

ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ



**ΛΖ' ΕΤΗΣΙΑ
ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ
ΣΥΝΟΔΟΣ**

**ΦΛΩΡΙΝΑ
5-7 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2002**

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

Επιμέλεια ύλης: Ιωάννης Μελακόπουλος

1. Ηλεκτρογναθογραφία: τρισδιάστατη απεικόνιση της κίνησης της κάτω γνάθου. Περιγραφή και δυνατότητες χρήσης στην κλινική πράξη **ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΟΥ Β., ΣΙΟΒΑΣ Σ.**

Εργαστήριο Οδοντικής και Ανωτέρας Προσθητικής Α.Π.Θ.

Η μάσηση αποτελεί μία από τις κυριότερες λειτουργίες του στοματογναθικού συστήματος και από τις αρχές του 20ου αιώνα έγιναν προσπάθειες καταγραφής και αξιολόγησής της. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν πολλά μέσα, τα οποία έδιναν ανάλογα με τις δυνατότητές τους κάποια στοιχεία πάνω στη φυσιολογία της μάσησης. Ο στόχος παραμένει να γίνεται η καταγραφή της κίνησης με τη μικρότερη παρέμβαση από την πλευρά του ερευνητή και του διαθέσιμου εξοπλισμού του πάνω στον ασθενή. Σε αυτήν την εργασία παρουσιάζεται ο γναθογράφος, μία συσκευή που επιτρέπει την τρισδιάστατη καταγραφή της κίνησης της κάτω γνάθου, με τη μικρότερη δυνατή παρέμβαση κατά τη λειτουργία της μάσησης. Αυτή η μέθοδος αναφέρεται ως ηλεκτρογναθογραφία. Ο γναθογράφος συνεργάζεται με εξειδικευμένη συσκευή που καταγράφει την ηλεκτρομυϊκή δραστηριότητα των μασητήρων μυών και μέσω ενός λογισμικού προγράμματος, το αναλογικό τους σήμα μετατρέπεται σε ψηφιακό και προβάλλεται στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε

συνάρτηση με το χρόνο. Η μεγάλη ακρίβεια των συσκευών αυτών επιτρέπει την καλύτερη μελέτη και διαχωρισμό των φάσεων της μάσησης (ανάσπαση, κατάσταση και σύγκλειση των δοντιών). Έτσι γίνεται δυνατή η εξαγωγή συμπερασμάτων πάνω στη μάσηση των διαφόρων ατόμων που επιλέγονται για τις μασητικές δοκιμασίες. Για την ασφαλή εξαγωγή των συμπερασμάτων πρέπει να τηρείται με αυστηρότητα το κατάλληλο πρωτόκολλο, καθώς η έρευνα έδειξε ότι η μη τήρησή του καταλήγει σε αποτελέσματα τα οποία έχουν απόκλιση από την πραγματική εικόνα της μάσησης. Συμπερασματικά η ηλεκτρογναθογραφία σε συνδυασμό με την ηλεκτρομυογραφία δίνουν ακριβή στοιχεία για τη μελέτη της μάσησης και αποτελεί διαγνωστικό εργαλείο για την παρατήρηση των αλλαγών που γίνονται στη σύγκλειση κατά την κλινική πράξη. Η τήρηση του πρωτοκόλλου και η εμπειρία του χειριστή είναι απαραίτητες προϋποθέσεις επιτυχίας για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της κάθε περίπτωσης και για τη σύγκριση μεταξύ των περιπτώσεων.

2. Δυσλειτουργία της κροταφογναθικής διάρθρωσης. Μυϊκή υπερτονία **ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΟΥ Α.**

Η φυσιολογική λειτουργία της κροταφογναθικής διάρθρωσης προϋποθέτει αμφοτερόπλευρο μυϊκό συντονισμό των μυών που κινούν την κάτω γνάθο. Όταν διαταραχθεί ο μυϊκός συντονισμός λόγω μυϊκού σπασμού κάποιων μυών (ανασπόντων ή κατασπόντων), εκδηλώνονται δυσλειτουργικά κλινικά σημεία και πόνος. Ένα από τα πλέον συχνά δυσλειτουργικά σημεία είναι η παραγωγή κρότων από την άρθρωση. Οι κρότοι αναφέρονται χαρακτηριστικά σαν «κλικ» ή «κρακ» από τους ασθενείς, κατά την ευρεία διάνοιξη ή σύγκλειση του στόματος, καθώς επίσης και κατά τη μάσηση ή την ομιλία. Οφείλονται στη δυσαρμονία της μυϊκής λειτουργίας μεταξύ της άνω και της κάτω μοίρας του έξω πτερυγοειδούς. Η προς τα πλάγια παρέκκλιση της

κάτω γνάθου κατά τη διάνοιξη του στόματος είναι πιο συχνή διαταραχή της κινητικότητας, που εμφανίζουν ασθενείς με μυϊκή υπερτονία. Ο περιορισμός της κινητικότητας της κάτω γνάθου (τρισμός) είναι επίσης συχνό σημείο δυσλειτουργίας και εμφανίζεται σαν αδυναμία διάνοιξης του στόματος περισσότερο από 2 ή 3 εκατοστά. Πολλοί ασθενείς και μάλιστα αυτοί που έχουν την έξη του «βρουξισμού» κατά τη διάρκεια του βραδινού ύπνου, εμφανίζουν το πρωί σημεία έντονου τρισμού (πιασίματος) της κάτω γνάθου, όπως οι ίδιοι χαρακτηριστικά το αναφέρουν. Ο πόνος που χαρακτηρίζει τη μυϊκή υπερτονία είναι συνεχής, αμβλύς και διάχυτος. Επιτείνεται με τις κινήσεις της κάτω γνάθου και αντανακλά, ανάλογα με την ομάδα των μυών που ευθύνονται

για την υπέρταση, στον αυχένα, στον τράχηλο, στην άνω γνάθο ή και στο τριχωτό της κεφαλής. Σε περιπτώσεις μακροχρόνιου μυϊκού σπασμού (κυρίως της άνω μοίρας του έξω

πτερυγοειδούς), προκαλείται ρήξη του διάρθριου δίσκου στην οπίσθια διπέταλη περιοχή, αποκόλληση και πρόσθια παρεκτόπισή του, με έντονη κλινική σημειολογία.

