασμού της μερικής οδοντοστοιχίας στην κατανομή των πιέσεων, την επίδρασή τους στην κινητικότητα των δοντιών στηριγμάτων, αλλά και στη λειτουργική τους σταθερότητα. Με τα συμπεράσματά τους έγινε προσπάθεια να ερμηνευθεί η *in vivo* συμπεριφορά των μερικών οδοντοστοιχιών. Έτσι προτάθηκαν πολλών ειδών σχεδιασμοί του μεταλλικού σκελετού με ιδιαίτερη έμφαση στα συγκρατητικά στοιχεία, με την προσδοκία της ευνοϊκότερης επίδρασης στη λειτουργία τους^{6,10,24,26-28}.

Το ερώτημα που προκύπτει είναι: πρέπει να ακολουθήσουμε πολύπλοκους σχεδιασμούς συγκρατητικών στοιχείων σε όσο το δυνατόν περισσότερα δόντια στηρίγματα, έτσι ώστε θεωρητικά να εξασφαλίσουμε τη μέγιστη δυνατή κατανομή των δυνάμεων προσφέροντας τη μέγιστη λειτουργική σταθερότητα, ή να επιλέξουμε έναν απλό σχεδιασμό.

Υπάρχουν πλέον τεκμηριωμένες επιδημιολογικές κλινικές μελέτες²⁸⁻³⁰ που αποδεικνύουν ότι η τήρηση καλής στοματικής υγιεινής και ο τακτικός επανέλεγχος των μ.ο. του ασθενή, είναι οι παράγοντες εκείνοι που παίζουν πρωταρχικό ρόλο στην καλή πρόγνωση και στη μακροχρόνια λειτουργία των μ.ο. σε αρμονία με τα στοιχεία του στοματογναθικού συστήματος.

SUMMARY

A. ZISSIS

FUNCTIONAL RETENTION AND STABILITY OF REMOVABLE PARTIAL DENTURES

STOMATOLOGIA 2000,57(1): 13-20

Normal function and easy acceptance of a removable partial denture are mainly related to its ability to resist the loading forces. This article deals with the functional retention and stability of partial dentures. In the first part, the movements of a partial denture during function, the loading forces applied and those factors which can control their transmission, are described. The pitfalls made during denture construction which affect the functional retention, the possible post-insertion problems and the method of solving them, are also discussed.

KEY WORDS: Partial denture, Functional retention, Support, Stability.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Π, ΖΗΣΗΣ Α, ΠΟΛΥΖΩΗΣ ΓΡ, ΣΤΑΥΡΑΚΗΣ Γ. Κινητή Προσθετική - Μερικές Οδοντοστοιχίες. Εκδόσεις Μπουνισέλ, Αθήνα, 1996: 5, 46, 55, 56, 60, 62
2. MILLER EL, GRASSO JF. Removable Partial Prosthodontics. 2nd ed. *Williams and Wilkins, Baltimore, 1981: 138, 141, 143, 148, 149*
3. BATES JF, HUGGETT R, STAFFORD G. Removable Denture Construction. 3rd ed. *Wright Publ, London, 1991: 61-63, 69*
4. WALTER JD. Removable Partial Denture Design. 2nd ed. *Br Dent Assoc Publ, London, 1990: 41, 94*
5. BEN-UR Z, AVIV I, MAHARSHAK B. Factors affecting displacement of free-end saddle removable partial dentures. *Quintessence Int 1991,22: 23-27*
6. MAXFIELD J, NICHOLLS J, SMITH D. The measurement of forces transmitted to abutment teeth of removable partial dentures. *J Prosthet Dent 1979,41: 134-138*
7. APPLGATE O. Essentials of removable denture prosthodontics. *WB Saunders Co, Philadelphia, 1954: 152, 153, 161*
8. LECHNER SK, Mac GREGOR AR. Removable Partial Prosthodontics. A Case Orientated Manual of Treatment Planning. *Wolfe, Mosby, 1994: 15, 34*
9. GRABER G. Removable Partial Dentures. *Thieme Vetlag, Stuttgart, 1988: 81, 85*
10. CHRISTIDOU L, OSBORNE J, CHAMBERLAIN JB. The effects of partial denture design on the mobility of abutment teeth. *Br Dent J 1973,135: 9-18*
11. Mac GREGOR AR, MILLER TPG, FARAH JW. Stress analysis of mandibular partial dentures with bounded and free-end saddles. *J Dent 1980,8: 27-34*
12. BERG E. Periodontal problems associated with the use of distal extension removable partial dentures - a matter of construction? *J Oral Rehabil 1985,12: 369-379*
13. BROWNING JD, MEADORS LW, EICK JD. Movement of three removable partial dentures clasp assemblies under occlusal loading. *J Prosthet Dent 1986,55: 69-74*
14. NAVAS MARIA TEREZA, M Del CAPO. A new free end removable partial denture design. *J Prosthet Dent 1993,70: 176-179*
15. HOSMAN HJ. The influence of clasp design of distal extension removable partial dentures on the periodontium of the abutment teeth. *Int J Prosthodont 1990,3: 356-265*
16. MEINING DA. Removable partial dentures without rests. *J Prosthet Dent 1994,72: 350-356*

17. KRAFT J. Support of removable partial dentures in situation with a unilaterally missing canine and a curved edentulous ridge. *J Prosthet Dent* 1997,77: 86-89
18. KWING-CHI LUK, TZUNG-SHIUM TSAI, SHEN-CHI HSU, FU LUNG WANG. Unilateral rotational path removable partial dentures for tilted mandibular molars: design and clinical applications. *J Prosthet Dent* 1997,78: 102-105
19. BEN-UR Z, GORFIL C, SHIFMAN A. Designing clasps for the asymmetric distal extension removable partial denture. *Int J Prosthodont* 1996,9: 174-178
20. BAZIRGAN M, BATES JF. Preliminary study of a method of measuring removable partial denture abutment tooth movement in vitro and in vivo. *J Prosthet Dent* 1986,56: 204-207
21. PEZZALI M, ROSSETTO M, CALDERALE PM. Evaluation of load transmission by distal extension removable partial dentures by using reflection photoelasticity. *J Prosthet Dent* 1986,56: 329-337
22. ΖΗΣΗΣ Α. Μερικές οδοντοστοιχίες ελευθέρων άκρων. Σχέδιο θεραπείας. *Συγχρ Οδοντ* 1995,15: 273-283
23. RENNER RP, BOUCHER LJ. Removable Partial Dentures. *Quintessence Publishing Co, Chicago, 1987: 352, 353*
24. GOODKIND RJ. The effects of removable partial dentures on abutment tooth mobility: a clinical study. *J Prosthet Dent* 1973,29: 139-146
25. BERG T, CAPUTO AA. Maxillary distal extension removable partial denture abutments with reduced periodontal support. *J Prosthet Dent* 1993,70: 345-350
26. Mac GREGOR AR, MILLER TPG, FARAH JW. Stress analysis of mandibular partial dentures with bounded and free-end saddles. *J Dent* 1980,8: 27-34
27. BATES JF. Retention of partial dentures. *Br Dent J* 1980,149: 171-176
28. KAPUR KK, DEUPREE R, DENT R, HASSE AL. A randomized clinical trial of two basic removable partial denture designs. Part I: comparisons of five-year success rates and periodontal health. *J Prosthet Dent* 1994,72: 268-282
29. WILDING JC, REDDY J. Periodontal disease in partial denture wearers - a biological index. *J Oral Rehabil* 1987,14: 111-124
30. BUTZ-JORGENSEN E, BOCHET G. Alternate framework design for removable partial dentures. *J Prosthet Dent* 1998,80: 58-66

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

Α. Ζήσης
Έβρου 60 & Δερβένων 1
115 27 ΑΘΗΝΑ

ΕΠΙΔΕΡΜΟΕΙΔΕΙΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΚΛΙΝΙΚΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ε. ΠΙΠΕΡΗ*, Α. ΣΚΛΑΒΟΥΝΟΥ**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι επιδερμοειδείς κύστεις ανήκουν σε μία ομάδα βλαβών δυσπλαστικής αιτιολογίας με το γενικό όρο δερμοειδείς, οι οποίες αναπτύσσονται σπάνια στη στοματική κοιλότητα. Εμφανίζονται συνήθως κατά τη δεύτερη και τρίτη δεκαετία της ζωής σαν ασυμπτωματικές διογκώσεις με ζυμώδη σύσταση και πιο συχνή εντόπιση το έδαφος του στόματος. Η διάγνωση τίθεται μετά από ιστοπαθολογική εξέταση και θεραπεία εκλογής αποτελεί η πλήρης χειρουργική εξαίρεση. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη των κλινικοπαθολογικών χαρακτηριστικών των επιδερμοειδών κύστεων του βλεννογόνου του στόματος και των οστών των γνάθων και η συγκριτική τους αξιολόγηση με τα ευρήματα της προσιτής διεθνούς βιβλιογραφίας. Καταγράφηκαν 8 περιπτώσεις επιδερμοειδών κύστεων, οι οποίες προέρχονταν από τα αρχεία του Ιστοπαθολογικού Εργαστηρίου της Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και αποτελούσαν το 0,04% του συνόλου των βιοψιών κατά τη χρονική περίοδο 1974-1998 και το 0,25% περίπου του αντιστοίχου συνόλου των κύστεων. Η μελέτη αφορούσε στην επεξεργασία και αξιολόγηση των κλινικών πληροφοριών που αναγράφονταν στα παραπεμπτικά των ιστολογικών εξετάσεων και στην ιστοπαθολογική επανεξέταση των αντίστοιχων ιστοτεμαχίων. Από την ανάλυση των παραπάνω στοιχείων προέκυψε ότι οι επιδερμοειδείς κύστεις ήταν πιο συχνές στους άνδρες με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης κατά τη δεύτερη και τρίτη δεκαετία της ζωής και εντοπιζόνταν συνήθως στην παρειά. Η πλειοψηφία τους εμφάνιζε αργή αύξηση με μέση διάρκεια μέχρι τη στιγμή της διάγνωσης τα 2,5 έτη. Ιστοπαθολογικά, σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις παρατηρήθηκε σχηματισμός κυστικής κοιλότητας με τοίχωμα πυκνού ινώδους συνδετικού ιστού χωρίς εξαρτήματα του δέρματος, που επενδυόταν από πολύστοιβο πλακώδες ορθοκερατινοποιημένο επιθήλιο. Συζητούνται οι απόψεις για την ιστογένεση των βλαβών και η σημασία της ορθής διαφοροδιάγνωσης στην επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι επιδερμοειδείς κύστεις αποτελούν μέρος μιας ομάδας βλαβών δυσπλαστικής αιτιολογίας που ονομάζονται δερμοειδείς και περιγράφηκαν για πρώτη φορά από τον Roser το 1859¹.

Ανακοινώθηκε στην ΛΔ' Ετήσια Οδοντοστοματολογική Σύνοδο της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος - Δελφοί, 2-5 Σεπτεμβρίου 1999.

* Επιστημονικός Συνεργάτης, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής του Στόματος, Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Αθηνών.

** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής του Στόματος, Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΟΡΟΙ ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ: Επιδερμοειδής κύστη, Στοματική κοιλότητα, Κλινικοπαθολογική μελέτη, Ανασκόπηση.

Οι δερμοειδείς κύστεις εντοπίζονται στα μαλακά μόρια διαφόρων περιοχών του σώματος, αλλά είναι ιδιαίτερα σπάνιες στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου με συχνότητα εμφάνισης 7%, ενώ ενδοστοματικά εμφανίζονται σε ακόμη μικρότερο ποσοστό, 2% περίπου², συνήθως στην πρόσθια μοίρα του εδάφους του στόματος³⁻¹⁷ και σε σπάνιες περιπτώσεις στη γλώσσα¹⁸⁻²¹, στα χείλη^{5,22-25} και στην παρειά²⁶⁻²⁹. Αν και μπορεί να υπάρχουν κατά τη γέννηση ή να γίνονται εμφανείς σε μεγάλη ηλικία, στην πλειονότητά τους αναπτύσσονται κατά τη δεύτερη και τρίτη δεκαετία της ζωής, ενώ δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερη προτίμηση φύλου^{1,4,15}.

Ιστοπαθολογικά διαχωρίζονται σε τρεις ποιότητες: τις δερμοειδείς, τις επιδερμοειδείς και τις

τερατοειδείς, ανάλογα με τα ιστολογικά ευρήματα που παρατηρούνται στο τοίχωμά τους¹. Οι επιδερμοειδείς κύστεις επενδύονται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο με υπερπλαστική ορθοκερατίνη ή παρακερατίνη στοιβάδα, το οποίο υποστηρίζεται από τοίχωμα ινώδους συνδετικού ιστού χωρίς εξαρτήματα του δέρματος, ενώ η κοιλότητα περιέχει μόνο κερατίνη. Αντίθετα, οι δερμοειδείς κύστεις εμφανίζουν τοίχωμα που επενδύεται από πλακώδες επιθήλιο με δερματικά εξαρτήματα (σμηγματογόνοι και ιδρωτοποιοί αδένες, θύλακοι τριχών), ενώ οι τερατοειδείς ή τερατώματα εμφανίζουν επιπρόσθετα και στοιχεία του μέσου βλαστικού δέρματος (π.χ. μύες, οστούν, αγγεία, γαστρεντερικός και αναπνευστικός βλεννογόνος). Η ιστολογική αυτή διαφοροποίηση είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς έχουν αναφερθεί περιστατικά κακοήθους εξαλλαγής δερμοειδών και τερατοειδών κύστεων σε διάφορες εξωστοματικές περιοχές^{30,31}.

Κλινικά, δεν λαμβάνουν συνήθως μεγάλες διαστάσεις και εμφανίζονται σαν ασυμπτωματικές διογκώσεις με λεία επιφάνεια και ζυμώδη σύσταση^{12,32}. Σπάνια, μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα στην ομιλία, μάσηση και κατάποση ή ακόμη και αισθητική δυσμορφία¹². Η διάγνωση τίθεται ιστολογικά και θεραπεία εκλογής αποτελεί η ολική χειρουργική εξαίρεση^{12,32}.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη και καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης, της διάρκειας και της επιμέρους εντόπισης των επιδερμοειδών κύστεων σε σχέση με το φύλο και την ηλικία, καθώς και η ανάλυση των ιστοπαθολογικών τους χαρακτηριστικών, σε σύγκριση με ανάλογα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στα κλινικοπαθολογικά εκείνα χαρακτηριστικά που μπορούν να βοηθήσουν στο σωστό διαγνωστικό προσανατολισμό του οδοντιάτρου και στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό της μελέτης προερχόταν από το αρχείο των καταχωρημένων ιστοπαθολογικών εκθέσεων του Εργαστηρίου της Στοματολογίας, της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Αναζητήθηκαν όλες οι περιπτώσεις στις οποίες η διάγνωση ήταν επιδερμοειδής κύστη και εντοπιζονταν είτε στο βλεννογόνο του στόματος, είτε στα οστά των γνάθων. Επελέγησαν τελικά για ανάλυση 8 περιπτώσεις, οι οποίες συνιστούσαν το 0,04% του συνόλου των 17.243 ιστοπαθολογικών εκθέσεων κατά τη χρονική περίοδο Ιανουάριος 1974 - Δεκέμβριος 1998 και το 0,25% περίπου του συνόλου των 3.195 διαγνωσθέντων κύστεων κατά το ίδιο χρονικό διάστημα.

Έγινε επεξεργασία των κλινικών στοιχείων που αναγράφονταν στα παραπεμπτικά των ιστολογικών εξετάσεων και περιλάμβαναν το φύλο, την ηλικία, την εντόπιση, τις διαστάσεις, τη χρονική διάρκεια εμφάνισης στη στοματική κοιλότητα και την κλινική εικόνα, καθώς και την τυχόν ακτινογραφική εικόνα και συμπτωματολογία.

Η επιβεβαίωση της ιστολογικής διάγνωσης των περιπτώσεων έγινε μετά από επανεξέταση των αντιστοιχών αντιπροσωπευτικών μικροτομών αιματοξυλίνης-ηωσίνης και από τους δύο συγγραφείς χωριστά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα κλινικά χαρακτηριστικά των 8 περιπτώσεων αναφέρονται στους πίνακες 1 και 2.

Έξι κύστεις εμφανίστηκαν σε άνδρες (75%) και δύο σε γυναίκες (25%), ενώ η αναλογία ανδρών - γυναικών ήταν 3:1. Η ηλικία εμφάνισης κυμαινόταν από 23 έτη μέχρι 63 έτη, με μέση ηλικία τα 33,5 έτη. Με βάση τα προσιτά στοιχεία, η διάρκεια των βλαβών μέχρι τη στιγμή της διάγνωσης κυμαινόταν από ένα μήνα έως πέντε έτη, με μέση διάρκεια στη στοματική κοιλότητα τα 2,5 έτη.