3. Δυσλειτουργία της κροταφογναθικής διάρθρωσης. Εσωτερική αποδιοργάνωση της κροταφογναθικής διάρθρωσης **ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΙΔΟΥ Α.**

Με τον όρο εσωτερική αποδιοργάνωση της κροταφογναθικής διάρθρωσης (Κ.Γ.Δ.) εννοούνται οι παθολογικές αλλαγές στη λειτουργική σχέση του διάρθριου δίσκου και του κονδύλου. Αρχίζει να εκδηλώνεται σταδιακά με πρόσθια παρεκτόπιση του διάρθριου δίσκου και μπορεί να αποτελεί συνέχεια μιας μακροχρόνιας μυϊκής υπέρτασης. Η πρόσθια παρεκτόπιση του διάρθριου δίσκου, αν αντιμετωπιστεί στην αρχική της φάση, θεωρείται ανατάξιμη παθολογική οντότητα και αποκαθίσταται η φυσιολογική λειτουργία της άρθρωσης. Η τελική εξέλιξη της πρόσθιας παρεκτόπισης του διάρθριου δίσκου είναι η διάτρησή του, η οποία καθορίζει το στάδιο της πλήρους αποδιοργάνωσης της άρθρωσης, με διαταραχές μορφολογικές και ιστολογικές του διάρθριου δίσκου, των αρθρικών επιφανειών και των παρακειμένων ιστών. Ο ασθενής παρουσιάζει έντονη κλινική σημειολογία με δυνατό πόνο μέσα στην άρθρωση, περιορισμό της κινητικότητας της κάτω γνάθου (κλείδωμα του στόματος) και το χαρακτηριστικό ήχο του «κριγμού», που οφείλεται στην τριβή των απογυ-

μνωμένων οστικών επιφανειών λόγω της πλήρους καταστροφής του διάρθριου δίσκου. Η πλήρης εσωτερική αποδιοργάνωση της Κ.Γ.Δ. θεωρείται μη ανατάξιμη παθολογική οντότητα και για την επαναλειτουργία της άρθρωσης απαιτείται πλέον χειρουργική επέμβαση. Άλλα αίτια που μπορεί να οδηγήσουν σε αποδιοργάνωση της Κ.Γ.Δ., εκτός της μυϊκής υπέρτασης, είναι τραυματισμοί και οργανικές παθήσεις της Κ.Γ.Δ. όπως είναι η οστεοαρθρίτις ή η ρευματοειδής αρθρίτις. Μελετώντας το μεγάλο και δύσκολο αυτό κεφάλαιο της δυσλειτουργίας της Κ.Γ.Δ., γίνεται σαφές ότι για την προσέγγιση των ασθενών αυτών, ουσιαστικής σημασίας είναι η λήψη ενός τεκμηριωμένου ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού, καθώς επίσης η προσεκτική και λεπτομερής εξέταση του ασθενούς. Επίσης η θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει την ψυχολογική προσέγγιση του ασθενούς, διότι είναι πλέον γενικά αποδεκτό ότι οι μεταβολές της ψυχικής σφαίρας (άγχος, οικογενειακά και ατομικά προβλήματα), επηρεάζουν τη φυσιολογική λειτουργία της άρθρωσης.

4. Κλινικοστατιστική αξιολόγηση και μελέτη των νεοπλασμάτων σε ασθενείς του Εργαστηρίου Στοματολογίας Α.Π.Θ. για τη χρονική περίοδο 1970-2001 **ΛΙΝΚ-ΤΣΑΤΣΟΥΛΗ Ι., ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Α.**

Τα νεοπλάσματα αποτελούν συχνό εύρημα στη στοματική κοιλότητα και προβληματίζουν τόσο τον ασθενή όσο και τον ιατρό ως προς τη διάγνωση και αντιμετώπισή τους. Στην παρούσα εργασία έγινε κλινική μελέτη και στατιστική αξιολόγηση των περιστατικών που αντιμετωπίστηκαν στο Εργαστήριο Στοματολογίας του Α.Π.Θ.

κατά την περίοδο 1970 - 2001 και αφορούν σε δείγμα κυρίως του πληθυσμού της Βορείου Ελλάδος. Η εργασία περιλαμβάνει την αξιολόγηση καλοήθων και κακοήθων νεοπλασμάτων, ως προς τη συχνότητα εμφάνισης, την ηλικία, το φύλο, την εργασιακή απασχόληση των ασθενών, την εντόπιση και την τελική ιστολογική διάγνωση.

5. Λοιμώξεις των παραρρινικών κόλπων **ΜΑΓΓΟΥΔΗ Δ., ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Β., ΧΑΤΖΗΠΕΤΡΟΥ Λ., ΚΟΥΝΟΥΠΗΣ Β., ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Κ.** *Γναθοχειρουργική Κλινική Α.Π.Θ.*

Οι παραρρινικές κοιλότητες είναι αεροφόρες κοιλότητες που εμπεριέχονται στα οστά της

κεφαλής. Οι φυσιολογικές τους λειτουργίες δεν είναι απόλυτα εξακριβωμένες, ωστόσο όμως η

παρουσία είναι έντονη μετεμβρυικά. Τα τελευταία χρόνια, η προσέγγιση των ασθενών με συμπτωματολογία ή απεικονιστικά ευρήματα κολπίτιδας έχει τροποποιηθεί σημαντικά. Ο όρος κολπίτιδα δεν αποδίδει επακριβώς την νόσο και απαιτεί επιπλέον καθορισμό και σταδιοποίηση. Η φλεγμονή αφορά τόσο στον κόλπο όσο και στη ρινική δίοδο και γι' αυτό ο όρος ρινοκολπίτιδα προσδιορίζει τη νόσο σαφέστερα. Οι οδοντογενείς κολπίτιδες διαφέρουν από τις δευτερογενείς συνοδές λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού, τόσο στην κλινική εικόνα όσο και στην απομονωθείσα μικροβιακή χλωρίδα. Αποτελούν περίπου το 10% των περιπτώσεων κολπίτιδας και αναπτύσσονται ως

εξελιξη οδοντογενούς λοίμωξης. Η συντηρητική θεραπεία είναι η πρώτη εφαρμοζόμενη στην οξεία κολπίτιδα των παιδιών και των ενηλίκων. Η αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία έχει ως σκοπό τη μείωση ή την εξάλειψη των μικροβίων στους κόλπους και αποβλέπει στη βελτίωση της κλινικής σημειολογίας. Η παρούσα εργασία επισημαίνει το ρόλο του φλεγμονώδους παράγοντα, την ανοσιακή απάντηση του ξενιστή στον παθογόνο μικροοργανισμό ή στο αλλεργιογόνο, τα κριτήρια χρήσης αντιμικροβιακής χημειοθεραπείας και άλλων συντηρητικών φαρμακευτικών ουσιών, καθώς επίσης διασαφηνίζει τις απόλυτες ενδείξεις για χειρουργική παρέμβαση.

6. Η επικινδυνότητα της λοίμωξης του πλαγιοφαρυγγικού διαστήματος ΦΑΪΠΠΕΑ Μ., ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ Π., ΚΟΜΜΑΤΑ Α., ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΟΥ Α.

Το πλαγιοφαρυγγικό διάστημα αποτελεί ιδιαίτερης σημασίας ανατομική «οντότητα» λόγω της επικοινωνίας του με σημαντικά ζωτικά όργανα, όπως το καρωτιδικό έλυτρο, το οποίο θεωρείται ότι αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια του πλαγιοφαρυγγικού διαστήματος, και την προσπονδυλική περιτονία προς τα πίσω. Η επέκταση της λοίμωξης στο αγγειώδες έλυτρο προκαλεί θρομβοφλεβίτιδα της έσω σφαγιτίδας και μερικές φορές ρήξη του τοιχώματος των μεγάλων αρτηριών, που παλαιότερα ήταν αιτία θανάτου. Κλινικά, το πλαγιοφαρυγγικό διάστημα εμφανίζει ελάχιστη εξωστοματική διά-

γκωση στην περιοχή του υπογναθίου τριγώνου, γι' αυτό μερικές φορές μπορεί να διαφύγει της προσοχής του οδοντιάτρου. Παρουσιάζει όμως έντονη κλινική σημειολογία (πόνος στην κατάποση, δυσκολία στην ομιλία, τρισμό, υψηλό πυρετό, έντονη κακουχία). Η διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος είναι καθοριστική για την έκβαση της λοίμωξης. Ο γενικός οδοντίατρος πρέπει να είναι ενήμερος για την επικινδυνότητα της λοίμωξης του διαστήματος αυτού, ώστε να κατευθύνει αμέσως τον ασθενή σε ειδική νοσοκομειακή μονάδα για την περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση.

7. Λουδοβίκειος κυνάγχη: μία επικίνδυνη και δυνητικά θανατηφόρος οδοντογενής λοίμωξη ΠΑΠΑΔΑΚΗ Μ., ΜΑΓΓΟΥΔΗ Δ.

Γ.Π.Ν. «Παπανικολάου» Θεσσαλονίκη, Πανεπιστημιακή Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής

Το 1836 ο Wilhelm Frederick von Ludwig, Γερμανός χειρουργός, περιέγραψε ένα είδος ταχέως εξελισσόμενης, θανατηφόρου τραχηλικής λοίμωξης, αγνώστου αιτιολογίας. Εβδομήντα πέντε χρόνια αργότερα, μετά την ανακάλυψη των βακτηρίων, διαπιστώνεται ότι η λοίμωξη αυτή, που ονομάστηκε Λουδοβίκειος κυνάγχη, οφείλεται στην επέκταση οδοντογενών λοιμώξεων στο υπογενειδίο, στο υπογνάθιο και στο υπογλώσσιο διάστημα αμφοτερόπλευρα. Σήμερα, κυρίως χάρη στη χρήση των αντιβιοτικών, τα ποσοστά θνητότητας από τη κυνάγχη του Ludwig δεν ξεπερνούν το 10%.

Παρόλα αυτά, περιπτώσεις ασθενών με τη σοβαρή αυτή τραχηλική λοίμωξη εξακολουθούν να καταγράφονται παγκοσμίως. Επιπλοκές που είναι δυνατό να εμφανιστούν και να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή των πασχόντων, περιλαμβάνουν την απόφραξη της αεροφόρου οδού, τη μεσοθωρακίτιδα, την περικαρδίτιδα, τον καρδιακό επιπωματισμό, τη σηψαιμία, τη νεκρωτική περιτονίτιδα. Η αντιμετώπιση της Λουδοβίκειου κυνάγχης, που γίνεται πάντα με νοσηλεία του ασθενούς σε νοσοκομείο, περιλαμβάνει την εξασφάλιση της βατότητας των αεροφόρων οδών, την ενδοφλέβια

χορήγηση αντιβιοτικών και τη χειρουργική παρέμβαση με ευρείες σχάσεις και παροχέτευση της λοίμωξης. Ο ρόλος του οδοντίατρου στην πρόληψη της νόσου αυτής είναι

μεγάλος και συνίσταται στην ευαισθητοποίηση του κοινού για τη σωστή στοματική υγιεινή και στη θεραπεία εντοπισμένων οδοντικών λοιμώξεων.