Η πιο συχνή εντόπιση ήταν η παρειά, καθώς παρατηρήθηκαν 4 περιπτώσεις (4/8, ποσοστό 50%), δύο εκ των οποίων σε γυναίκες και ακολουθούσαν κατά σειρά συχνότητας τα χείλη, με ισότιμες εντοπίσεις στο άνω και στο κάτω χείλος αντίστοιχα (2/8, ποσοστό 25%), το έδαφος του στόματος (1/8, ποσοστό 12,5%) και το ιγμόρειο άντρο (1/8, ποσοστό 12,5%) με μία περίπτωση αντίστοιχα. Οι διαστάσεις, όταν αναφέρονταν, κυμαίνονταν από 0,7cm έως 6cm, με μέση διάμετρο τα 2,5cm.

Πίνακας 1. Κλινικοί χαρακτήρες 8 περιπτώσεων επιδερμοειδών κύστεων

| Αρ. περίπτωσης | Εντόπιση | Φύλο | Ηλικία(έτη) | Διάρκεια | Διαστάσεις(cm) |
|----------------|-----------------|---------|-------------|----------|----------------|
| 1. | παρειά | γυναίκα | 25 | 5 έτη | 2,5x2x1,5 |
| 2.* | παρειά | άνδρας | 35 | 5 έτη | 1,5x1,5x1,5 |
| 3. | ιγμόρειο | άνδρας | 63 | 1 μήνας | 5x5x6 |
| 4. | άνω χείλος | άνδρας | 25 | ? μήνες | 0,9x0,9x0,7 |
| 5. | έδαφος στόματος | άνδρας | 23 | 6 μήνες | 5x4x3 |
| 6. | παρειά | γυναίκα | 38 | ? | ? |
| 7. | παρειά | άνδρας | 25 | 2 έτη | 1,5x1,5x1,5 |
| 8. | κάτω χείλος | άνδρας | 34 | ? | ? |

* υποτροπή

Η κλινική εικόνα σε όλες τις περιπτώσεις αφορούσε σε διόγκωση με λεία επιφάνεια και χροιά φυσιολογική έως υποκίτρινη (Εικ. 1). Εξαιρέση αποτελούσε η επιδερμοειδής κύστη που εντοπιζόταν στο ιγμόρειο άντρο. Η σύσταση κυμαινόταν από μαλακή έως ελαστική, ενώ ιστορικό τραύματος δεν αναφερόταν σε καμία περίπτωση. Όσον αφορά στη συμπτωματολο-



Εικ. 1. Διόγκωση φυσιολογικής χροιάς με ζυμώδη σύσταση στο βλεννογόνο της δεξιάς παρειάς ασθενούς 25 ετών. Η βλάβη προέβαλε και εξωστοματικά (Περίπτωση αριθ. 1).

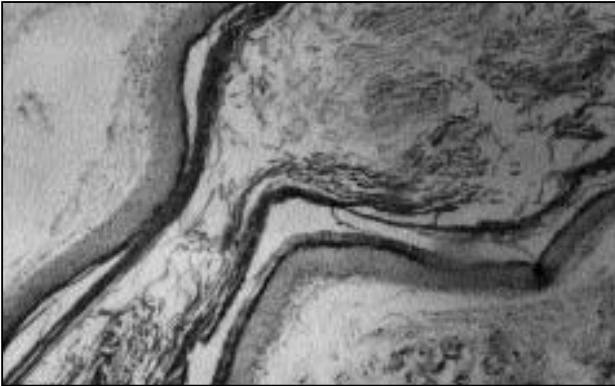
γία, μόνο στην περίπτωση εντόπισης στο ιγμόρειο άντρο αναφερόταν πόνος.

Η ιστοπαθολογική εξέταση αποκάλυψε σε όλες τις περιπτώσεις κυστική κοιλότητα με τοίχωμα πυκνού ινώδους συνδετικού ιστού, το οποίο επενδυόταν από λεπτού πάχους πολυστοιβό πλακώδες ορθοκερατινοποιημένο επιθήλιο με ρυτιδωμένη επιφάνεια και σαφή κοκκώδη στοιβάδα (Εικ. 2). Σε πολλές περιπτώσεις, η κοιλότητα ήταν πλήρης από ινδοειδή ορθοκερατίνη (Εικ. 3). Εξαιρέση αποτελούσε η περίπτωση επιδερμοειδούς κύστεως που εντοπιζόταν στο έδαφος του στόματος, στην οποία το επιθήλιο εμφανιζόταν υπερπλαστικό, εξελκωμένο στη μεγαλύτερή του έκταση και φλεγμονωδώς διηθημένο από κύτταρα χρόνιας φλεγμονής, ενώ στο τοίχωμα από ινώδη συνδετικό ιστό παρατηρήθηκαν πολυπύρρηνα γιγαντοκύτταρα του τύπου του ξένου σώματος και πυκνή φλεγμονώδης διήθηση από λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα (Εικ. 4).

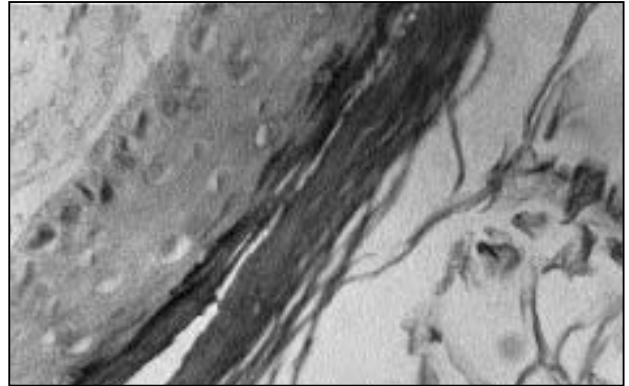
Από την ανασκόπηση της προσιτής διεθνούς βιβλιογραφίας, οι επιδερμοειδείς κύστεις με ενδοστοματική εντόπιση ανέρχονται σε 57 (Πίν.

Πίνακας 2. Συνοπτικά κλινικά στοιχεία 8 περιπτώσεων επιδερμοειδών κύστεων

| Σύνολο | Φύλο | | Μέση ηλικία (έτη) | Μέση διάρκεια (έτη) | Διαστάσεις (εκατοστά) | Εντόπιση | | | |
|--------|------|------|-------------------|---------------------|-----------------------|----------|-------|-----------------|----------------|
| | A | Γ | | | | παρειά | χείλη | έδαφος στόματος | ιγμόρειο άντρο |
| 8 | 6 | 2 | 33,5 | 2,5 | 2,5 | 4 | 2 | 1 | 1 |
| (%) | (75) | (25) | | | | (50) | (25) | (12,5) | (12,5) |



Εικ. 2. Ιστολογική εικόνα της περίπτωσης αριθ. 6. Διακρίνεται η κυστική κοιλότητα πλήρης κερατίνης και η επιθηλιακή επένδυση από λεπτό ορθοκερατινοποιημένο επιθήλιο. (Χρώση αιματοξυλίνης-ηωσίνης. Αρχική μεγέθυνση x25).

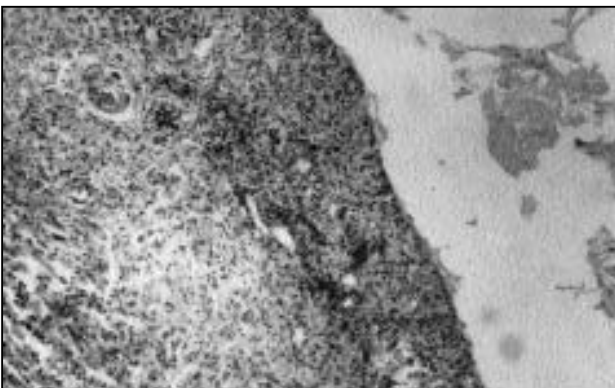


Εικ. 3. Μεγαλύτερη μεγέθυνση της εικόνας 2. Διακρίνεται ευκρινώς η ορθοκερατίνη και η κοκκώδης στοιβάδα του επενδυτικού επιθηλίου της κύστης. (Χρώση αιματοξυλίνης-ηωσίνης. Αρχική μεγέθυνση x40).

3). Το μεγαλύτερο ποσοστό των βλαβών (77% περίπου) εδράζεται στο έδαφος του στόματος και ακολουθούν τα χείλη, η παρειά και η γλώσσα, ενώ υπήρχαν και δύο ασυνήθεις εντοπίσεις στη σταφυλή και στην κάτω γνάθο (Πίν. 4). Με βάση τα προσιτά στοιχεία, δεν υπήρχε διαφορά φύλου, ενώ η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 30 έτη και η μέση διάρκεια στη στοματική κοιλότητα τα 4 έτη.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι επιδερμοειδείς κύστες αποτελούν μέρος μιας μεγάλης ομάδας βλαβών δυσπλαστικής αι-



Εικ. 4. Ιστολογική εικόνα τμήματος τοιχώματος επιδερμοειδούς κύστης (Περίπτωση αριθ. 5). Το επενδυτικό επιθήλιο είναι πυκνά διηθημένο από κύτταρα χρόνιου τύπου φλεγμονής, ενώ διακρίνονται στο τοίχωμα πολυπύρνα γιγαντοκύτταρα του τύπου του ξένου σώματος. (Χρώση αιματοξυλίνης-ηωσίνης. Αρχική μεγέθυνση x25).

τιολογίας, που καλούνται δερμοειδείς κύστεις¹ και η συχνότητα εμφάνισής τους στη στοματική κοιλότητα ανέρχεται στο 2% περίπου².

Με βάση τα ιστοπαθολογικά τους χαρακτηριστικά, οι επιδερμοειδείς κύστεις επενδύονται από πλακώδες επιθήλιο με υπερπλαστική ορθοκερατίνη ή παρακερατίνη στοιβάδα, το οποίο υποστηρίζεται από τοίχωμα ινώδους συνδετικού ιστού χωρίς εξαρτήματα του δέρματος, ενώ η κοιλότητα περιέχει μόνο κερατίνη¹.

Από τη μελέτη των 8 περιπτώσεων της παρούσας εργασίας προκύπτει ότι η πλειοψηφία των επιδερμοειδών κύστεων εμφάνιζε τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά, ενώ δεν ήταν ασυνήθης και η παρουσία φλεγμονώδους διηθήσεως στο τοίχωμα του ινώδους συνδετικού ιστού, πιθανότατα λόγω τραυματισμού, όπως στην περίπτωση αριθ. 5. Η βλάβη εδραζόταν στο έδαφος του στόματος, θέση που υπόκειται συχνά σε τραυματισμούς, ενώ το μεγάλο μέγεθός της (5x4x3cm), φαίνεται πως ευνοούσε τη δράση τραυματιολόγων παραγόντων.

Η παθογένεια των δερμοειδών κύστεων παραμένει αδιευκρίνιστη. Οι πιο πολλοί ερευνητές συνηγορούν υπέρ μιας διττής προέλευσης, είτε από την εμφύτευση επιθηλιακών κυττάρων μετά από τραυματισμό με επακόλουθο σχηματισμό κυστικής κοιλότητας, είτε από τον εγκλωβισμό αρχέγονων πολυδύνα-

Πίνακας 3. Κλινικοί χαρακτήρες 57 περιπτώσεων επιδερμοειδών κύστεων από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

| Συγγραφείς | Αρ. περιπτώσεων | Εντόπιση | Φύλο | Διάρκεια | Ηλικία (έτη) |
|-----------------------------------|-----------------|------------------|---------|------------|--------------|
| 1. Portales και Loscalzo, 1967 | 1 | παρειά | άνδρας | 4 έτη | 41 |
| 2. Torres και συν., 1970 | 1 | κάτω χείλος | γυναίκα | 2 μήνες | 14 |
| 3. Torres και συν., 1970 | 1 | έδαφος στόματος | άνδρας | 4 έτη | 20 |
| 4. Torres και συν., 1970 | 1 | κάτω γνάθος | άνδρας | 4 έτη | 17 |
| 5. Zielinski και συν., 1972 | 1 | έδαφος στόματος | άνδρας | ? | ενήλικας |
| 6. Gilbert RK., 1973 | 1 | έδαφος στόματος | γυναίκα | ? | ενήλικας |
| 7. Kuroyanagi και συν., 1973 | 1 | άνω χείλος | άνδρας | ? | ? |
| 8. Ettinger και συν., 1973 | 1 | άνω χείλος | άνδρας | 11 έτη | 59 |
| 9. Akerson και συν., 1974 | 1 | γλώσσα | γυναίκα | ? | ενήλικας |
| 10. Papanayotou και συν., 1977 | 1 | κάτω χείλος | άνδρας | 1 έτος | 21 |
| 11. Gutmann και συν., 1978 | 1 | παρειά | άνδρας | 1 έτος | 48 |
| 12. Schneider και συν., 1978 | 1 | παρειά | γυναίκα | ? | ενήλικας |
| 13. Lowry και συν., 1979 | 1 | έδαφος στόματος | άνδρας | ? | μέση ηλικία |
| 14. Yoshinari και συν., 1986 | 1 | σταφυλή | γυναίκα | εκ γενετής | νεογνό(6μ.) |
| 15. Rajayogeswaran και συν., 1989 | 1 | παρειά | άνδρας | 1 έτος | 25 |
| 16. Benoliel και συν., 1990 | 1 | έδαφος στόματος | γυναίκα | ? | 25 |
| 17. Okitsu και συν., 1990 | 1 | έδαφος στόματος | γυναίκα | εκ γενετής | 21 |
| 18. Zachariades και συν., 1990 | 1 | έδαφος στόματος | γυναίκα | ? | 45 |
| 19. Dohvoma και συν., 1992 | 1 | έδαφος στόματος | άνδρας | 4 μήνες | 53 |
| 20. Potts και συν., 1992 | 1 | έδαφος στόματος | γυναίκα | ? | 22 |
| 21. Calderon και συν., 1993 | 1 | γλώσσα | άνδρας | 4 ημερών | νεογνό |
| 22. Worley και συν., 1993 | 1 | έδαφος στόματος | άνδρας | ? | 9 |
| 23. King και συν., 1994 | 32 | έδαφος στόματος* | ? | ? | ? |
| 24. Cortezzi και συν., 1994 | 1 | έδαφος στόματος | άνδρας | μεγάλη | 20 |
| 25. Turetschek και συν., 1995 | 1 | έδαφος στόματος | γυναίκα | ? | ? |
| 26. Καψοκέφαλος και συν., 1995 | 1 | κάτω χείλος | γυναίκα | 6 μήνες | 35 |

* Βιβλιογραφική ανασκόπηση επιδερμοειδών κύστεων εδάφους στόματος.

μων κυττάρων κατά μήκος των γραμμών σύγκλεισης στην περίοδο της ανάπτυξης^{1,23,27,33}. Το γεγονός ότι καμία από τις περιπτώσεις μας και πολύ λίγα περιστατικά της διεθνούς βιβλιογραφίας (μόνον τέσσερις περιπτώσεις) συνοδεύονταν από ιστορικό τραύματος, σε

συνδυασμό με την εντόπιση πολλών βλαβών από το υλικό μας κατά μήκος των γραμμών σύγκλεισης, όπως στην παρειά, συνηγορεί υπέρ της προέλευσης των κύστεων αυτών από τον εμβρυολογικό εγκλωβισμό κυττάρων.

Πίνακας 4. Συνοπτικά κλινικά στοιχεία 57 περιπτώσεων επιδερμοειδών κύστεων από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

| Σύνολο | Φύλο | | Μέση ηλικία (έτη) | Μέση διάρκεια (έτη) | Εντόπιση | | | | | |
|--------|------|------|-------------------|---------------------|-----------------|-------|--------|--------|---------|-------------|
| | A | Γ | | | έδαφος στόματος | χείλη | παρειά | γλώσσα | σταφυλή | κάτω γνάθος |
| 57 | 14 | 11 | 30 | 4 | 44 | 5 | 4 | 2 | 1 | 1 |
| (%) | (56) | (44) | | | (77) | (8,5) | (7) | (3,5) | (2) | (2) |

Η πιο συχνή εντόπιση των δερμοειδών κύστεων, όπως προκύπτει από τα συνοπτικά στοιχεία των 57 περιπτώσεων της βιβλιογραφίας (Πίν. 4), είναι η πρόσθια μοίρα του εδάφους του στόματος (ποσοστό 77%)^{1,3-17}, ενώ έχουν αναφερθεί σπάνιες περιπτώσεις στη γλώσσα¹⁸⁻²¹, τα χείλη^{5,22-25}, την παρειά²⁶⁻²⁹, τη σταφυλή³⁴, αλλά και ενδοοστικά^{5,35}. Οι δερμοειδείς μάλιστα κύστεις του εδάφους του στόματος, με βάση την ανατομική τους συσχέτιση με τους υποκείμενους μύς ταξινομούνται σε μέσες (median), όταν εντοπίζονται άνωθεν ή κάτωθεν του γναθοϋοειδούς μύος και σε πλάγιες (lateral), οι οποίες είναι ιδιαίτερα σπάνιες και στην πλειοψηφία τους επιδερμοειδείς^{1,15,33}.

Σύμφωνα με τα δικά μας περιστατικά (Πίν. 2) η παρειά αποτελούσε τη συχνότερη εντόπιση (4/8, 50%), εύρημα το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς στο παρελθόν έχουν αναφερθεί συνολικά μόνο τέσσερις περιπτώσεις επιδερμοειδών κύστεων στον παρειακό βλεννογόνο. Η μία περίπτωση ανακοινώθηκε από τους Portales και Loscalzo²⁶ σε άνδρα μέσης ηλικίας, η άλλη από τους Gutmann και συν.²⁷ σε άνδρα επίσης μέσης ηλικίας, η οποία συνυπήρχε ιστολογικά με ενδοχοριακό σπίλο και σχετιζόταν με ιστορικό τραύματος. Η τρίτη περίπτωση δημοσιεύθηκε από τους Schneider και συν.²⁸ σε ενήλικη γυναίκα και η τέταρτη από τους Rajayogeswaran και συν.²⁹ σε ενήλικα άνδρα, με ιστορικό τραύματος στην περιοχή.

Οι επιδερμοειδείς κύστεις κλινικά εμφανίζονται σαν ασυμπτωματικές διογκώσεις με λεία επιφάνεια και υποκίτρινη χροιά και σύσταση που κυμαίνεται από μαλθακή έως ζυμώδη, ανάλογα με το περιεχόμενο της κυστικής κοιλότητας³². Συνήθως δεν δημιουργούν προβλήματα, εκτός εάν λάβουν μεγάλες διαστάσεις, οπότε μπορεί να προκαλέσουν δυσκολίες στην ομιλία, μάσηση και κατάποση υπεγείροντας τη γλώσσα, ή αισθητική δυσμορφία και αποφρακτικά φαινόμενα, ιδίως σε περίπτωση εντόπισης στην πρόσθια μοίρα του εδάφους του στόματος^{12,15,16}.

Με βάση τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας (Πίν. 3), μία από τις κύστεις του εδά-

φους του στόματος συνυπήρχε με υπογενείδια κύστη, ενώ δύο προέρχονταν από υποτροπή προϋπάρχουσας κύστης. Έξι κύστεις (πέντε στο έδαφος του στόματος και μία στη γλώσσα), λόγω εκτεταμένου μεγέθους και επιμόλυνσης, δημιούργησαν προβλήματα κατά την κατάποση και την αναπνοή και απειλήσαν τη ζωή του ασθενούς. Από τα δικά μας περιστατικά μόνο μία περίπτωση επιδερμοειδούς κύστης που εντοπιζόταν στην παρειά (περίπτωση αριθ. 2) αποτελούσε υποτροπή παρόμοιας βλάβης που είχε αφαιρεθεί πριν από πέντε χρόνια.

Η μέση ηλικία των ασθενών με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα ήταν τα 30 έτη, εύρημα που συμβαδίζει με τα αποτελέσματα των δικών μας περιστατικών, ενώ η μέση διάρκεια των βλαβών ήταν 4 έτη περίπου, σχεδόν δηλαδή διπλάσια σε σύγκριση με την αντίστοιχη των δικών μας περιστατικών (2,5 έτη). Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά φύλου και η θεραπεία εκλογής σε όλες τις περιπτώσεις ήταν η χειρουργική εξαίρεση. Σε αντίθεση με αυτή την παρατήρηση έρχονται τα ευρήματα της παρούσας εργασίας, όπου η πλειοψηφία των επιδερμοειδών κύστεων εμφανίστηκε σε άρρενες (6/8), σε ποσοστό 75%. Βέβαια πρέπει να σημειωθεί ότι το δείγμα των δικών μας περιστατικών είναι μικρό ώστε να μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα, τόσο όσον αφορά στην εντόπιση των βλαβών, όσο και στην προτίμηση του φύλου.

Τα κλινικά χαρακτηριστικά των επιδερμοειδών κύστεων δεν είναι παθολογικά και γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να αποτελούν, μαζί με τους καλοήθεις όγκους του μεσεγχυματικού, του νευρικού ιστού και των σιαλογόνων αδένων, μέρος της διαφορικής διάγνωσης, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις μέσου μεγέθους ασυμπτωματικών διογκώσεων της στοματικής κοιλότητας στην περιοχή της παρειάς και των χειλέων.

Η οριστική διάγνωση βασίζεται στην ιστοπαθολογική εξέταση¹, ενώ αρκετές διαγνωστικές δοκιμασίες συμβάλλουν στην ορθή τελική διάγνωση και στον καλύτερο προεγχειρητικό σχεδιασμό. Ανάμεσά τους συγκαταλέγονται η ακτινογραφία μετά από έγχυση σκιαγραφικού

υλικού, το υπερηχογράφημα, η αξονική τομογραφία (CT), η μαγνητική τομογραφία (MRI), καθώς και η σιαλογραφία και η πλάγια ξηρογραφία για βλάβες που εντοπίζονται στο έδαφος του στόματος^{9,17,33,36-39}.

Θεραπεία των δερμοειδών κύστεων αποτελεί η ολική χειρουργική εξαίρεση, η οποία εξασφαλίζει την αποφυγή υποτροπών. Η προσπέλαση γίνεται είτε ενδοστοματικά, είτε εξωστοματικά, ανάλογα με την εντόπιση και το μέγεθος της βλάβης, ενώ μερικές φορές, ιδίως σε μεγάλες βλάβες, αποδεικνύεται χρήσιμη η μερική εκκένωση του περιεχομένου της κύστεως και η μετέπειτα χειρουργική της εξαίρεση^{1,12,15}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανάλυση και την αξιολόγηση των κλινικών χαρακτήρων των 8 περιπτώσεων επιδερμοειδών κύστεων της στοματικής κοιλότητας, προκύπτουν οι ακόλουθες παρατηρήσεις:

1. Οι επιδερμοειδείς κύστεις εμφανίζονται συνήθως σε άρρενες νεαρής ηλικίας.
2. Εντοπίζονται συχνότερα στο βλεννογόνο της παρειάς και εκδηλώνονται σαν ασυμπτωματικοί όγκοι με ζυμώδη σύσταση.
3. Αυξάνονται βραδέως, με αποτέλεσμα να καθυστερεί η διάγνωση κατά μέσο όρο κατά 2,5 έτη.
4. Η συμπτωματολογία και οι υποτροπές είναι σπάνιες.
5. Οι κλινικοί χαρακτήρες δεν είναι παθολογικοί και η διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλαμβάνει άλλους καλοήθεις όγκους και κύστεις.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστίες εκφράζονται εκ μέρους των συγγραφέων προς τον Επίκουρο Καθηγητή της Γναθοχειρουργικής κ. Ι. Ιατρού, για την ευγενική προσφορά της κλινικής εικόνας που παρατίθεται στην εργασία.

SUMMARY

E. PIPERI, A. SKLAVOUNOU

EPIDERMOID CYSTS OF THE ORAL MUCOSA CLINICOPATHOLOGIC STUDY AND REVIEW OF THE LITERATURE

STOMATOLOGIA 2000,57(1): 21-29

Epidermoid cysts belong to a group of dysplastic lesions, under the general term dermoid cysts, which are histopathologically subdivided into dermoids, epidermoids and teratoids. They are considered to occur rarely in the oral cavity and they usually appear during the second and third decades of life as asymptomatic swellings with a "doughlike" feeling on palpation. They are most commonly located on the floor of the mouth. Diagnosis is confirmed by histopathologic examination and the treatment of choice is complete surgical removal. In the present study, the clinicopathologic features of 8 cases of epidermoid cysts of the oral cavity, derived from the files of the Department of Oral Pathology of the Dental School of the University of Athens during the period 1974-1998, are discussed and a review of the literature is also attempted.

KEY WORDS: Epidermoid cyst, Oral cavity, Clinicopathologic study, Review.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. MEYER I. Dermoid cyst of the floor of the mouth. *Oral Surg* 1955,8: 1149-1164
2. NEW GB, ERICH JB. Dermoid cysts of the head and neck. *Surg Gynecol Obstet* 1987,65: 48-55
3. NEW GB. Congenital cysts of the tongue, the floor of the mouth, the pharynx and the larynx. *Arch Otolaryngol* 1947,45: 145-147
4. OATIS GW, HARTMAN GL, ROBERTSON GR, SUGG WE. Dermoid cyst of the floor of the mouth. Report of a case. *Oral Surg* 1975,39: 192-196

5. TORRES SJ, HIGA TT. Epidermoidal cysts in the oral cavity. Report of three cases. *Oral Surg* 1970,30: 592-600
6. ZIELINSKI DE. Epidermoid cyst: report of a case. *JADA* 1972,84: 153-155
7. GILBERT RK. Sublingual epidermoid cyst. *Dent Radiol Photogr* 1973,46: 60-63
8. LOWRY RE, TEMPERO RM, DAVIS LF. Epidermoid cyst of the floor of the mouth. *J Oral Surg* 1979,37: 271-273
9. BENOLIEL R, KATZ J, NITZAN D. Diagnosis of a sublingual epidermoid cyst using contrast medium radiography: a case report. *Dentomaxillofac Radiol* 1990,19: 37-39
10. OKITSU M, HIRANUMA Y, SHIMAZAKI T, NAGAMINE K, INADA M, YAMAMOTO Y et al. Epidermoid cyst of the oral floor with massive deposition of melanin in the cystic epithelium. *Meikai-Daigaku-Shigaku-Zasshi* 1990,19: 418-423 (Abstr)
11. ZACHARIADES N, SKOURA-KAFOUSSIA C. A life threatening epidermoid cyst of the floor of the mouth: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1990,48: 400-403
12. DOHVOMA CN. Epidermoid cyst: an unusual cause of obstructive sialadenitis. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1992,30: 125-127
13. POTTS M, MACLEOD RI, McLEAN NR, CHIPPINDALE AJ. The value of magnetic resonance imaging in the assessment of a sublingual epidermoid cyst. *Dentomaxillofac Radiol* 1992,21: 102-104
14. WHORLEY CM, LASKIN DM. Coincidental sublingual and submental epidermoid cysts. *J Oral Maxillofac Surg* 1993,51: 787-790
15. KING RC, SMITH BR, BURK JL. Dermoid cyst in the floor of the mouth. Review of the literature and case reports. *Oral Surg* 1994,78: 567-576
16. CORTEZZI W, De ALBUQUERQUE EB. Secondarily infected epidermoid cyst in the floor of the mouth causing a life-threatening situation: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1994,52: 762-764
17. TURETSCHKE K, HOSPODKA H, STEINER E. Case report: epidermoid cyst of the floor of the mouth: diagnostic imaging by sonography, computed tomography and magnetic resonance imaging. *Br J Radiol* 1995,68: 205-207
18. LINK JF, McKEAN TW. Dermoid cysts: report of a case. *J Oral Surg* 1965,23: 451-454
19. MATHUR SK, MENON PRN. Dermoid cyst of the tongue. Report of a case. *Oral Surg* 1980,50: 217-218
20. AKERSON H, MILTORD ML. Epidermoid cyst of the tongue: report of a case. *J Oral Surg* 1974,32: 117-120
21. CALDERON S, KAPLAN I. Concomitant sublingual and submental epidermoid cysts: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 1993,51: 790-792
22. KUROYANAGI K, KAWABATA T, TOOI M. Epidermoid cyst of the upper lip: report of a case. *Bull Tokyo Dent Coll* 1973,14: 95-98 (Abstr)
23. ETTINGER RL, MANDERSON RD. Implantation keratinizing epidermoid cysts. A review and case history. *Oral Surg* 1973,36: 225-230
24. ΚΑΨΟΚΕΦΑΛΟΣ Α, ΛΑΣΚΑΡΗΣ Γ, ΚΙΤΤΑΣ Χ. Επιδερμοειδής κύστη στο κάτω χείλος. Αναφορά περίπτωσης. *Στοματολογία* 1995,52: 42-44
25. PAPANAYOTOU PH, KAYAVIS JC. Epidermoid implantation cyst of the lower lip: report of case. *J Oral Surg* 1977,35: 585-586
26. PORTALES C, LOSCALZO LJ. Unusual epidermal cyst. *Oral Surg* 1967,24: 581-584
27. GUTMANN J, CIFUENTES C, GANDULFO P, GUESALAGA F. Intradermal nevus associated with epidermoid cyst in the mucous membrane of the cheek. *Oral Surg* 1978,45: 76-82
28. SCHNEIDER LC, MESA ML. Epidermoid cyst of the buccal mucosa. *Q Natl Dent Assoc* 1978,36: 39-42
29. RAJAYOGESWARAN V, EVESON JW. Epidermoid cyst of the oral mucosa. *Oral Surg* 1989,67: 181-184
30. HALPERIN V. Dermoid cyst of the floor of the mouth. *J Oral Surg* 1968,26: 193-195
31. SCHOW SR, HUNSUCK EE, KEHAN EC. Benign cystic teratoma of the floor of the mouth. *J Oral Surg* 1974,32: 847-849
32. REGEZI JA, SCIUBBA J. Oral Pathology. Clinical - Pathologic Correlations. 2nd ed. *WB Saunders, Philadelphia*, 1993: 353
33. SEWARD GR. Dermoid cysts of the mouth. *Br J Oral Surg* 1965,3: 36-47
34. YOSHINARI M, NAGAYAMA M. Epidermoid cyst of the uvula: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1986,44: 828-829
35. CRAIG GT, LOLLAND CS, HINDLE MO. Dermoid cysts of the mandible. *Br J Oral Surg* 1980,18: 230-237

36. RAPIDIS AD, AGELOPOULOS AP, SCOUTERIS C.
Dermoid cyst of the floor of the mouth: report
of a case. *Br J Oral Surg* 1981,19: 43-45
37. GIBSON WS, FENTON NA. Congenital sublingual
dermoid cyst. *Arch Otolaryngol* 1982,108: 745-
748
38. HUNTER TB, PAPLANUS SH, CHERNIN MM,
COULTHARD SW. Dermoid cyst of the floor of
the mouth. CT appearance. *Am J Radiol*
1983,141: 1239-1242
39. YASUMOTO M, SHIBUYA H, KASUGA T.
Ultrasonographic appearance of dermoid and
epidermoid cysts in the head and neck. *J Clin
Ultrasound* 1991,19: 455-461

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

Πιπέρη Ευαγγελία
1η Μάη 18α
145 61 Κάτω Κηφισιά
ΑΘΗΝΑ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ GAUCHER ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΝΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ι. ΛΑΜΠΑΔΑΚΗΣ*, Ι. ΦΑΝΔΡΙΔΗΣ**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νόσος του Gaucher είναι μία κληρονομική διαταραχή του μεταβολισμού των λιποειδών και οφείλεται σε έλλειψη του ενζύμου γλυκοζοεγκεφαλοσιδάση. Αυτό έχει σαν συνέπεια τη συγκέντρωση γλυκοζοεγκεφαλοσιδής στα μακροφάγα κύτταρα του ΔΕΣ, τα οποία συναθροιζόμενα, κυρίως στο σπλήνα, το ήπαρ και το μυελό των οστών, προκαλούν τη διόγκωσή τους και την παρεμπόδιση της φυσιολογικής λειτουργίας τους. Η παρούσα εργασία αφ' ενός παρουσιάζει μία περίπτωση ασθενούς με νόσο του Gaucher που υπεβλήθη σε πολλαπλές εξαγωγές οδόντων στην Κλινική του Π.Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός" και αφ' ετέρου, επιχειρεί να κάνει μία ανασκόπηση των στοματογναθικών εκδηλώσεων της νόσου από τις μέχρι σήμερα δημοσιευθείσες κλινικές αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία. Τέλος, συζητείται η κλινική οδοντιατρική σημασία της νόσου, τόσο για τη σωστή αντιμετώπιση των ασθενών, όσο και για την έγκαιρη διάγνωσή της.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νόσος του Gaucher είναι μία κληρονομική διαταραχή του μεταβολισμού των λιποειδών και οφείλεται σε ελάττωση ή σε παντελή έλλειψη του λυσοσωματικού ενζύμου γλυκοζοεγκεφαλοσιδάση¹⁻³.

Λόγω της έλλειψης του ενζύμου στη νόσο του Gaucher, το γλυκοζοκεραμίδιο (γλυκοζοεγκεφαλοσιδής), που είναι ένα προϊόν του μεταβολισμού των κυτταρικών μεμβρανών, δεν διασπάται και συγκεντρώνεται σε μεγάλες ποσότητες στα μακροφάγα κύτταρα του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος. Σαν συνέπεια, αυτά αποκτούν μία χαρακτηριστική παθολογική μορφολογία (στρογγυλό σχήμα, μικρό έκκεντρο

πυρήνα, ρυτιδωμένο κυτταρόπλασμα) και καλούνται πλέον κύτταρα του Gaucher¹⁻⁶.

Ο σπλήν, το ήπαρ και ο μυελός των οστών, λόγω της ενεργού και εντόνου δικτυοενδοθηλιακής τους δραστηριότητας, αποτελούν τους κύριους τόπους συνάθροισης και συνωστισμού των κυττάρων του Gaucher, με αποτέλεσμα τη μεγάλη διόγκωση των οργάνων αυτών και την παρεμπόδιση της φυσιολογικής λειτουργίας τους^{1,2}.

Η νόσος είναι πιο συχνή στους Εβραίους Εσκενάζι (ανατολικοευρωπαϊκής καταγωγής), απαντάται όμως σε όλους ανεξαιρέτως τους λαούς¹⁻³. Σήμερα στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, υπολογίζεται ότι από τη χρόνια μορφή της νόσου πάσχουν περί τις δέκα έως είκοσι χιλιάδες άνθρωποι³.