8. Η εφαρμογή του Ευρωπαϊκού Ιατρικού Ερωτηματολογίου (MRRH) για την αξιολόγηση του ιατρικού ιστορικού οδοντιατρικών ασθενών **ΛΙΝΚ-ΤΣΑΤΣΟΥΛΗ Ι., ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Α.**

Η πρόοδος της ιατρικής και οδοντιατρικής επιστήμης, σε συνδυασμό με την άνοδο του μέσου όρου ηλικίας των ασθενών, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού εμφάνισης ιατρικών επιπλοκών κατά τη διάρκεια των οδοντιατρικών πράξεων. Η αναγκαιότητα λοιπόν αναγνώρισης κατηγοριών ασθενών με σοβαρά ιατρικά προβλήματα γίνεται όλο και εντονότερη. Στην εργασία αυτή θα παρουσιαστεί το Ευρωπαϊκό Ιατρικό Ιστορικό (MRRH), το οποίο χρησιμεύει για την αναγνώριση από τους οδοντιάτρους ασθενών υψηλού κινδύνου. Στην αξιολόγηση και προσαρμογή του ιστορικού συμμετείχε και η Ελλάδα με σχετική μελέτη. Το

ιστορικό περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις, συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή και ελέγχεται από τον ιατρό. Οι παραπάνω ερωτήσεις αποτελούν μία τροποποιημένη έκδοση για τη σταδιοποίηση των ασθενών σύμφωνα με την αξιολόγηση ASA της Αμερικανικής Εταιρείας Αναισθησιολόγων (ASA-Scale), που κατατάσσει τους ασθενείς σε τέσσερις ομάδες. Το ερωτηματολόγιο ταξινομεί εύκολα και γρήγορα τον ασθενή ανάλογα με τις πιθανότητες επιπλοκών κατά την οδοντιατρική θεραπεία και ταυτόχρονα καθοδηγεί τους οδοντιάτρους σχετικά με την επιλογή της θεραπείας και τις τυχόν αναγκαίες τροποποιήσεις.

9. Καρκίνος στόματος και ποιότητα ζωής **ΒΑΦΕΙΑΔΟΥ Μ., ΚΑΡΑΚΑΣΗΣ Δ.**

Κλινική Στοματογναθοπροσωπικής Χειρουργικής Α.Π.Θ.

Στους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο στην περιοχή του στόματος και του προσώπου, παρατηρούνται δραματικές αλλαγές στην ποιότητα της ζωής τους, τόσο κατά τη διάγνωση της πάθησής τους, όσο και κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά και μετά από αυτή. Η ποιότητα ζωής είναι σήμερα ένα θέμα διαρκώς αυξανόμενου ενδιαφέροντος τόσο για τους καρκινοπαθείς ασθενείς, όσο και για το γιατρό, ο οποίος θα πρέπει να λάβει υπόψη του τις επιπτώσεις της θεραπείας στο θεραπευτικό σχεδιασμό, καθώς είναι γνωστό ότι η κάθε είδους θεραπεία (χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία) επιδρά στη γενικότερη υγεία και συνεπάγεται σωρεία ανεπιθύμητων ενεργειών. Δεδομένου μάλιστα, ότι η θεραπεία του καρκίνου καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από τους προγνωστικούς δείκτες, που ποικίλλουν με το είδος κάθε θεραπείας, και καθώς κάθε θεραπεία συνεπάγεται διαφορετικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής, η τελευταία πρέπει να λαμ-

βάνεται σοβαρά υπόψη. Στην εργασία αυτή θα γίνει προσπάθεια να οριστεί κατά το δυνατόν η πολυδιάστατη έννοια της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με καρκίνο στόματος και να δειχθεί πώς κάθε πλευρά της επηρεάζεται κατά το στάδιο της διάγνωσης της πάθησης, κατά τη διάρκεια της θεραπείας και αμέσως μετά από αυτή. Με γνώμονα τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τις αλλαγές που αναμένονται στη ζωή του ασθενή, είναι δυνατόν σε συνεργασία μαζί του και εφόσον υπάρχει η δυνατότητα επιλογής, να του δοθεί η ευκαιρία, σε περίπτωση που οι προγνωστικοί δείκτες είναι παρεμφερείς, να επιλέξει το είδος της θεραπείας ή τουλάχιστον να προετοιμασθεί ψυχολογικά για τη μελλοντική του κατάσταση. Τέλος, καθώς έχει αποδειχτεί ότι οι ασθενείς αντιδρούν ποικιλόμορφα κατά τη διάρκεια της μετά τη θεραπεία ζωής τους, είναι χρέος του χειρουργού, σημαντικό όσο και η θεραπεία που προσφέρει, να ενημερώνει και να στηρίζει τον ασθενή του.

10. Νεοπλάσματα ελασσόνων σιελογόνων αδένων - επιδημιολογική αναδρομική μελέτη **ΠΑΡΑΡΑ Ε., ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Λ., ΑΝΔΡΕΙΩΤΕΛΛΗ Μ., ΓΚΡΙΤΖΑΛΗΣ Π., ΧΡΥΣΟΜΑΛΛΗ Ε.,** **ΚΑΡΥΑΜΠΑ-ΣΤΥΛΟΓΙΑΝΝΗ Ε.**

Γναθοχειρουργική Κλινική Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών

Τα νεοπλάσματα σιελογόνων αδένων παρατηρούνται σε ποσοστό περίπου 3% επί του συνόλου των νεοπλασμάτων. Από αυτά, τα πιο συχνά εμφανίζονται σε μείζονες αδένες και μόνο το 15-20% αφορά σε ελάσσονες σιελογόνους αδένες. Παρόλο που πάσχουν σπανιότερα, οι ελάσσονες σιελογόνοι αδένες εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό κακοήθων νεοπλασμάτων από ότι η παρωτίδα, ο υπογνάθιος ή ο υπογλώσσιος αδένας.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η επιδημιολογική μελέτη των όγκων ελασσόνων σιελογόνων αδένων που αντιμετωπίστηκαν στη Γναθοχειρουργική Κλινική της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών κατά την περίοδο 1990-2002 (Φεβ) και να επισημανθεί η σωστή χειρουργική τεχνική ριζικής εξαίρεσης των βλαβών αυτών.