Επειδή υπάρχουν διάφορες μεταλλάξεις του υπεύθυνου γονιδίου, υπάρχουν διαφορές στο βαθμό της έλλειψης και της εν γένει δραστηριότητας του ενζύμου από ασθενή σε ασθενή^{1,4}. Σε αυτό οφείλεται και η μεγάλη κλινική ποικιλομορφία με την οποία εμφανίζεται η νόσος.

Γενικά η νόσος του Gaucher παρουσιάζεται με τρεις διαφορετικές κλινικές μορφές, ήτοι την

Από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών "Ο Ευαγγελισμός".

* Διευθυντής Οδοντιατρικού Τμήματος Π.Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός".

** Επιμελητής Α' Οδοντιατρικού Τμήματος Κ.Υ. Σχηματαρίου. Επιστημονικός Συνεργάτης Οδοντιατρικού Τμήματος Π.Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός".

ΟΡΟΙ ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ: Νόσος Gaucher, Στοματικές εκδηλώσεις, Οδοντιατρική αντιμετώπιση.



Εικ. 1. Οι οστικές βλάβες στη σπονδυλική στήλη είχαν σαν αποτέλεσμα την έντονη κύφωση και την ελάττωση του ύψους του ασθενούς.

οξεία ή παιδική, την υποξεία ή νεανική και τη χρόνια ή των ενηλίκων¹⁻³.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Το Νοέμβριο 1995 εισήχθη στο Π.Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός" ασθενής, 62 ετών, πάσχων από τη χρόνια μορφή της νόσου του Gaucher, προκειμένου να υποβληθεί σε πολλαπλές εξαγωγές οδόντων.

Στο ιατρικό ιστορικό του ανέφερε ότι οι πρώτες εκδηλώσεις της νόσου ήταν η σπληνομεγαλία που είχε από παιδί και οι πόνοι στη μέση που παρουσιάστηκαν σε νεαρή ηλικία. Η διάγνωση της νόσου έγινε σε ηλικία 32 ετών, μετά από στερνική αναρρόφηση μυελού.

Έκτοτε οι οστικές βλάβες, που εντοπίζοντο περισσότερο στους σπονδύλους και τα μηριαία οστά, έγιναν πιο έκδηλες και είχαν σαν αποτέλεσμα την έντονη παραμόρφωση (κύφωση) της σπονδυλικής του στήλης και την ελάττωση του ύψους του κατά 20 εκατοστά (Εικ. 1).

Το κληρονομικό του ιστορικό ήταν ελεύθερο, όσον αφορά στη νόσο του Gaucher, ενώ δεν ήταν εβραϊκής καταγωγής άτομο.

Ο ασθενής ανέφερε ότι παρακολουθείται συχνά αιματολογικά και ακτινογραφικά για

τη νόσο και ότι δεν λαμβάνει καμία ειδική θεραπευτική αγωγή.

Η οδοντιατρική εξέταση έδειξε ότι επτά δόντια του ασθενούς (31,32,36,41,42,14,17) εμφάνιζαν κινητικότητα και πολυτερηδονισμό και ότι έχρηζαν εξαγωγής.

Ο ασθενής δεν ανέφερε αιμορραγίες από τα ούλα ή το στοματικό βλεννογόνο.

Οι αιματολογικές εξετάσεις έδειξαν ότι ο ασθενής είχε χαμηλό αριθμό αιμοπεταλίων (65.000), καθώς και παράταση του χρόνου προθρομβίνης (48%). Δεν υπήρχε λευκοπενία ή αναιμία.

Απεφασίσθη το σύνολο των εξαγωγών να γίνει σε δύο χρόνους (σε διάστημα 5 ημερών) υπό τοπική αναισθησία, για τον καλύτερο έλεγχο της αιμορραγικής διάθεσης. Πριν από κάθε επέμβαση χορηγήθηκαν 2 μονάδες φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος και 4 μονάδες αιμοπεταλίων, ενώ αμέσως μετά άλλες 2 μονάδες αιμοπεταλίων. Κάθε φορά εγένετο και συρραφή των ουλικών χειλέων των μετεξακτικών φατνίων (Εικ. 2).

Η μετεγχειρητική του πορεία ήταν πολύ ικανοποιητική και ο ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο δύο ημέρες μετά τη δεύτερη επέμβαση σε καλή κατάσταση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η χρόνια μορφή των ενηλίκων είναι η καλοήθεστηρη και ευτυχώς αποτελεί και τη συχνότερη μορφή της νόσου. Στην πλειοψηφία των ασθενών εκδηλώνεται μέχρι την ηλικία της εφη-



Εικ. 2. Εξαγωγή των 14 και 17 και συρραφή των χειλέων των μετεξακτικών φατνίων.

βείας, η δε ένταση των σημείων και συμπτωμάτων της καθορίζεται από τον αργό αλλά συνεχή συνωστισμό των κυττάρων Gaucher στα διάφορα όργανα^{3,6,7}.

Η σπληνομεγαλία είναι η συχνότερη αρχική εκδήλωσή της, ακολουθούμενη από την ηπατομεγαλία^{1,3}. Οστικές αλλοιώσεις παρατηρούνται στο 50-75% των ασθενών με συχνότερη εντόπιση στα μηριαία, στον καρπό και στους σπονδύλους¹. Στη μορφή αυτή δεν υπάρχει προσβολή του Κ.Ν.Σ.⁵.

Οι ασθενείς παραπονούνται κυρίως για μία γενική αδυναμία, κοιλιακή πληρότητα, αιμορραγική διάθεση και οστικούς πόνους^{2,3,7}. Ο μεγάλος κίνδυνος σε αυτή τη μορφή προέρχεται από τις ευκαιριακές λοιμώξεις και κυρίως από πνευμονία.

Η διάγνωση τίθεται συνήθως με την αναγνώριση των κυττάρων Gaucher σε δείγμα είτε οστικού μυελού (με στερνική παρακέντηση), είτε σπληνός ή ήπατος. Επιβεβαιώνεται όμως με την εύρεση της έλλειψης του ενζύμου σε κυτταρική καλλιέργεια από τον ασθενή².

Η σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου περιλαμβάνει την ενδοφλέβια χορήγηση κεκαθαρμένης πλακουντίου γλυκοζοεγκεφαλοσιδάσης, η οποία έχει καταλλήλως τροποποιηθεί για την αποτελεσματικότερη είσοδό της στα μακροφάγα του ασθενούς³. Η μέθοδος αυτή προσφέρει σημαντική κλινική βελτίωση στη χρόνια μορφή της νόσου, ώστε σήμερα να μην είναι μία θανάσιμη απειλή για τον πάσχοντα και αρκετοί να έχουν ένα φυσιολογικό προσδόκιμο επιβίωσης³.

Ο ασθενής μπορεί θεραπευτικά να υποβληθεί και σε σπληνεκτομή, για να αντιμετωπισθούν τα έντονα μηχανικά και αιματολογικά προβλήματα, που δυνατόν να του προκαλέσει η σπληνομεγαλία⁵.

Μέχρι σήμερα έχουν δημοσιευθεί στη διεθνή βιβλιογραφία οι στοματογενναθικές εκδηλώσεις από 20 περίπου ασθενείς με νόσο του Gaucher^{3,5,7-12}. Όλοι έπασχαν από τη χρόνια μορφή της νόσου και είχαν ηλικίες που εκυμαίνοντο από 12 έως 67 έτη.

Σε όλες τις περιπτώσεις υπήρχαν οστικές βλάβες στην κάτω γνάθο στην περιοχή των προγομφίων και γομφίων, πιθανότατα γιατί

εκεί υπάρχει κανονικά αιμοποιητικός μυελός. Οι βλάβες ήταν οστεολυτικού τύπου, διάχυτες ή εντοπισμένες, που προκαλούσαν απώλεια της φυσιολογικής οστικής δοκίδωσης. Οι μεγαλύτερες σε μέγεθος προκαλούσαν εξωτερικά τη διόγκωση του οστού, ενώ εσωτερικά τη λέπτυνση της φλοιώδους μοίρας του, καθώς και του κάτω χείλους της γνάθου^{3,7}. Ακτινογραφικά φαίνονται σαν ακτινοδιαυγάσεις, συνήθως ψευδοκυστικού ή κυψελωτού σχήματος, που συγχέονται διαφοροδιαγνωστικά με την εικόνα πολλαπλού μυελώματος ή μεταστατικού όγκου^{3,6}.

Και στην άνω γνάθο έχουν παρατηρηθεί ανάλογες οστεολυτικές βλάβες, αλλά σε μικρότερη συχνότητα από ότι στην κάτω, που εντοπίζονταν συνήθως στην περιοχή του κυνόδοντα και των προγομφίων^{3,7,12}. Μερικές φορές η άνω γνάθος παρουσίαζε μία οστεοπορωτική εικόνα, παρόμοια με εκείνη της μεσογειακής ή της δρεπανοκυτταρικής αναιμίας³.

Οι οστικές βλάβες αποδίδονται τόσο σε υπερπλασία του μυελού, λόγω της υπάρχουσας αναιμίας, όσο και σε διήθησή του από τα κύτταρα του Gaucher⁷. Οι διαφορές στην έκταση των βλαβών από ασθενή σε ασθενή σχετίζονται με το κλινικό στάδιο της νόσου, με το ποσοστό έλλειψης του ενζύμου, καθώς και με τη λήψη ή μη θεραπείας³.

Οι οστικές βλάβες συνήθως αυξάνονται σε μέγεθος με την πάροδο του χρόνου^{3,6,7}. Η αναιμία και η σπληνεκτομή συμβάλλουν στην εντονότερη παρουσία τους, η μεν πρώτη διεγείροντας τη μυελική υπερπλασία, η δε δεύτερη στερώντας μία μεγάλη δεξαμενή για τα κύτταρα του Gaucher⁷.

Αν και οι ασθενείς με προχωρημένη νόσο συχνά παραπονούνται για έντονους οστικούς πόνους σε διάφορα σημεία του σκελετού, δεν αναφέρεται πόνος στις προσβεβλημένες γνάθους³.

Εκτός από την οστεόλυση των γνάθων, έχει συχνά παρατηρηθεί και μία αργή, ομοιόμορφη απορρόφηση των ακρορριζίων αντίστοιχων προς τις βλάβες δοντιών, χωρίς συνήθως να νεκρωθούν ή να απωλεσθεί η lamina dura^{3,6,8,9,12}.

Μία άλλη εκδήλωση της νόσου είναι οι αιμορραγίες, λόγω της υπάρχουσας θρομβοπενίας από την παρεμπόδιση της λειτουργίας σπληνός και μυελού των οστών. Υπάρχει ως εκ τούτου

μία γενική αιμορραγική διάθεση, που μπορεί να εκδηλωθεί και στο στόμα με τη μορφή της αιμορραγίας, των πετεχειών στο βλενογόνο και της υπέρχρωσης στο δέρμα του προσώπου^{3,6,8-10}. Σε μερικές από τις δημοσιευθείσες περιπτώσεις έχουν παρατηρηθεί είτε αυτόματες αιμορραγίες στο στόμα (ούλα, υπερώα)^{6,8}, είτε μετά από μία απλή οδοντιατρική επέμβαση (π.χ. εκτομή καλύπτρας σωφρονιστήρος).

Οι στοματογοναθικές εκδηλώσεις της νόσου θα αποτελέσουν διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα για τον οδοντίατρο κυρίως σε ασθενείς με τη χρόνια μορφή (τύπος I) των ενηλίκων, καθότι εκείνοι με τύπο II καταλήγουν σε νεογνική ηλικία, ενώ οι με τύπο III βρίσκονται ήδη υπό την παρακολούθηση παθολόγου, λόγω των έντονων κλινικών προβλημάτων τους³.

Σημαντικότερη βοήθεια στη διαφοροδιάγνωση προσφέρει το ιατρικό ιστορικό. Εκτός από την περίπτωση που ο ασθενής γνωρίζει ότι πάσχει από τη νόσο και το αναφέρει, ένα ιστορικό σπληνεκτομής, οστικών πόνων, ή προσθετικής αποκατάστασης της κεφαλής του μηριαίου οστού πρέπει να μας οδηγήσει σε υποψία της νόσου⁵.

Εκείνο που πολλοί συγγραφείς υπογραμμίζουν είναι ότι οι οδοντιατρικές ακτινογραφίες μπορεί να αποτελέσουν το πρώτο διαγνωστικό στοιχείο της νόσου, ιδιαίτερα όταν ακόμη δεν έχουν εκδηλωθεί οι σπλαχνικές αλλοιώσεις, καθότι αυτές εκτελούνται συχνότερα από οποιεσδήποτε άλλες ακτινογραφικές εξετάσεις. Υπήρξαν μάλιστα και περιπτώσεις που η αρχική διάγνωση της νόσου έγινε με βιοψία της οστικής βλάβης στη γνάθο¹².

Από κλινική άποψη, οι ασθενείς με νόσο του Gaucher παρουσιάζουν συνήθως θρομβοπενία (που είναι και το συχνότερο αιματολογικό εύρημα) και πιθανόν λευκοπενία και αναιμία³. Επομένως, η κύρια ανησυχία του κλινικού οδοντίατρου είναι ο κίνδυνος αιμορραγίας¹². Είναι επιβεβλημένη λοιπόν η συνεργασία του με τον αιματολόγο για τη σωστή αιματολογική αξιολόγηση του ασθενούς πριν από την όποια οδοντιατρική επέμβαση. Γενικώς, πιο επικίνδυνοι για μετεγχειρητικές αιμορραγίες είναι οι ασθενείς που αναφέρουν στο ιστορικό τους επιστάξεις, αιμοπτώσεις ή αυτόματες ουλορραγίες⁹.

Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι οι μη σπληνεκτομηθέντες ασθενείς είναι πιο επιρρεπείς από τους σπληνεκτομηθέντες, που συνήθως δεν παρουσιάζουν αιμορραγίες^{5,6,9}.

Στις δημοσιευθείσες περιπτώσεις, σε άλλες δεν εμφανίσθηκε παρατεταμένη αιμορραγία μετά από οδοντιατρικές επεμβάσεις (όπως εξαγωγή οδόντος, αφαίρεση οστικών υπολειμμάτων κλπ)⁵, ενώ σε άλλες παρουσιάσθηκαν μετεξακτικές αιμορραγίες, που ελέγχθηκαν με την τοποθέτηση gelfoam εμποτισμένου με θρομβίνη και συρραφή και σε ορισμένες χρειάστηκε να γίνει και μετάγγιση αίματος⁹. Τέλος, απλές αυτόματες αιμορραγίες στο στόμα αντιμετώπιστηκαν με ηλεκτροπηξία⁶.

Από την άλλη πλευρά, αν η νόσος δεν έχει ακόμα διαγνωσθεί, μία ανεξήγητα παρατεταμένη μετεγχειρητική αιμορραγία μπορεί να οδηγήσει τον οδοντίατρο στην αποκάλυψή της¹².

Ένας μικρότερος κίνδυνος προέρχεται από την πιθανή λευκοπενία, που δημιουργεί μία αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων στους ασθενείς, παρότι στη βιβλιογραφία δεν έχουν αναφερθεί μετεγχειρητικές οδοντιατρικές λοιμώξεις σαν συχνές επιπλοκές. Γι' αυτό, μόνο σε μία περίπτωση ασθενούς χορηγήθηκε προφυλακτική αντιβιοτική κάλυψη. Όποτε όμως αναπτύχθηκε δευτερογενής λοίμωξη, αντιμετωπίστηκε αποτελεσματικά με τη χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού, που προσδιορίστηκε με καλλιέργεια και τεστ ευαισθησίας⁵.

Οι οστικές βλάβες στις γνάθους, όπως και στα άλλα οστά, συνήθως δεν παραμένουν σε στάσιμη κατάσταση, γι' αυτό και πρέπει να ελέγχονται ακτινογραφικά^{3,6,7}. Υπάρχουν περιπτώσεις που η οδοντογενής μόλυνσή τους κατέληξε σε εγκατάσταση οστεομυελίτιδας⁵. Σε περιπτώσεις που εμφανίσθηκαν προβλήματα σε προσκείμενα προς τις βλάβες δόντια, αντιμετωπίστηκαν αρκετές φορές συντηρητικά (π.χ. με ενδοδοντικές θεραπείες) για να αποφευχθεί ο κίνδυνος αιμορραγικών επιπλοκών³.

Σε περιπτώσεις όμως που αποφασίσθηκε η αφαίρεση προσκείμενων δοντιών, η εξαγωγή τους και η σύγχρονη αφαίρεση της οστικής βλάβης με απόξεση είχαν σαν αποτέλεσμα την προαγωγή της οστικής αναγέννησης στην περιοχή^{3,5,6}. Αυτό πιστεύεται ότι οφείλεται στην

πρόσκαιρη αποσυμφόρησή της, καθότι στη συνέχεια εμφανίσθηκαν και πάλι οι οστεολυτικές εξεργασίες στην περιοχή.

Μόνιμη βελτίωση των οστεολυτικών εξεργασιών παρατηρήθηκε ότι επέρχεται μόνο μετά από τη θεραπευτική χορήγηση του ελλείποντος ενζύμου, που συγχρόνως βελτιώνει και την αιματολογική εικόνα του ασθενούς³.

Στη νόσο του Gaucher η έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπισή της έχει ιδιαίτερη σημασία για την πρόγνωση και την πορεία της.

Σ' αυτό το στόχο ο κλινικός οδοντίατρος έχει το δικό του μερίδιο προσφοράς και ευθύνης. Γι' αυτό απαιτείται, όσο συχνή ή σπάνια και να είναι μία νόσος, να είναι πάντα ενήμερος και με υψηλό δείκτη κλινικής υποψίας.

SUMMARY

J. LAMPADAKIS, J. FANDRIDIS

DENTAL TREATMENT IN GAUCHER'S DISEASE REPORT OF A CASE

STOMATOLOGIA 2000,57(1): 30-34

Gaucher's disease is a rare autosomal recessive disorder, characterized by deficiency of the lysosomal enzyme glycosylceramidase. This results in the concentration of glycosylceramide in the macrophage cells, which accumulate in the organs of the reticuloendothelial system causing varying degrees of splenomegaly, hepatomegaly and encroachment of the bone marrow cavity. The aim of this study is to review the literature and describe the pathologic changes of the disease as well as to emphasize the role of the dentist in diagnosing the disease in case where visceral signs are not apparent. Moreover we report a new case of Gaucher's disease in a patient of our clinic demanding extraction of seven teeth.

KEY WORDS: Gaucher's disease, Oral findings, Dental significance, Dental treatment.

BIBLIOΓΡΑΦΙΑ

1. GOLDMAN HM. Gaucher's disease. *Comp Contin Educ Dent* 1988,9: 42-43
2. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. 16th Ed. Merck Research Laboratories. Merck Co, Inc Rahway, N.J. 1992: 1049
3. BENDER IB, BENDER AL. Dental observations in Gaucher's disease. Review of the literature and two case reports with 13- and 60-year follow ups. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Oral Endod* 1996,82: 650-659
4. MICHANOWICZ AE, MICHANOWICZ JP, STINE GM. Gaucher's disease. *Oral Surg* 1967,23: 36-42
5. HALL MB, BROWN RW, BAUGHMAN RA. Gaucher's disease affecting the mandible. *J Oral Maxillofac Surg* 1985,43: 210-213
6. BENDER IB. Dental observations in Gaucher's disease: a twenty-year follow-up. *Oral Surg* 1959,12: 546-561
7. KARABULUT N, AHMETOGLU A, ARIYUREK M, EROL C, GURAKAN F. Obliteration of maxillary and sphenoid sinuses in Gaucher's disease. *Br J Radiol* 1997,70: 533-535
8. HEASMAN PA. Mandibular lesions in Gaucher's disease. *Oral Surg* 1991,72: 506
9. BROWNE WO. Oral pigmentation and root resorption in Gaucher's disease. *J Oral Surg* 1977,25: 153-155
10. SELA J, POLLIAK A, ULMANSKY M. Involvement of the mandible in Gaucher's disease: report of a case with post-mortem findings. *Br J Oral Surg* 1972,9: 246-250
11. WEIGLER JM, SELDIN R, MINKOWITZ S. Gaucher's disease involving the mandible: report of a case. *J Oral Surg* 1967,25: 158-163
12. LUSTMANN J, BEN-YEHUDA D, SOMER M, ULMANSKY M. Gaucher's disease affecting the mandible and maxilla. Report of a case. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991,20: 7-8

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

Δρ. Ι. Λαμπαδάκης
Διευθυντής Οδοντιατρικού Τμήματος
Π.Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"
ΑΘΗΝΑ

ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ REITER ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟ ΠΛΕΥΡΑΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑΦΟΡΑ ΜΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Ι. ΜΑΛΑΓΑΡΗΣ*, Π. ΚΑΛΑΡΑΚΗ*, Β. ΔΡΟΥΚΑΣ**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην εργασία αυτή παρουσιάζεται περίπτωση γυναίκας 50 ετών που έπασχε από τη νόσο Reiter, η οποία υπεδύετο κλινική εικόνα δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού Συστήματος. Με αφορμή το περιστατικό αυτό επιχειρείται να τονιστεί η σημασία της κλινικής αξιολόγησης και της διαφορικής διάγνωσης και περιγράφεται όλο το φάσμα των κλινικών εκδηλώσεων της νόσου Reiter.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος περιγράφεται το σύνολο των συμπτωμάτων, τα οποία πρωτογενώς ή δευτεροπαθώς εντοπίζονται στο Στοματογναθικό Σύστημα και στην ευρύτερη περιοχή του. Τα σημαντικότερα από αυτά είναι: πόνος στους μασητήριους μύες και στις ΚΓΔ, ήχος από τις ΚΓΔ (κλίικινγκ - κριγμός), διαταραχή ή περιορισμός των κινήσεων της κάτω γνάθου και κεφαλαλγία¹.

Τα παραπάνω συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τις δυσλειτουργικές καταστάσεις του Στοματογναθικού Συστήματος, πολλές φορές εκδηλώνονται ως συνακόλουθα συμπτώματα

γενικότερων παθολογικών καταστάσεων, οι οποίες σε κάποια φάση της διαδρομής τους υποδύονται τη συμπτωματολογία των δυσλειτουργιών του Στοματογναθικού Συστήματος, όπως π.χ. η κροταφική αρτηρίτις².

Συνεπώς, η ακριβής, λεπτομερής και προσεκτική λήψη του αναμνηστικού ιστορικού, σε συνδυασμό με τον ενδελεχή κλινικό έλεγχο, αποτελούν τα σημαντικότερα στοιχεία επί των οποίων θα στηριχθεί η διαφορική διάγνωση.

Σκοπός, λοιπόν, της εργασίας είναι να τονισθεί ακόμα μία φορά η αξία της διαφορικής διάγνωσης και ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις εκείνες που η δυσλειτουργία εμπλέκεται με γενικότερες παθολογικές καταστάσεις, όπως οι διάφορες συστηματικές νόσοι, είτε επικαλυπτόμενη, είτε ακολουθώντας πορεία παράλληλη και ανεξάρτητη.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα συνύπαρξης της δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού Συστήματος με άλλες παθήσεις της περιοχής, αποτελούν οι διάφορες νευραλγίες ή νευρίτιδες της περιοχής, όπως π.χ. τριδύμου ή γλωσσοφαρυγγικού κ.ά.

Η περίπτωση που περιγράφεται στη συνέχεια είναι χαρακτηριστική της φιλοσοφίας που πρέπει να διέπει τον κλινικό οδοντίατρο, που

Από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, Τομέας Προσθετολογίας, Γνωστικό Αντικείμενο Φυσιολογίας Στοματογναθικού Συστήματος.

Ανακοινώθηκε στο 19ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, Ηράκλειο Κρήτης, Οκτώβριος 1999.

* Επιστημονικός Συνεργάτης Κλινικής Φυσιολογίας Στοματογναθικού Συστήματος.

** Αναπληρωτής Καθηγητής Φυσιολογίας Στοματογναθικού Συστήματος.

ΟΡΟΙ ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ: Σύνδρομο Reiter, Δυσλειτουργία Στοματογναθικού Συστήματος.

ασχολείται με τη δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Γυναίκα ασθενής, ηλικίας 50 ετών, προσήλθε στην Κλινική της Φυσιολογίας του Στοματογναθικού Συστήματος, με παραπεμπτικό από τη Ρευματολογική Κλινική του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών, για έλεγχο των ΚΓΔ.

Κατά τη λήψη του ατομικού αναμνηστικού, η ασθενής ανέφερε έντονο πόνο στο αριστερό ημιμόριο του προσώπου, ιδιαίτερα εντοπισμένο στην περιοχή της ΚΓΔ. Επίσης, επίμονη κεφαλαλγία, εμβοές ώτων, αίσθημα κόπωσης και δυσκολία κατά τις κινήσεις της κάτω γνάθου, ιδιαίτερα κατά τη μάσηση, σχεδόν σε καθημερινή βάση.

Από το γενικό ιατρικό ιστορικό, διαπιστώθηκε ότι η ασθενής έπασχε από τη νόσο Reiter από το 1987.

Τα συμπτώματα από την περιοχή του Στοματογναθικού Συστήματος πρωτοεμφανίσθηκαν το 1994 και όπως αναφέρθηκε από την ασθενή χαρακτηρίζονται ως ιδιαίτερα σοβαρά, με αποτέλεσμα διαταραχή του ύπνου και αποχή αρκετές φορές από την εργασία της.

Η εμφάνιση της νόσου τοποθετείται χρονικά με τη γέννηση του τρίτου παιδιού της και χαρακτηρίζεται από έντονους πόνους σε περιφερικές αρθρώσεις (ιερολαγόνιες, γόνατος, καρπού, άκρων χειρών και ποδών), ξηροφθαλμία, δερματικό εξάνθημα και διαβρώσεις στα γεννητικά όργανα.

Η ασθενής νοσηλεύεται έκτοτε (1987) ανά διετία περίπου στη Ρευματολογική Κλινική του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών, όπου έχει υποβληθεί αρχικώς σε θεραπεία με κορτιζόνη επί μακρόν, ταυτόχρονα με χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών, κολλυρίων και δερματικών αλοιφών για τη συμπτωματική αντιμετώπιση της ξηροφθαλμίας και του δερματικού εξανθήματος. Επίσης υπεβλήθη αρκετές φορές σε φυσιοθεραπεία και διαθερμίες.

Γενικώς δεν έχει τύχει αξιόλογης βελτίωσης των συμπτωμάτων της, παρά τις επανειλημμένες αγωγές στις οποίες υπεβλήθη κατά τη νοσηλεία της.

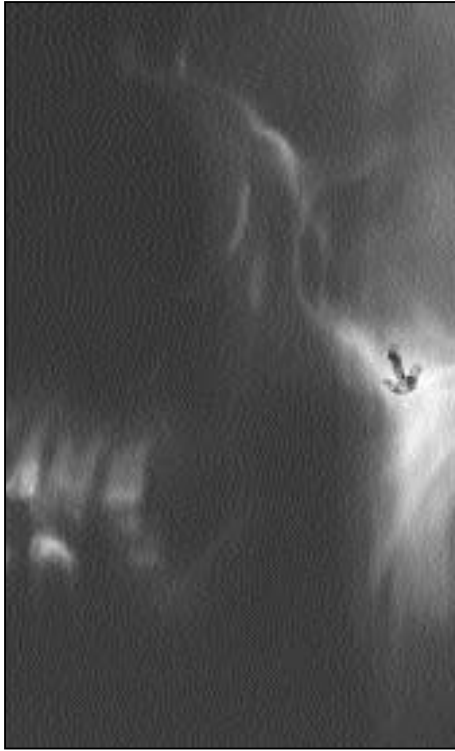
Από την κλινική εξέταση του Στοματογναθικού Συστήματος διαπιστώθηκε ευαισθησία κατά την ψηλάφηση και των δύο ΚΓΔ, ιδιαίτερα της αριστερής, κριγμώδεις ήχοι από την αριστερή ΚΓΔ και έντονη ευαισθησία όλων σχεδόν των μυών του Στοματογναθικού Συστήματος. Η οριζόντια και κάθετη πρόταξη μετρήθηκε στα 4mm. Η μέγιστη κατάσπαση 40mm και η μέγιστη πλαγιολίσθηση δεξιά 7mm. Η μέγιστη πλαγιολίσθηση αριστερά 5mm και η μέγιστη προολίσθηση 4mm. Όλες οι λειτουργικές κινήσεις της κάτω γνάθου συνοδεύονταν από πόνο. Κατά την κατάσπαση της κάτω γνάθου καταγράφηκε απόκλιση 5mm, ενώ δεν παρατηρήθηκε απόκλιση κατά την προολίσθηση. Το μασητικό επίπεδο ήταν φυσιολογικό χωρίς συγκλεισιακές παρεμβολές. Υπάρχουν αποτριβές ΙΙ βαθμού και παρατηρούνται οδοντικά εντυπώματα στα πλάγια χείλη της γλώσσας. Ο αναμνηστικός και ο κλινικός δείκτης δυσλειτουργίας του Helkimo βρέθηκαν Αι ΙΙ και Δι ΙΙΙ αντίστοιχα.

Από τον ακτινογραφικό έλεγχο (τομογραφίες των ΚΓΔ) διαπιστώθηκαν: α) μετατόπιση του δεξιού κονδύλου προς τα κάτω και του αριστερού προς τα άνω και εμπρός, και β) απορρόφηση των αρθρικών επιφανειών των δύο κονδύλων με ταυτόχρονη επιπέδωσή τους, ιδιαίτερα αριστερά (Εικ. 1 και 2).

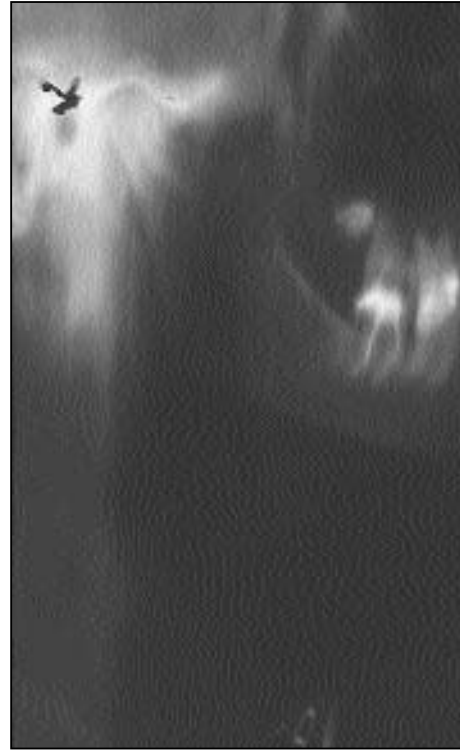
Από τον ακτινογραφικό έλεγχο που έγινε από τη Ρευματολογική Κλινική του Γενικού Κρα-



Εικ. 3. Ακτινογραφική εικόνα των ιερολαγονίων συνάρθρων της ασθενούς. Παρατηρείται στο κάτω τμήμα της δεξιάς ιερολαγονίου συνάρθρωσης ασάφεια παρούσης με ανώμαλες οστικές διαβρώσεις.



Εικ. 1. Ακτινογραφική εικόνα της δεξιάς ΚΓΔ της ασθενούς. Παρατηρούνται διαβρωτικές εξεργασίες της αρθρικής επιφάνειας του κονδύλου με ταυτόχρονη επιπέδωσή του.



Εικ. 2. Ακτινογραφική εικόνα της αριστερής ΚΓΔ της ασθενούς. Παρατηρούνται έντονες διαβρωτικές εξεργασίες της αρθρικής επιφάνειας του κονδύλου με ταυτόχρονη επιπέδωσή του.

τικού Νοσοκομείου Αθηνών είχε διαπιστωθεί ασάφεια παρυφής στο κάτω τμήμα της δεξιάς ιερολαγονίου συναρθρώσεως με ανώμαλες οστικές διαβρώσεις. Ο ακτινογραφικός έλεγχος θώρακος - σπονδυλικής στήλης ήταν αρνητικός (Εικ. 3).

Από τις παρακλινικές - εργαστηριακές εξετάσεις διαπιστώθηκαν: αυξημένη ΤΚΕ (35mm/h), λευκοκυττάρωση (14.000/mm), μειωμένη δεσμευτική ικανότητα του σιδήρου (190mg/100ml), σίδηρος ορρού φυσιολογικός (100mg/100ml). Στην εξέταση Ra-test στον ορρό του αίματος ο ρευματοειδής παράγοντας ήταν αρνητικός. Αντιγόνο HLA-B27 δεν ανιχνεύθηκε. Στα ούρα ανευρέθηκαν πολλά πλακώδη επιθηλιακά κύτταρα, άφθονη βλέννη και πολλά βακτήρια. Στην εξέταση αρθρικού υγρού τα επίπεδα γλυκόζης ανέρχονταν σε 27mg% (Φ.Τ. >30mg%).

Μετά τον πλήρη κλινικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε στην ασθενή, σε συνδυασμό με τη

γενική κατάστασή της, δηλαδή αρθραλγίες ιδιαίτερα των άκρων, ξηροφθαλμία και δερματικό εξάνθημα, όπως και διαβρώσεις των γεννητικών οργάνων, ετέθει η διάγνωση της δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού Συστήματος ενδοαρθρικής αιτιολογίας, εξαιτίας της νόσου Reiter από την οποία έπασχε η ασθενής.

Από πλευράς Φυσιολογίας του Στοματογναθικού Συστήματος η ασθενής αντιμετωπίστηκε σύμφωνα με τη μέθοδο ρουτίνας που εφαρμόζει η Κλινική, δηλαδή τοποθέτηση ενδοστοματικού νάρθηκα ολικής επικάλυψης στην άνω γνάθο, θερμά επιθέματα στην περιοχή των ΚΓΔ και ακολούθως κινησιοθεραπεία για τη συγκεκριμένη περίπτωση.

Μετά από τρεις εβδομάδες η ασθενής παρουσίασε βελτίωση των συμπτωμάτων της, ιδιαίτερα με τη συνεχή χρήση του νάρθηκα. Με την κινησιοθεραπεία επετεύχθει η αύξηση του εύρους των λειτουργικών κινήσεων της κάτω γνάθου χωρίς ιδιαίτερο πόνο.