Υλικό αποτέλεσαν τα αρχεία των ασθενών που χειρουργήθηκαν στη Γναθοχειρουργική Κλινική κατά το παραπάνω χρονικό διάστημα. Καταγράφηκαν: ηλικία, φύλο, εντόπιση, κλινική διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση (μερική ή ολική βιοψία) και ιστολογική διάγνωση.

Αποτελέσματα: Σε 22 συνολικά ασθενείς διαγνώστηκε νεόπλασμα ελασσόνων σιελογόνων αδένων. Η αναλογία ανδρών-γυναικών ήταν 1:1. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 49 έτη. Η πλειονότητα των όγκων ήταν καλοήθης

(14/22), κυρίως πλειόμορφα αδενώματα (12/22), ενώ από τους κακοήθεις (8/22) τέσσερις ήταν βλεννοεπιδερμοειδή καρκινώματα, δύο αδενοκαρκινώματα και δύο κακοήθη πλειόμορφα αδενώματα. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι κακοήθεις όγκοι ελασσόνων σιελογόνων αδένων αποτέλεσαν το 10% όλων των κακοήθων νεοπλασμάτων βλεννογόνου του στόματος που αντιμετωπίστηκαν στη Γναθοχειρουργική Κλινική κατά τη χρονική περίοδο 1990-2002 (Φεβ). Η συχνότερη εντόπιση των όγκων ήταν η υπερώα (68,2%) και ακολουθούσαν η ουλοπαραρειακή αύλακα και η παρειά. Οι περισσότεροι όγκοι (12/22) αντιμετωπίστηκαν με ολική εξαίρεση και βιοψία. Οι υπόλοιποι ασθενείς μετά τη βιοψία παραπέμφθηκαν σε νοσοκομείο, κυρίως λόγω του μεγέθους της βλάβης. Από τους όγκους που αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική κανένας δεν παρουσίασε υποτροπή.

Συμπερασματικά, τα νεοπλάσματα των ελασσόνων σιελογόνων αδένων δεν δείχνουν προτίμηση σε κάποια ηλικιακή ομάδα, ενώ συχνότερη θέση προσβολής είναι η υπερώα. Καθώς εμφανίζουν κακοήθεια σε αρκετά υψηλό ποσοστό, η έγκαιρη διάγνωση, που κυρίως γίνεται από τον οδοντίατρο, έχει μεγάλη σημασία για την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους.

11. Αγκυλογλωσσία: πρέπει να αποτελεί αντικείμενο προπρωσθητικής χειρουργικής; **ΠΑΝΤΑΖΗΣ Γ., ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Π.**

Η αγκυλογλωσσία αποτελεί συγγενή διαταραχή που επιφέρει δυσκολία στην κίνηση της γλώσσας έως και πλήρη καθήλωση αυτής στο έδαφος του στόματος. Η λεπτομερής ταξινόμηση της αγκυλογλωσσίας περιλαμβάνει τέσσερις κατηγορίες αυξανόμενης σοβαρότητας, με την εντονότερη μορφή να απαντάται πολύ σπάνια. Η αγκυλογλωσσία έχει ενοχοποιηθεί για δυσκολίες στο θηλασμό, την κατάποση και την ομιλία. Επίσης, μπορεί να προκαλέσει ορθοδοντικές ανωμαλίες και τοπικά περιοδοντικά προβλήματα. Στο κεφάλαιο της προπρωσθητικής χει-

ρουργικής όλων των συγγραμμάτων περιλαμβάνεται μεταξύ των ανωμαλιών των μαλθακών ιστών η αντιμετώπιση της αγκυλογλωσσίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία της αγκυλογλωσσίας, δεδομένων των διαφόρου σοβαρότητας κλινικών προβλημάτων που παρουσιάζονται. Η παρουσίαση όλου του εύρους των δημοσιευμένων απόψεων συνεισφέρει στον προβληματισμό για την αναγκαιότητα της χειρουργικής αντιμετώπισης, αλλά και την επιλογή της

καταλληλότερης χρονικής περιόδου. Η επικρατέστερη και περισσότερο ασφαλής εκ του κλινικού αποτελέσματος πρακτική, αφορά στη χειρουργική αντιμετώπιση σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις της αγκυλογλωσσίας, η οποία μάλιστα πρέπει να επιτελείται κατά την πρωιμότερη δυνατή χρονική στιγμή της βρεφικής ή

της παιδικής ηλικίας. Συμπερασματικά, η απάντηση στο ερώτημα, εάν η αγκυλογλωσσία πρέπει να αποτελεί αντικείμενο της προπρωσθετικής χειρουργικής, είναι αρνητική, δεδομένου ότι η κλινική αυτή βλάβη είναι ορθό να αντιμετωπίζεται σε ηλικίες πολύ μικρότερες αυτών που αφορούν στην προπρωσθετική χειρουργική.