Μετά την παρέλευση έξι μηνών η ασθενής, χωρίς να είναι πλήρως ασυμπτωματική, παρουσιάζει σαφή βελτίωση και αναγνωρίζει τα θετικά αποτελέσματα της θεραπευτικής αγωγής που ακολούθησε και εξακολουθεί φυσικά να εφαρμόζει.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το 1916 ο Reiter περιέγραψε τη νόσο αυτή, που αποτελείται από τριάδα συμπτωμάτων, δηλαδή αρθρίτιδα, ουρηθρίτιδα και επιπεφυκίτιδα. Πριν από τον Reiter, το 1818, έγινε περιγραφή της ίδιας νόσου από τον Benjamin Brodie.

Σήμερα θεωρείται ως επιπλοκή (περίπου στο 50%) μιας μη ειδικής ουρηθρίτιδας, η οποία πιστεύεται ότι σε μερικές τουλάχιστον περιπτώσεις οφείλεται σε μόλυνση μιας μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας ή δυσεντερίας ή μη ειδικού διαρροϊκού συνδρόμου, συνήθως μετά από 11-30 ημέρες.

Σύγχρονες παρατηρήσεις καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι όπως και αρχικά παρατηρήθηκε από τον Reiter, ο πρωτογενής διεγερτικός παράγοντας της νόσου είναι η μόλυνση από σιγέλλα. Η ουρηθρίτιδα είναι πιθανώς μέρος της διαφοροποιημένης ανοσολογικής αντιδράσεως, όπως οι βλάβες του βλεννογόνου, η ιρίτιδα και η αρθρίτιδα. Ο ρόλος του *Mycoplasma Hominis* ως αιτιολογικού παράγοντα της ουρηθρίτιδας είναι αμφίβολος.

Το αντιγόνο HLA B27 ανιχνεύεται στο 25% των ασθενών, αλλά μόνο στο 10% των μαρτύρων.

Η ασθένεια εμφανίζεται συχνότερα σε άνδρες ηλικίας 20-40 ετών.

Η εισβολή της νόσου γίνεται απότομα και από τα πιο εμφανή σημεία είναι η αρθρίτιδα και η ουρηθρίτιδα. Η αρθρίτιδα εντοπίζεται κυρίως στα κάτω άκρα (κατά γόνυ άρθρωση, μεταταρσοφαλαγγικές ή φαλαγγοφαλαγγικές αρθρώσεις, ιερολαγόνιες αρθρώσεις).

Συχνή είναι η προσβολή του αχίλλειου τένοντα, της πελματιαίας απονεύρωσης και γενικώς των περιαρθρικών μαλακών μορίων. Η ουρηθρίτιδα δυνατόν να συνυπάρχει με προστατίτιδα, το δε έκκριμα να έχει χαρακτηριστικά γονοκοκ-

κικής ουρηθρίτιδας. Επιπεφυκίτιδα εμφανίζεται στο 50% των περιπτώσεων, αλλά σπάνια εμφανίζεται υποτροπιάζουσα ιρίτιδα και επιπεφυκίτιδα που μπορεί να καταλήξει σε τύφλωση. Στο 10% των περιπτώσεων εμφανίζονται στο στόμα μικρές μη ειδικές ελκώσεις όμοιες με άφθες. Στο 25% των περιπτώσεων παρουσιάζονται στο πέος έλκη που μοιάζουν με εκείνα του συνδρόμου Behcet, ενώ σε όλες τις περιπτώσεις παρουσιάζεται βλενώδες έκκριμα της ουρήθρας, που συνήθως προηγείται των άλλων συμπτωμάτων. Η ουρηθρίτιδα χαρακτηρίζεται από συχνουρία και δυσουρία. Σε λίγες περιπτώσεις εμφανίζεται ασυνήθιστο δερματικό εξάνθημα, το οποίο χαρακτηρίζεται από υπερκεράτωση των παλαμών και των πελμάτων και ονομάζεται βλεννοραγική κερατοδερμία. Σπάνιες επιπλοκές της νόσου αποτελούν η περιφερική νευροπάθεια και η μυοκαρδίτιδα.

Η ασθένεια διαρκεί συνήθως 1-2 μήνες, αλλά μπορεί να παρουσιαστούν πολλές υποτροπές. Όταν η νόσος υποτροπιάζει, είναι δυνατόν να εμφανισθεί πυρετός, ύδραρθρον που συνοδεύονται από μεγάλη λευκοκυττάρωση και υψηλή ταχύτητα καθίζησης ερυθρών καθώς και υπόχρωμη αναιμία. Ο ρευματοειδής παράγοντας συνήθως είναι αρνητικός. Είναι πιθανόν να παραμείνουν ως επακόλουθο της νόσου χρόνια ιερολαγονίτιδα και σπονδυλίτιδα και μάλιστα να συνδέονται με υποτροπιάζουσα ιρίτιδα, αλλά συνήθως κανόνας είναι η πλήρης ανάρρωση³⁻⁶.

Σχετικά με την εμπλοκή της ΚΓΔ με το σύνδρομο Reiter, σε πρόσφατη έρευνα έγινε σύγκριση 52 ασθενών οι οποίοι εμφανίζουν το σύνδρομο, με 52 υγιή άτομα. Το 25% των ασθενών ανέφερε περιοδικό πόνο, οίδημα και κόπωση στην περιοχή των ΚΓΔ συχνότερα απ' ό,τι τα άτομα της ομάδας ελέγχου. Τέλος, από τον ακτινογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκαν διαβρώσεις συχνότερα στην ομάδα ασθενών από ότι στην ομάδα ελέγχου⁷. Συνεπώς μπορούμε να θεωρήσουμε ότι η δυσλειτουργία του Στοματογοναθικού Συστήματος μπορεί να αποτελεί μία από τις επιπλοκές του συνδρόμου Reiter.

Η θεραπεία συνίσταται σε ανάπαυση, χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, τετρακυκλινών για μία περίοδο δύο εβδομάδων και φυσιοθεραπεία^{8,9}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1) Είναι δυνατόν και μάλιστα αρκετά συχνά ασθενείς που εμφανίζουν συμπτωματολογία που σε πρώτη εκτίμηση μας οδηγεί στην τυπική εικόνα της δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού Συστήματος, να πάσχουν από άλλες ασθένειες και μάλιστα σοβαρές. Η εν λόγω διαπίστωση καθιστά αναγκαία και απαραίτητη τη συνεργασία μας με άλλες ειδικότητες της ιατρικής, στα πλαίσια πάντα της συνολικής αντιμετώπισης του ασθενούς, η οποία συνάδει με το Ιπποκρατικό πρότυπο.

2) Για άλλη μία φορά αποδεικνύεται ότι πολύ συχνά το Στοματογναθικό Σύστημα είναι το βαρόμετρο της εκδήλωσης πολλών σοβαρών παθολογικών καταστάσεων, γεγονός που καθιστά πλέον υπεύθυνη τη θέση του ασχολούμενου με την περιοχή του Στοματογναθικού Συστήματος οδοντιάτρου, αλλά και γενικώς του κλινικού οδοντιάτρου, ο οποίος και καλείται συχνά να εξετάσει και να διαγνώσει παρόμοια προβλήματα.

SUMMARY

I. MALAGARIS, P. KALARAKI, B. DROUKAS

REITER DISEASE AND ITS MANAGEMENT FROM THE CLINIC OF STOMATOGNATHIC SYSTEM A CASE REPORT

STOMATOLOGIA 2000,57(1): 35-39

In this report the case of a 50-year-old woman who suffered from Reiter disease is presented. The clinical signs of the disease resemble with the

disfunction of Stomatognathic System. This case gives the opportunity to emphasize the importance of clinical and differential diagnosis. It also describes the variety of Reiter disease's clinical signs.

KEY WORDS: Reiter disease, Craniomandibular disorders.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. HELKIMO M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II. Index of anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. *Swed Dent J* 1974,67: 101-121
2. ΑΥΓΟΥΣΤΑΤΟΣ Π, ΑΥΓΟΥΣΤΑΤΟΣ Γ, ΜΑΛΑΓΑΡΗΣ Ι, ΔΡΟΥΚΑΣ Β. Η δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος σαν πρώτο σύμπτωμα της κροταφικής αρτηρίτιδος. Αναφορά σε μία περίπτωση. *Οδοντοστομ Προσδ* 1989,43: 261-271
3. ΓΑΡΔΙΚΑΣ ΚΔ. Ειδική Νοσολογία. 3η Έκδ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1981
4. WENNEBERG B. Other Disorders. In: ZARB GA, CARLSSON GA, SESSLE BJ, MOHL ND (Eds). Temporomandibular Joint and Masticatory Muscle Disorders. *Munksgaard, Copenhagen, 1994: 367-388*
5. GRAYFORD JJ, HANSKELL R. Clinical Oral Medecin. 2nd Ed. *Wright and Sons, Bristol, 1979*
6. AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS. Orthopaedic Knowledge. Update 2. Home Studies Syllabus. *Illinois, 1987*
7. KÖNÖNEN M. Signs and symptoms of craniomandibular disorders in men with Reiter's disease. *J Craniomandib Disord Facial Oral Pain* 1992,6: 247-253
8. CECIL. Παθολογία. 3η Έκδ. Λίτσας, Αθήνα, 1996
9. READ A, BARRITI DW, LANGTON HEWER R. Σύγχρονη Παθολογία. 2η Έκδ. Λίτσας, Αθήνα, 1993

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

Ι. Μαλαγάρης
Γρηγ. Αυξεντίου 84
157 71 Ζωγράφος
ΑΘΗΝΑ

Η ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΔΟΡΡΙΖΙΚΟΥ ΑΞΟΝΑ ΣΕ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΜΕΝΟΥΣ ΠΡΟΓΟΜΦΙΟΥΣ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ

Δ. Κ. ΒΑΛΑΒΑΝΗΣ*, Α. ΤΣΑΓΚΡΗΣ**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επιτυχία της συντηρητικής ενδοδοντικής θεραπείας κυμαίνεται μεταξύ 65% και 95%, αλλά η διατήρηση του δοντιού στη φυσική του θέση εξαρτάται και από το σχεδιασμό και την ποιότητα της τελικής αποκατάστασης του δοντιού. Οι ενδοδοντικά θεραπευμένοι προγόμφιοι παρουσιάζουν μία αυξημένη συχνότητα καταγμάτων της μύλης, η αντιμετώπιση των οποίων είναι πολύ δύσκολη και απαιτεί συνδυασμό συντηρητικής και χειρουργικής θεραπείας. Στην περίπτωση που ένα ενδοδοντικά θεραπευμένο δόντι παρασκευασθεί για την τοποθέτηση στεφάνης οι πιθανότητες κατάγματος της μύλης αυξάνονται σημαντικά για τους ακόλουθους λόγους: α) αλλαγή των φυσικομηχανικών ιδιοτήτων, β) μείωση της οδοντικής μάζας, γ) φαινόμενα κόπωσης των οδοντικών ουσιών. Η απώλεια της οδοντικής μάζας κατά τη διάνοιξη του μυλικού θαλάμου είναι γεγονός που αφορά σε όλα τα δόντια, όμως στις περιπτώσεις των προγομφίων αυτό αποτελεί σημαντικό παράγοντα, αφού εξ αντικειμένου η μύλη είναι μικρή και η διάνοιξη αναλογικά μεγάλη και επιπρόσθετα επεκτείνεται παρειογλωσσικά στα φύματα, μειώνοντας ακόμα περισσότερο την αντοχή της μύλης. Αποτελεί βασική οδηγία στα ενδοδοντικά θεραπευμένα δόντια να προστατεύεται η μύλη τους με την τοποθέτηση στεφάνης, όμως αυτό προϋποθέτει κατά την παρασκευή εκτεταμένη αφαίρεση οδοντικής ουσίας, που σημαίνει περαιτέρω μείωση της μάζας των οδοντικών ιστών με αποτέλεσμα τη μείωση της αντοχής της μύλης έναντι των δυνάμεων που ασκούνται κατά τη μάσηση. Στην εργασία αυτή αναφέρεται η αναγκαιότητα της προληπτικής τοποθέτησης ενδορριζικών αξόνων σε ενδοδοντικά θεραπευμένους προγομφίους πριν από την παρασκευή για την τοποθέτηση προσθετικής εργασίας, με στόχο την προστασία της μύλης από κατάγματα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πιο συχνή αιτία για την καταστροφή της μύλης ενός δοντιού, ακόμα και σήμερα που η πρόληψη είναι σε υψηλά επίπεδα, είναι η τερηδόνα, όμως οι διαρκώς αυξανόμενες δυνατότητες της ενδοδοντικής θεραπείας παρέχουν σήμερα τη δυνατότητα να διατηρούνται στον

οδοντικό φραγμό δόντια, που πριν μερικά χρόνια θα θεωρούντο καταδικασμένα και θα εξαγοντο¹⁻⁵. Το αποτέλεσμα της σημερινής κλινικής θεραπευτικής δυνατότητας στο χώρο της ενδοδοντίας είναι ότι διατηρούνται δόντια με εκτεταμένη ή και με πλήρη καταστροφή της μύλης⁶⁻⁸. Η επιτυχία όμως της θεραπευτικής προσπάθειας δεν είναι μόνο η επιτυχής ενδοδοντική θεραπεία σαν αυτοσκοπός, αλλά η μακρόχρονη διατήρηση του δοντιού στο οδοντικό φραγμό με πλήρη λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση αυτού. Αυτό είναι και το πιο επισφαλές στην όλη θεραπευτική προσπάθεια, διότι συνήθως τα δόντια που έχουν ανάγκη ενδοδοντικής θεραπείας έχουν ήδη πολύ εκτεταμένη καταστροφή της μύλης (Εικ. 1 και 2) και σε αρκετές περιπτώσεις η απώλεια τμήματος της μύλης μετά την ενδοδοντική θεραπεία αποτελεί

Από το Εργαστήριο της Ενδοδοντίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Μέρος της εργασίας ανακοινώθηκε με τη μορφή Ελεύθερης Ανακοίνωσης στην ΛΓ' Ετήσια Οδοντοστοματολογική Σύνοδο της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος - Ναύπλιο 3-6 Σεπτεμβρίου 1998.

* Διδάκτωρ, Επιστημονικός Συνεργάτης Ενδοδοντίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

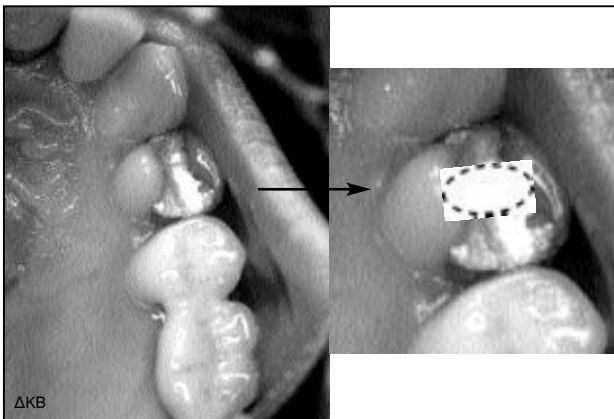
** Επιστημονικός Συνεργάτης Ενδοδοντίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΟΡΟΙ ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ: Ενδορριζικός άξονας, Προγόμφιος.

συχνό φαινόμενο (Εικ. 3 και 4), εκτός βέβαια των περιπτώσεων σκόπιμης εκπόλωσης, όπου συνήθως η μύλη είναι ακέραια.

Στη προσπάθεια αποφυγής μιας τέτοιας περίπτωσης προτείνεται η τοποθέτηση στεφάνης μετά την αποπεράτωση της ενδοδοντικής θεραπείας^{7,9,10}, γεγονός που σημαίνει την αναγκαία παρασκευή της μύλης. Μία τέτοια κατάσταση φαντάζει αρκετά συχνή στη καθημερινή κλινική πράξη και αφορά σε όλες τις ομάδες δοντιών.

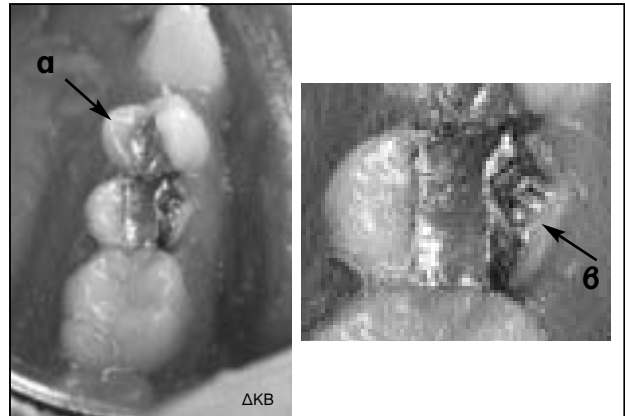
Τα δόντια όμως που στις περισσότερες περιπτώσεις μπορούν να προκαλέσουν πραγματικό θεραπευτικό «πονοκέφαλο» είναι οι προ-



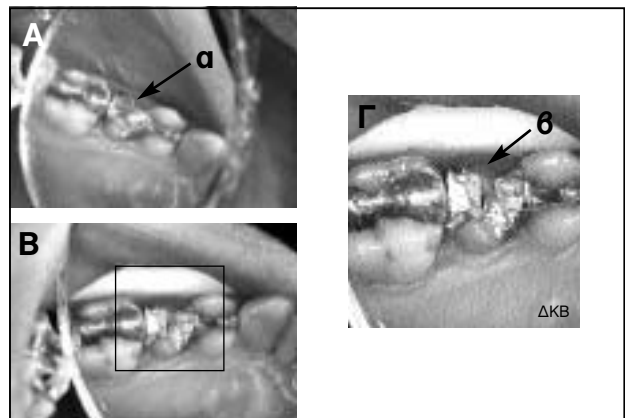
Εικ. 1. Πρώτος προγόμφιος της άνω γνάθου με εκτεταμένη καταστροφή της μύλης και αποκατάσταση με αμάλγαμα. Η παραμένουσα οδοντική ουσία είναι μικρή και σε πιθανή διάνοιξη του μυλικού θαλάμου (στικτή γραμμή) υπάρχει κίνδυνος κατάγματος.