12. Ινώδης δυσπλασία κάτω γνάθου σε παιδί. Παρουσίαση περίπτωσης **ΤΙΤΣΙΝΙΔΗΣ Σ., ΚΑΠΠΑΤΟΣ Κ., ΠΑΤΡΙΚΙΟΥ Α., ΣΤΥΛΟΓΙΑΝΝΗ Ε.**

Γναθοχειρουργική Κλινική Νοσοκομείου Παιδων «Π. & Α. Κυριακού»

Η ινώδης δυσπλασία είναι ιδιοπαθής ινοοστική βλάβη των οστών του σκελετού. Η ασυνήθιστη αυτή βλάβη συχνά εμφανίζεται στην πρώτη και δεύτερη δεκαετία της ζωής. Χαρακτηρίζεται από αντικατάσταση του φυσιολογικού μυελώδους οστού με ινοοστικό ιστό. Μπορεί να είναι μονήρης-μονοοστική ή να εντοπίζεται συχνότερα στην άνω από την κάτω γνάθο. Λόγω της ιδιαίτερης αυτής φύσης και της παρόμοιας ακτινογραφικής εικόνας με άλλες παθολογικές εξεργασίες, παρουσιάζει διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με ινώδη δυσπλασία και η μακρόχρονη παρακολούθηση της εξέλιξής του. Η ασθε-

νης, ηλικίας 4 ετών και 6 μηνών, εξετάστηκε το 1987 για μικρή διόγκωση στο σώμα της κάτω γνάθου, διάρκειας λίγων μηνών, όπως αναφερόταν από τους γονείς της. Κλινικά βρέθηκε εξωστοματική σκληρή διόγκωση αργά εξελισσόμενη και με χαρακτηριστική κλινική εικόνα. Τέθηκε η διάγνωση της ινώδους δυσπλασίας και έκτοτε η ασθενής παρακολουθούνταν σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η διόγκωση δεν προκάλλυσε προβλήματα και ο οδοντικός φραγμός αναπτύχθηκε φυσιολογικά. Μετά το τέλος της σκελετικής ανάπτυξης με ενδοστοματική προσπέλαση έγινε αποκατάσταση του κάτω χείλους στο φυσιολογικό (remodeling), με ικανοποιητικό αισθητικό αποτέλεσμα.

13. Κακώσεις φατνιακής απόφυσης και προσθίων δοντιών. Θεραπευτική αντιμετώπιση **ΨΩΜΑΔΕΡΗΣ Κ., ΚΟΜΜΑΤΑ Α., ΚΑΡΑΚΑΣΗΣ Δ.**

Οι κακώσεις της φατνιακής απόφυσης και των προσθίων κυρίως δοντιών είναι από τις συχνότερες της γενικότερης τραυματιολογίας της γναθοπροσωπικής χώρας και προβληματίζουν τον οδοντίατρο στην καθημερινή άσκηση της οδοντιατρικής. Οι κακώσεις αφορούν κυρίως στην παιδική ηλικία και οφείλονται σε παιχνίδια, πτώσεις, αθλητικές δραστηριότητες και ατυχήματα. Σαν κατάγματα φατνιακών αποφύσεων αναφέρονται συνήθως αυτά που αφορούν στη φατνιακή απόφυση περισσότερων από ένα δοντιών. Τα δόντια που

περιέχονται στο κατεαγός τμήμα της φατνιακής απόφυσης, κινούνται όλα μαζί και πολλές φορές παρουσιάζουν σημαντική παρεκτόπιση. Οι κακώσεις των δοντιών διακρίνονται σε παρεκτόπιση (μερική ή ολική εκγόμφωση και εγγόμφωση) και σε κατάγματα (μύλης, ρίζας ή μύλης και ρίζας). Στην παρουσίαση αυτή θα αναφερθεί η θεραπευτική αντιμετώπιση των κακώσεων αυτών και κυρίως οι μέθοδοι ακινητοποίησης της φατνιακής απόφυσης και των δοντιών, ανάλογα με τη βαρύτητα της κάκωσης.

14. Αντιμετώπιση των στοματικών εκδηλώσεων του ομαλού λειχήνα **ΤΟΜΠΑΣ Π., ΔΑΜΑΣΚΗΝΟΥ Π., ΑΥΓΕΡΑΚΗ Α., ΛΑΜΠΑΔΑΚΗΣ Ι.**

Οδοντιατρικό Τμήμα, Νοσοκομείο – Κ.Υ. Νάξου, Νάξος
Οδοντιατρικό Τμήμα, ΠΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Ο ομαλός λειχήνας του στόματος είναι μία σχετικά συχνή φλεγμονώδης νόσος που

εμφανίζεται σε ποσοστό 0,5-2,2%. Είναι νόσημα χρόνιο, αυτοάνοσο, αγνώστου

αιτιολογίας με υφέσεις και εξάρσεις. Σε υψηλό ποσοστό η νόσος δίνει πρώιμες και μοναδικές εκδηλώσεις από το στοματικό βλεννογόνο με εκλεκτικότητα τις παρειές, ενώ ακολουθούν η γλώσσα, τα χείλη και οι άλλες περιοχές του στόματος, με αποτέλεσμα να αποτελεί συχνό πρόβλημα για το γενικό οδοντίατρο. Διακρίνονται πέντε κλινικές ποικιλίες της νόσου στο στόμα: α) δικτυωτή, β) διαβρωτική, γ) πομφολυγώδης, δ) ατροφική και ε) υπερτροφική μορφή. Η διαβρωτική μορφή χαρακτηρίζεται από διαβρώσεις ιδιαίτερα επώδυνες και επιβάλλεται η άμεση αντιμετώπισή τους. Η θεραπεία των στοματικών αυτών εκδηλώσεων δεν είναι αιτιολογική αλλά παρηγορητική, διότι η αιτιολογία παραμένει ασαφής. Κατά καιρούς έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα θεραπευτικά σχήματα είτε τοπικά είτε συστημα-

τικά. Στην εργασία αυτή παρουσιάζονται τα διάφορα προτεινόμενα σχήματα αντιμετώπισης των συμπτωμάτων για την ανακούφιση του ασθενούς, αφού σε πολλές περιπτώσεις χρονίζονται και υποτροπιάζουν. Η χρήση τοπικά ή συστηματικά κορτικοστεροειδών, τα αντιμυκητιασικά σε συνδυασμό με στεροειδή, η κλασική θεραπεία PUVA, η χρήση κυκλοσπορίνης, ιδιαίτερα με τη μορφή στοματοπλυμάτων, και η χρήση τοπικά ή συστηματικά ρετινοειδών σε συνδυασμό με τοπικά κορτικοστεροειδή, η μεθοτρεξάτη και η υδροξυουρία περιλαμβάνονται στο φάσμα των θεραπευτικών προσεγγίσεων που έχουν δοκιμασθεί και αναλύονται στην παρούσα εργασία. Επιπρόσθετα, η μικρή πιθανότητα κακοήθους εξαλλαγής του τονίζει την αναγκαιότητα παρακολούθησης των ασθενών.