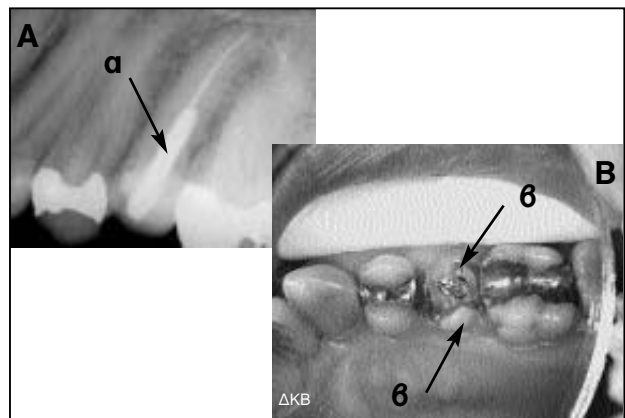
Εικ. 2. Προγόμφιοι της κάτω γνάθου με εκτεταμένες καταστροφές της μύλης λόγω τερηδόνας.



Εικ. 3. Προγόμφιοι της άνω γνάθου με εκτεταμένες αποκαταστάσεις της μύλης με αμάλγαμα, όπου παρατηρείται: (α) το λεπτό τοίχωμα του υπερώιου φύματος του πρώτου προγομφίου και (β) το κάταγμα του παρειακού τοιχώματος του δεύτερου προγομφίου.



Εικ. 4. Α Δεύτερος προγόμφιος της άνω γνάθου με εκτεταμένη αποκατάσταση με αμάλγαμα, όπου (α-β) παρατηρείται η απώλεια του παρειακού τοιχώματος. Β Εκτεταμένη καταστροφή της αποκατάστασης και Γ σε μεγέθυνση.



Εικ. 5. Α Ακτινογραφική απεικόνιση μετά την ενδοδοντική θεραπεία και την ανασύσταση με τοποθέτηση ενδορριζικού άξονα (α) στο περιστατικό της εικόνας 4. Β Παρασκευή και τοποθέτηση του ενδορριζικού άξονα πριν την ανασύσταση της μύλης, όπου (β) παρατηρείται το μικρό μέγεθος του παρειακού τοιχώματος.

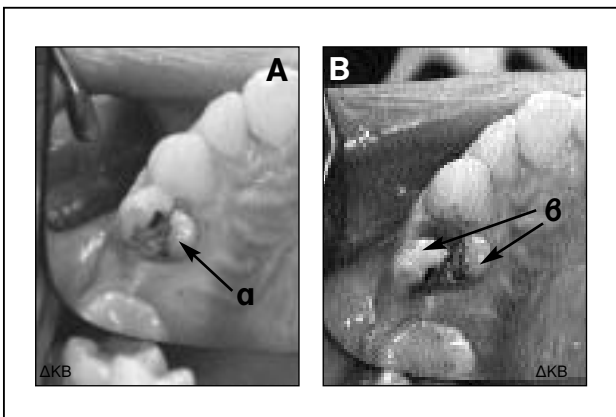


Εικ. 6. Α Ανασύσταση και παρασκευή της μύλης για τοποθέτηση στεφάνης στο περιστατικό της εικόνας 4. Β Μετά την τοποθέτηση της στεφάνης.

γόμφιοι της άνω και κάτω γνάθου, που παρουσιάζουν αρκετές ιδιαιτερότητες σε όλα τα στάδια μιας ενδοδοντικής θεραπείας¹¹.

Γενικά είναι παραδεκτό από τους περισσότερους έγκριτους κλινικούς ότι τα ενδοδοντικά θεραπευμένα δόντια παρουσιάζουν μία αυξημένη συχνότητα στα κατάγματα της μύλης²⁻⁷ (Εικ. 3, 4, 5 και 6). Αυτό οφείλεται σε δύο βασικούς λόγους:

α) Στην αλλαγή των φυσικομηχανικών ιδιοτήτων του δοντιού, που οφείλεται στην απώλεια νερού από την οδοντίνη, στη μεγάλη απώλεια οδοντικής μάζας και στη δομική αλλαγή της οδοντίνης από οξειδία των αποκαταστατικών υλικών^{4,9,12-14}. Η απώλεια του πολφού έχει συνδυασθεί με την αφυδάτωση των οδοντικών ουσιών¹⁴⁻¹⁶, που πα-



Εικ. 7. Α Πρώτος προγόμφιος της άνω γνάθου, όπου παρατηρείται η γραμμή ενός εγγύς-άπω κατάγματος με (α) μικρή παρεκτόπιση του υπερώιου τμήματος. Β Απομάκρυνση των κατεαγώντων τμημάτων (β).

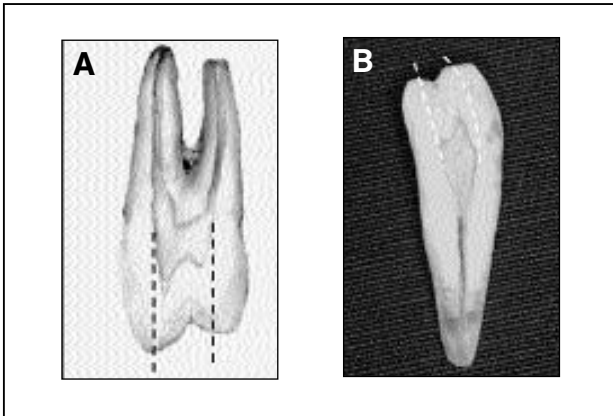
ρατηρείται μετά την ενδοδοντική θεραπεία. Αυτό όμως από μόνο του δεν τεκμηριώνει την αυξημένη συχνότητα των καταγμάτων της μύλης, αφού η σκληρότητα της οδοντίνης ουσιαστικά δεν μεταβάλλεται^{12,14,17}.

β) Σε φαινόμενα κόπωσης των οδοντικών ιστών, διότι σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές η απώλεια του πολφού συνδυάζεται με την αύξηση του ουδού του πόνου κατά την πίεση. Αυτό σημαίνει ότι η αίσθηση του πόνου στα ενδοδοντικά θεραπευμένα δόντια γίνεται αντιληπτή σε μεγαλύτερη μασητική καταπόνηση¹⁸, ειδικότερα μάλιστα στους προγομφίους, που ενώ η μασητική επιφάνεια είναι σχετικά μικρή, ανήκουν στα οπίσθια δόντια, γεγονός που σημαίνει ότι δέχονται μεγάλες μασητικές δυνάμεις. Μάλιστα αρκετές φορές παρατηρούνται κατάγματα της μύλης σε προγομφίους με ζωντανό πολφό (Εικ. 7).

Ένα σημείο που θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση είναι ότι πολλές φορές, μετά την απομάκρυνση της τερηδόνας και την αποκάλυψη του πολφικού θαλάμου, η διάνοιξη του μυλικού θαλάμου για την περαιτέρω διενέργεια της ενδοδοντικής θεραπείας πρέπει να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τους κανόνες της διάνοιξης και όχι καθοδηγούμενη από την τερηδονηθείσα κοιλότητα²⁻⁵. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να αφαιρεθεί επιπλέον υγιής οδοντική ουσία από τη μύλη και κατ' επέκταση η αντοχή των τοιχωμάτων αυτής μειώνεται ακόμη περισσότερο^{12,13}. Αποτελεί σοβαρό λάθος να επιχειρήσει κανείς τη διενέργεια της ενδοδοντικής θεραπείας διαμέσου της κοιλότητας που έχει προκύψει κατά την αφαίρεση της τερηδόνας, επικαλούμενος το σεβασμό των οδοντικών ιστών, διότι το πιθανότερο είναι ότι θα προκληθεί κάποιο ιατρογενές σφάλμα, όπως διάτρηση, θραύση εργαλείου, βάθρο κλπ^{19,20}, που θα οδηγήσει πιθανόν το δόντι στην εξαγωγή.

ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΓΟΜΦΙΩΝ

Είναι γνωστό ότι οι πρώτοι προγόμφιοι της άνω γνάθου έχουν συνήθως δύο ρίζες και τα στόμια των ριζικών σωλήνων βρίσκονται ακριβώς κάτω από τα φύματα, ενώ οι δεύτεροι προγόμφιοι της άνω γνάθου καθώς και οι πρώ-



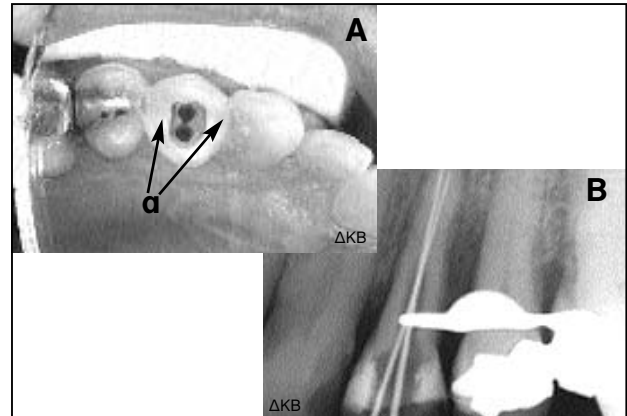
Εικ. 8. Επιμήκης παρειογλωσσική τομή Α πρώτου προγομφίου της άνω γνάθου και Β πρώτου προγομφίου της κάτω γνάθου, όπου σχεδιαγραμματικά απεικονίζεται το σχήμα της διάνοιξεως του μυλικού θαλάμου.

τοι και δεύτεροι της κάτω γνάθου έχουν συνήθως μία ρίζα με ένα ριζικό σωλήνα, που είναι έντονα αποπλευρατισμένος παρειογλωσσικά¹¹. Αυτή η ανατομική πραγματικότητα σημαίνει πρακτικά ότι η κοιλότητα διάνοιξης στα δόντια αυτά θα πρέπει να επεκτείνεται αντίστοιχα με τις κορυφές των φυμάτων, αφού ο θεμελιώδης κανόνας της ορθής διάνοιξης υπαγορεύει ότι η διάνοιξη πρέπει να εξασφαλίζει την πλήρη απομάκρυνση του υπερπολφικού τοιχώματος και την ορατότητα των στομιών των ριζικών σωλήνων²⁻⁵ (Εικ. 8 και 9).

Ουσιαστικά λοιπόν σε ένα δόντι που έχει εκτεταμένη καταστροφή της μύλης από τερηδόνα, μετά την απομάκρυνση αυτής και τη διενέργεια της διάνοιξης του μυλικού θαλάμου, το τμήμα υγιούς οδοντικής ουσίας που παραμένει είναι πολύ μικρό (Εικ. 10) και σίγουρα σηματοδοτεί τον κίνδυνο κατάγματος των τοιχωμάτων της μύλης κάτω από τις μασητικές δυνάμεις που θα δεχθεί.

Ο προβληματισμός λοιπόν που γεννιέται είναι εάν υπάρχει τρόπος πρόληψης ενός μελλοντικού κατάγματος της μύλης και εάν υπάρχει δυνατότητα το εναπομένον τμήμα της μύλης να ισχυροποιηθεί.

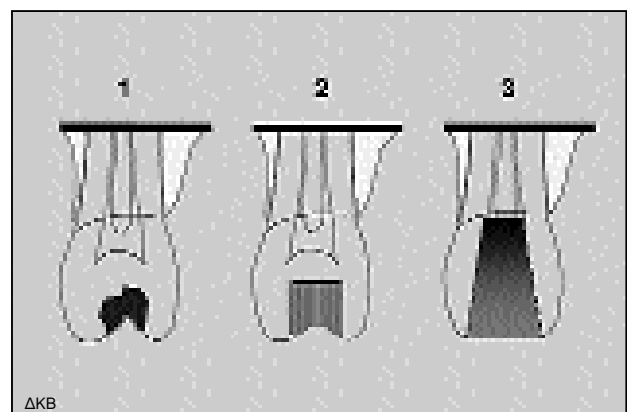
Όπως παρατηρούμε στις εικόνες 1, 8, 9 και 10, η απώλεια οδοντικής ουσίας από τη διάνοιξη του μυλικού θαλάμου είναι τεράστια σε σχέση με τον όγκο της μύλης ενός προγομφίου και,



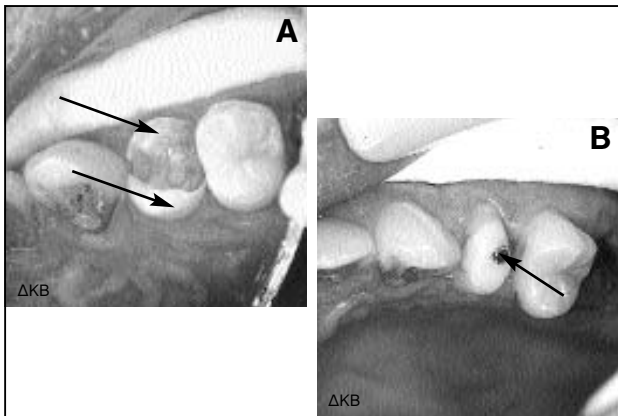
Εικ. 9. Α Απεικόνιση πρώτου προγομφίου της άνω γνάθου μετά τη διάνοιξη του μυλικού θαλάμου και την προετοιμασία των ριζικών σωλήνων, όπου (α) εναπομένοντα τμήματα έμφραξης ρητίνης. Β Ενδιάμεση ακτινογραφία με ενδοδοντικά εργαλεία.

το ουσιαστικότερο, επεκτείνεται σε βάθος, μειώνοντας ακόμα περισσότερο την αντοχή των εναπομεινάντων τοιχωμάτων του δοντιού στο επίπεδο του αυχένα.

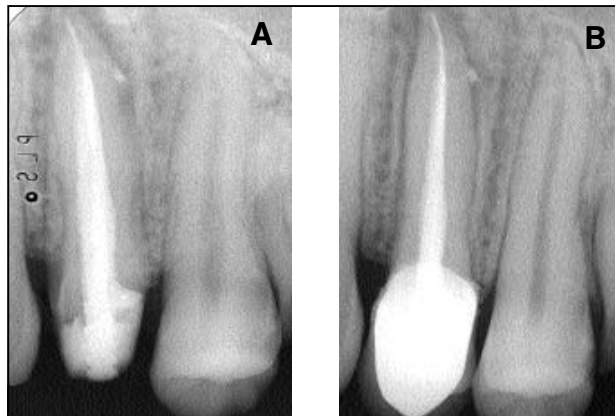
Παρά το γεγονός ότι μία διάνοιξη για ενδοδοντική θεραπεία δεν εγκυμονεί άμεσους κινδύνους κατάγματος ενός προγομφίου με ακέραιη κατά τα άλλα μύλη, θα πρέπει να αμφισβητηθεί σε περιπτώσεις εκτεταμένης καταστροφής αυτής (Εικ. 4, 5, 6, 11 και 12), διότι η αντοχή των τοιχωμάτων της μύλης σε συνδυασμό με μία απλή αποκατάσταση σίγουρα δεν εξασφαλίζει τη μακροβιότητα του δοντιού.



Εικ. 10. Σχεδιαγραμματική απεικόνιση προγομφίου της άνω γνάθου όπου απεικονίζεται: 1) διάβρωση λόγω τερηδόνας της μύλης, 2) δημιουργία κοιλότητας και έμφραξη αυτής και 3) διάνοιξη του μυλικού θαλάμου για ενδοδοντική θεραπεία.



Εικ. 11. Α Πρώτος προγόμφιος της άνω γνάθου μετά το πέρας της έμφραξης των ριζικών σωλήνων, όπου παρατηρείται το μικρό μέγεθος των τοιχωμάτων της μύλης. Β Μετά την ανασύσταση με ενδορριζικό άξονα και την παρασκευή της μύλης για τοποθέτηση στεφάνης.



Εικ. 12. Α Ακτινογραφική απεικόνιση μετά την ανασύσταση με ενδορριζικό άξονα και την παρασκευή για τοποθέτηση στεφάνης στο περιστατικό της εικόνας 11, όπου παρατηρείται η μεγάλη απώλεια της οδοντικής ουσίας. Β Μετά την τοποθέτηση της στεφάνης.

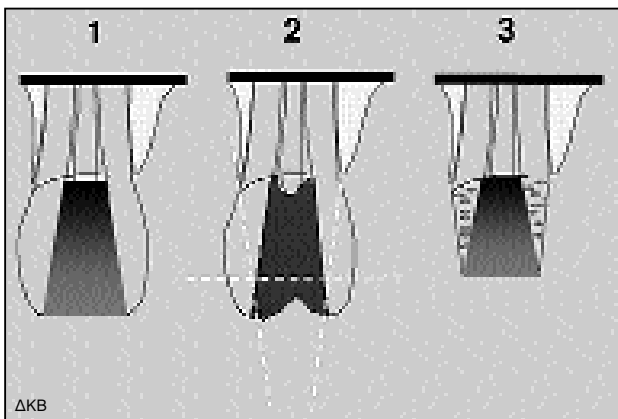
Εάν για την προστασία της μύλης του δοντιού ή για άλλους προσθετικής αιτιολογίας λόγους, παρασκευασθεί η μύλη του δοντιού με σκοπό την τοποθέτηση στεφάνης, είναι εύλογο ότι ο όγκος της οδοντικής ουσίας θα μειωθεί σε κρίσιμα επίπεδα θραύσης (Εικ. 13 και 14).

ΣΥΖΉΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

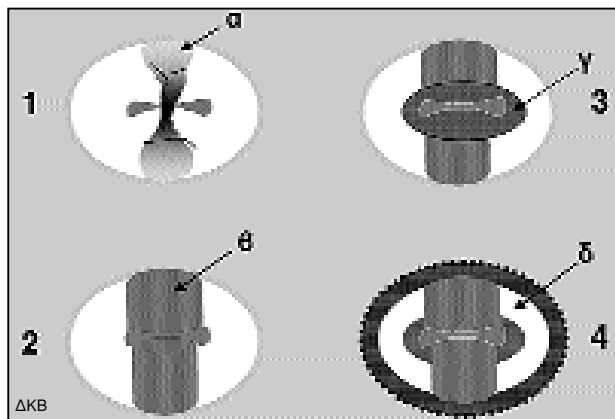
Η διάνοιξη του μυλικού θαλάμου των προγομφίων αναλογικά με τον όγκο της μύλης είναι μεγάλη και βέβαια εάν προστεθεί και η απώ-

λεια που στις περισσότερες των περιπτώσεων υπάρχει λόγω προϋπάρχουσας καταστροφής της μύλης, γίνεται άμεσα αντιληπτό ότι δημιουργείται πρόβλημα αντοχής των τοιχωμάτων αυτής.

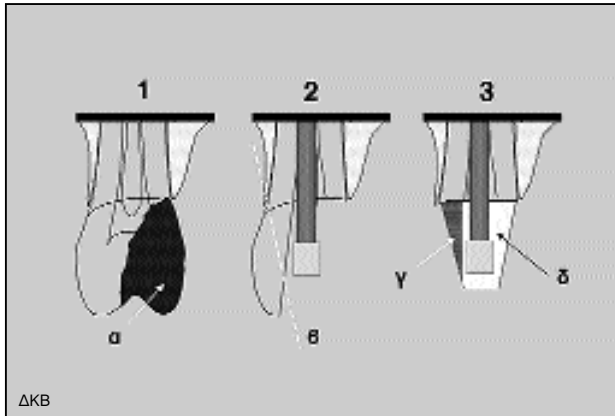
Είναι εύλογο λοιπόν ότι όταν πρόκειται για ενδοδοντικά θεραπευμένο δόντι όπου η μύλη παρουσιάζει εκτεταμένη καταστροφή, γεγονός που συνήθως απαντάται στην κλινική πραγματικότητα, θα πρέπει να γίνει εκ των προτέρων ανασύσταση της μύλης του δοντιού με τη βοήθεια ενδορριζικών αξόνων, διότι με αυτό τον



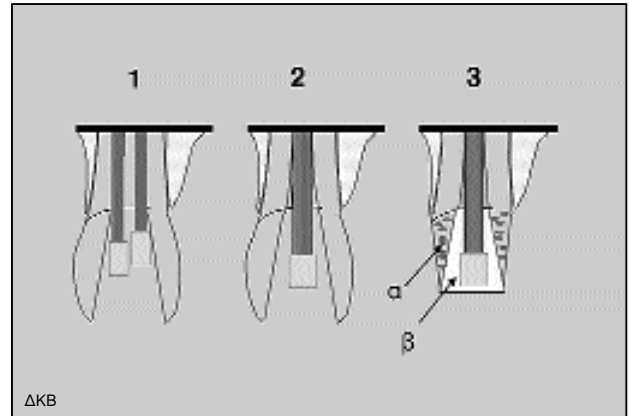
Εικ. 13. Σχεδιαγραμματική απεικόνιση του σταδίου της διάνοιξης του μυλικού θαλάμου (1), της παρασκευής της μύλης για την τοποθέτηση στεφάνης (2) και (3) μετά την παρασκευή τα εναπομένοντα τμήματα της μύλης.



Εικ. 14. Σχεδιαγραμματική απεικόνιση της πορείας από τη φάση (1) της τερηδόνας της μύλης (α) έως (2) την έμφραξη (β), τη διάνοιξη του μυλικού θαλάμου (3,γ) και την παρασκευή της μύλης για την τοποθέτηση στεφάνης (4), όπου διακρίνεται (δ) το εναπομένον τμήμα της οδοντικής ουσίας.



Εικ. 15. 1. Σχεδιαγραμματική απεικόνιση προγομφίου της άνω γνάθου, όπου υπάρχει μεγάλη καταστροφή της μύλης και απώλεια του ενός τοιχώματος αυτής (α). 2. Τοποθέτηση ενδορριζικού άξονα για την αναγκαία ανασύσταση της μύλης και (β) η νοητή γραμμή αφαίρεσης κατά την παρασκευή για προσθετικούς λόγους. 3. Μετά την ανασύσταση και την παρασκευή της μύλης, όπου (γ) το εναπομένον τμήμα της οδοντικής μάζας και (δ) το εναπομένον τμήμα του υλικού της ανασύστασης,

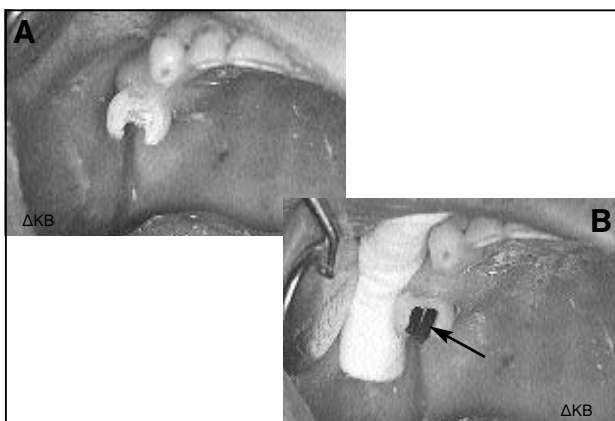


Εικ. 16. Σχεδιαγραμματική απεικόνιση προγομφίου της άνω γνάθου μετά την ενδοδοντική θεραπεία και τη δυνατότητα ανασύστασης με την τοποθέτηση (1) δύο ενδορριζικών αξόνων ή (2) ενός και (3) μετά την παρασκευή για προσθετικούς λόγους τα εναπομένοντα τμήματα: (α) της οδοντικής ουσίας και (β) του υλικού της ανασύστασης.

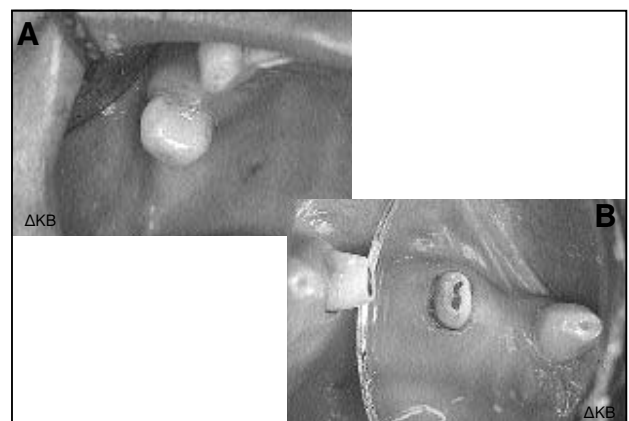
τρόπο διασφαλίζεται η αποκατάσταση και μειώνονται οι πιθανότητες ενός μελλοντικού κατάγματος.

Σε περιπτώσεις που η αποκατάσταση της μύλης ενός ενδοδοντικά θεραπευμένου προγομφίου έχει πραγματοποιηθεί χωρίς ενδορριζικό άξονα, εάν επιχειρηθεί η τοποθέτηση στεφάνης με σκοπό την προστασία της μύλης ή για αισθητικούς λόγους, το αποτέλεσμα θα είναι τελείως διαφορετικό, διότι η απώλεια της οδοντικής μάζας από την παρασκευή της μύλης είναι πολύ μεγάλη (Εικ. 14, 15 και 16).

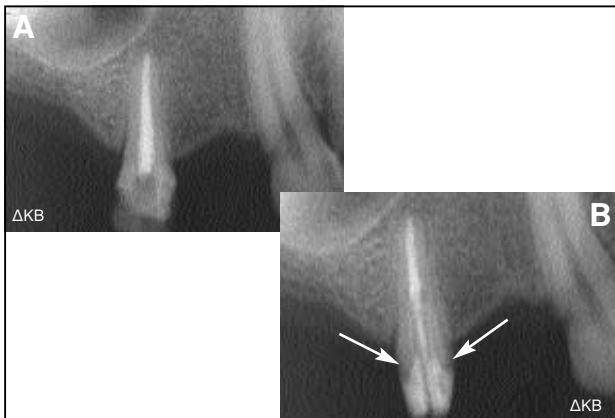
Είναι γεγονός ότι η τοποθέτηση ενδορριζικών αξόνων δεν στοχεύει στην ισχυροποίηση των τοιχωμάτων της ρίζας ή της μύλης^{2,6,8,10,21-24}, όμως θα πρέπει να τοποθετηθούν εκ των προτέρων σε περιπτώσεις όπου ο σχεδιασμός προβλέπει την τοποθέτηση στεφάνης σε ενδοδοντικά θεραπευμένους προγομφίους, διότι μετά την παρασκευή της μύλης αυτό εξ αντικειμένου είναι απαραίτητο, όπως παρατηρείται στις αντίστοιχες κλινικές περιπτώσεις (Εικ. 4, 5, 6, 11, 12, 17, 18 και 19).



Εικ. 17. Α Δεύτερος προγόμφιος της άνω γνάθου μετά την ενδοδοντική θεραπεία. Β Τοποθέτηση ενδορριζικών αξόνων C-post για την ανασύσταση της μύλης.



Εικ. 18. Α Ανασύσταση της μύλης στο περιστατικό της εικόνας 17 με ρητίνη Duo-cement. Β Η μύλη μετά την παρασκευή για την τοποθέτηση προσθετικής εργασίας.



Εικ. 19. Α Ακτινογραφική απεικόνιση του περιστατικού της εικόνας 17 μετά την ανασύσταση και Β αμέσως μετά την παρασκευή, όπου παρατηρείται η μεγάλη απώλεια της οδοντικής μάζας της μύλης.

Συμπερασματικά λοιπόν, η αποκατάσταση των ενδοδοντικά θεραπευμένων προγομφίων που παρουσιάζουν εκτεταμένη καταστροφή της μύλης, είναι επιβεβλημένο να πραγματοποιείται με τη βοήθεια ενδορριζικών αξόνων και αυτό καθίσταται απόλυτη κλινική αναγκαιότητα σε περιπτώσεις που οι προγόμφιοι πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για μικρή ή μεγάλη προσθετική αποκατάσταση.

SUMMARY

D. K. VALAVANIS, A. TSAGRIS

POSTS NECESSITY IN ENDODONTICALLY TREATED PREMOLARS

STOMATOLOGIA 2000,57(1): 40-47

Conventional root canal treatment has an overall success rate of 65-95%, which is influenced by the design and quality of subsequent restoration of the crown. Therefore endodontically treated premolars present a high incidence of crown cracks. Their treatment is rather difficult usually requiring a combination of conservative and surgical treatment. When extended crown restorations have been performed in endodontically treated teeth, the danger for

crown cracks is higher since the incidence of a crack is seriously increased for the following reasons: a) alteration of the biomechanical properties of the tooth, b) reduction of the dentinal mesh, c) fatigue phenomena of the hard dental substances. Loss of dental substance during access is common for every tooth but when bicuspid are concerned, it is rather serious since the total volume of their crown is rather small and the access of the pulp chamber is extended through both cusps thus leading to a large reduction of the resistance of the tooth walls that are left behind. It is rather common for endodontically treated teeth to be protected with a crown against occlusion forces but, since the largest amount of dental substance will be removed from the crown, it becomes clear that its resistance is reduced to critical fracture levels. The paper deals with the necessity of location of intracanal posts in every endodontically treated bicuspid prior to its preparation for prosthetic crown restoration.

KEY WORDS: Post, Bicuspid.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. VIRE DE. Failure of endodontically treated teeth: classification and evaluation. *J Endodont* 1991,17: 338-342
2. WEINE FS. Endodontic Therapy. 4th ed. Mosby Co, St. Louis, 1989: 219-276, 653-675
3. COHEN S, BURNS CR. Pathways of the Pulp. 4th ed. Mosby Co, St. Louis, 1987: 640-670
4. ΣΥΚΑΡΑΣ ΝΣ. Ενδοδοντία. Αποκατάσταση Ενδοδοντικά Θεραπευμένων Δοντιών. Τόμος II. 1η Έκδ. ΖΗΤΑ, Αθήνα, 1994: 798-808
5. ΤΣΑΤΣΑΣ ΓΒ. Σύγχρονη Ενδοδοντία. Παρισιάνος, Αθήνα, 1988: 443-456
6. SHILLINGBURG HT, KESSLER JC. Restoration of the Endodontically Treated Tooth. *Quintessence, Chicago*, 1982: 13-74
7. BARABAN DJ. The restoration of endodontically treated teeth. An update. *J Prosthet Dent* 1988,58: 553-558
8. ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ ΝΓ, ΒΑΛΑΒΑΝΗΣ ΚΔ. Βασικές αρχές για την αποκατάσταση των ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών. *Στοματολογία*, 1990,47: 159-173

9. HOWE AG, McKENDRY JD. Effect of endodontic access preparation on resistance to crown-root fracture. *JADA* 121: 712-715
10. SORENSEN AJ, MARTINOFF TJ. Intracoronal reinforcement and coronal coverage: a study of endodontically treated teeth. *J Prosthet Dent* 1984,54: 780-784
11. ΒΑΛΑΒΑΝΗΣ ΚΔ, ΚΕΡΕΖΟΥΔΗΣ Ν, ΜΩΡΑΪΤΗΣ Π. Οι μορφολογικές παραλλαγές των προγομφίων της κάτω γνάθου παράγοντας αποτυχίας της ενδοδοντικής θεραπείας. *Στοματολογία* 1998,55: 87-95
12. SEDGLEY MC, MESSER HH. Are endodontically treated teeth more brittle? *J Endodont* 1992,23: 332-336
13. HUANG GT, SCHILDER H, NATHANSON D. Effects of moisture content and endodontic treatment on some mechanical properties of human dentin. *J Endodont* 1994,18: 209-215
14. REEH SE, MEESER HH, DOUGLAS HW. Reduction in tooth stiffness as a result of endodontic and restorative procedures. *J Endodont* 1989,15: 512-516
15. HELFER AR, MELINCK S, SCHILDER H. Determination of the moisture content of vital and pulpless teeth. *Oral Surg* 1972,34: 661-665
16. GUTMANN LJ. The dentin-root complex: anatomic and biologic considerations in restoring endodontically treated teeth. *J Prosthet Dent* 1992,67: 458-467
17. LEWINSTEIN I, GRAJOWER R. Root dentin hardness of endodontically treated teeth. *J Endodont* 1990,7: 421-422
18. RANDOW K, GLANTZ PO. On cantilever loading of vital and non-vital teeth. *Acta Odontol Scand* 1986,44: 271-275
19. ΒΑΛΑΒΑΝΗΣ ΚΔ, ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ ΝΓ. Ιατρογενείς διατρήσεις κατά τη διάρκεια της ενδοδοντικής θεραπείας. *ΕλληνΣτομ Χρον* 1989,33: 57-65
20. ΛΑΜΠΡΙΑΝΙΔΗΣ Θ. Ιατρογενείς βλάβες κατά την ενδοδοντική θεραπεία. *Ελλην Στομ Χρον* 1984,28: 7-18
21. COHEN IB, MUSIKANT BL, DEUTSCH AS. Clinical usage of the flexi-flange post system. *Prosthet Dent* 1995,2: 33-36
22. COHEN IB, PAGNILLO KM, NENMAN I, MUSIKANT BL, DEUTSCH AS. Cyclic fatigue testing of five endodontic post designs supported by four core materials. *J Prosthet Dent* 1997,78: 458-464
23. COHEN IB, PAGNILLO KM, MUSIKANT BL, DEUTSCH AS, CONFRANCESCO G. Comparisson of the young's modulus for six reinforced dental materials. *Restor Dent* 1997,4: 47-53
24. DEUTSCH AS, MUSIKANT BL, CAVALLARI J, BERNARDI ST. Retentive properties of a new post and core system. *J Prosthet Dent* 1985,53: 12-14

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

Δημοσθένης Κ. Βαλαβάνης
Μαραθωνοδρόμων 119
154 52 Π. Ψυχικό
ΑΘΗΝΑ