15. Οδοντογενής οστεομυελίτιδα. Παρουσίαση δύο περιπτώσεων **ΤΣΑΜΠΟΥ Γ., ΜΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ι.**

Η οστεομυελίτιδα είναι λοίμωξη της μυελώδους μοίρας του οστού, η οποία γρήγορα επεκτείνεται σε όλα τα επιμέρους στοιχεία που αποτελούν τον οστίτη ιστό. Στο οξύ στάδιο της νόσου δεν υπάρχουν ακτινογραφικά ευρήματα, ούτε χαρακτηριστικά κλινικά συμπτώματα, γιατί πολλά από αυτά είναι όμοια με του οξέος φατνιακού αποστήματος. Η διάγνωση βασίζεται στο συνδυασμό του ιστορικού, της κλινικής και της ακτινογραφικής εικόνας. Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή δύο περιπτώσεων και η επισήμανση των διαγνωστικών προβλημάτων τους, γιατί η σωστή διάγνωση και η έγκαιρη αντιμετώπιση της νόσου συντελούν ώστε να μην εκδηλωθούν μεγάλες οστικές καταστροφές και απώλεια δοντιών. Η πρώτη περίπτωση αφορά σε άνδρα ηλικίας 69 ετών, ο οποίος αναφέρει εξαγωγές των κάτω προσθίων δοντιών προ 10 μηνών. Έκτοτε όμως διαμαρτύρεται για υπαισθησία κάτω χείλους, διόγκωση στη γενειακή χώρα και εκροή πύου από συρίγγιο ενδοστοματικά. Η κλινική εξέταση παρουσιάζει ελάχιστη διόγκωση στο γένειο, υπαισθησία

κάτω χείλους αριστερά, εκροή πύου στην κορυφή της φατνιακής ακρολοφίας στη θέση των εξαγωγών και εξωστοματικό συρίγγιο. Από την αξονική τομογραφία παρατηρήθηκε συμπαγές μόρφωμα 2 εκατοστών περίπου στη μυελική κοιλότητα στη μέση γραμμή της κάτω γνάθου, το οποίο προκάλεσε διάσπαση του προσθίου φλοιού της γνάθου. Η δεύτερη περίπτωση αφορά σε γυναίκα ηλικίας 42 ετών. Αναφέρει ενόχληση στην περιοχή των 34 και 35 και εξαγωγή του 35, αφού δεν υποχώρησαν τα συμπτώματα παρά τη χορήγηση αντιβίωσης. Κλινικά παρατηρείται διόγκωση στην περιοχή 34-35, πιο έντονη γλωσσικά, ευσειστότητα του 34 και υπαισθησία του κάτω χείλους. Ακτινογραφικά παρατηρείται έλλειψη οστικής αποκατάστασης του φατνίου του 35 και πάχυνση του περιρριζίου στο άνω τριτημόριο της ρίζας του 34. Με πιθανή διάγνωση οστεομυελίτιδας της κάτω γνάθου, λόγω του κοινού χαρακτηριστικού συμπτώματος της υπαισθησίας του κάτω χείλους και οι δύο περιπτώσεις αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά.

16. Ο βελονισμός ως συμπληρωματική μέθοδος θεραπείας στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη. Μία κριτική ανασκόπηση της παγκόσμιας βιβλιογραφίας **ΚΑΖΑΛΗ Ι., ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Γ.**

Ο βελονισμός, ως ένα αφάρμακο θεραπευτικό σύστημα «ελάχιστης παρέμβασης», αποτελεί ένα μικρό μόνο μέρος της παραδοσιακής κινεζικής ιατρικής και στηρίζεται σε μία παράδοση 5.000 χρόνων. Η κινεζική ιατρική βασίζεται στην εφαρμογή στο επίπεδο του ανθρώπινου σώματος, μιας φιλοσοφικής αντίληψης για τη ζωή, που παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με την αρχαιοελληνική σκέψη, και έχει σαν στόχο τη διατήρηση μιας σχετικής υγείας μέσα από την ισορροπία του ανθρώπου με τη φύση. Σήμερα, μετά από σχεδόν 70 χρόνια επιστημονικής έρευνας, που εντείνεται διαρκώς εξ' αιτίας του αυξανόμενου ενδιαφέροντος τόσο της επιστημονικής κοινότητας παγκοσμίως, όσο και των ίδιων των ασθενών, αφού σύμφωνα με μία έρευνα που έγινε από το «κέντρο έρευνας και εκπαίδευσης στην εναλλακτική - συμπληρωματική ιατρική» του Πανεπιστημίου του Harvard, το 1997 στην Αμερική έγιναν 629 εκατομμύρια επισκέψεις σε

γιατρούς που εφαρμόζουν εναλλακτικές - συμπληρωματικές θεραπευτικές μεθόδους με το εκτιμώμενο κόστος φροντίδας να ανέρχεται στα 27 δισεκατομμύρια δολάρια, ο βελονισμός μπορεί να αποδειχθεί σημαντικό βοήθημα και για τον κλινικό οδοντίατρο. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται οι κυριότερες ενδείξεις χρήσεως του βελονισμού στην Οδοντιατρική, όπως άλγος πολφικής ή περιοδοντολογικής αιτιολογίας, διαταραχές της κροταφογναθικής αρθρώσεως, τρισμός, νευραλγία τριδύμου, πάρεση προσωπικού, μετεξακτικός πόνος, μετεξακτική αιμορραγία, αντανακλαστικός έμετος, υποσιελόρροια ή υπερσιελόρροια κ.ά., συνοδευόμενες από ανασκόπηση της παγκόσμιας βιβλιογραφίας κατά περίπτωση. Τέλος, παρουσιάζεται η θέση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας ως προς το βελονισμό γενικότερα και η εφαρμογή του στην Οδοντιατρική σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ενώσεως.

17. Οι νευροφυσιολογικοί μηχανισμοί της δράσεως του βελονισμού στον πόνο της στοματογναθοπροσωπικής περιοχής **ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Γ., ΚΑΖΑΛΗ Ι.**

Η Οδοντιατρική είναι μία από τις κατ' εξοχήν ειδικότητες της Ιατρικής που έρχεται σε επαφή με τον πόνο. Πέρα από τα φαρμακευτικά μέσα, φυσικά μέσα όπως ο βελονισμός, μπορούν να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του προβλήματος που εκτείνεται από τον πόνο πολφικής αιτιολογίας μέχρι τη νευραλγία του τριδύμου. Στην εργασία παρουσιάζεται η νευροφυσιολογία του πόνου με ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο του τριδύμου και η εξήγηση της δράσεως του βελονισμού μέσα από τη νευρωνική θεωρία. Σύμφωνα με αυτήν, ο περιφερικός ερεθισμός από την ένθεση της βελόνας στο σημείο βελονισμού προκαλεί απάντηση του νευρικού συστήματος σε τρία επίπεδα: τοπικό, περιοχικό και γενικό. Η τοπική δράση αφορά σε μία περιοχή 1 έως 2 εκατοστών γύρω από τη βελόνα, εκφράζεται με την ενεργοποίηση των αλγοϋποδοχέων και των αισθητικών υποδοχέων και προκαλεί

αναλγησία που εξηγείται μέσα από τη θεωρία της πύλης του πόνου και τη θεωρία DNIC. Η περιοχική δράση αφορά σε μία ευρύτερη περιοχή 2 έως 3 δερματομίων, εκφράζεται με την ενεργοποίηση των δερματοσπλαγχνικών, δερματομυϊκών και άλλων συναφών αντανακλαστικών τόξων και εξηγείται μέσα από τη θεωρία σύγκλισης του McKenzie. Η γενική δράση αφορά στη διέγερση συγκεκριμένων δομών του Ν.Σ. και στην έκκριση αντίστοιχων διαβιβαστών, με αποτέλεσμα τη μεταβολή πληθώρας παραμέτρων, όπως ο πόνος, ο σπασμός, η ευερεθιστότητα, ο αγγειακός και μυϊκός τόνος κ.ά., και εξηγείται μέσα από την εγκεφαλινεργική θεωρία του Pomerant. Μέσα από όλα αυτά γίνεται αντιληπτό ότι ο βελονισμός μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό βοήθημα στα χέρια του κλινικού οδοντίατρου για την αντιμετώπιση του πόνου της στοματογναθοπροσωπικής περιοχής.

18. Σύγχρονες τεχνικές της περιοδοντολογίας: το κλειδί για μία επιτυχημένη προσθετική αποκατάσταση **ΠΑΠΑΣΩΤΗΡΙΟΥ Α.**

Στόχος μιας προσθετικής αποκατάστασης είναι η αναπλήρωση ενός ή περισσότερων δοντιών που λείπουν. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γνωρίζει ο κλινικός τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα που οδήγησε στην απώλεια των δοντιών σε ένα στόμα, όχι μόνο για να έχει μία πληρέστερη εικόνα του ιστορικού του στόματος που καλείται να αποκαταστήσει, αλλά διότι αυτό θα τον βοηθήσει να συνειδητοποιήσει ποια προβλήματα κατά πάσα πιθανότητα θα έχει να αντιμετωπίσει και στο μέλλον. Η κλασική περιοδοντολογία σαν στόχο έχει τη διάγνωση και θεραπεία της περιοδοντικής νόσου. Στα πλαίσια του σκοπού αυτού αναπτύχθηκε ένας μεγάλος αριθμός χειρουργικών τεχνικών, που σαν στόχο έχουν την εξάλειψη των περιοδοντικών θυλάκων, την ενίσχυση των δοντιών, και τη βελτίωση της πρόγνωσης και της μακροχρόνιας παραμονής τους στο στόμα. Στα πλαίσια μιας προσθετικής αποκατάστασης είναι σημαντικό να προηγηθεί η περιοδοντική θεραπεία διότι μειώνεται το βάθος των θυλάκων, ο βαθμός φλεγμονής και η κινητικότητα, βελτιώνοντας έτσι την πρόγνωση

ση κάθε δοντιού ξεχωριστά και συνολικά ολόκληρης της αποκατάστασης. Για πολλές δεκαετίες οι συνηθέστερες τεχνικές για την εξάλειψη των θυλάκων ήταν η ουλεκτομή και αφαιρετικές τεχνικές, οι οποίες εφαρμόζονταν σε μεγάλη έκταση, ενώ για την αντιμετώπιση ουλοβλεννογόνιων προβλημάτων ο χρυσός κανόνας ήταν η χρήση ενός ελεύθερου ουλικού μοσχεύματος. Αυτές οι τεχνικές αναμφισβήτητα είχαν λειτουργική επιτυχία, όμως είχαν μεγάλο βιολογικό και αισθητικό κόστος. Οι νεότερες τεχνικές της χειρουργικής περιοδοντολογίας συνδυάζουν την αποκατάσταση της υγείας του περιοδοντίου με την ανάπλαση του ελλείμματος των μαλακών και σκληρών ιστών με τη χρήση ενός μεγάλου φάσματος οστικών μοσχευμάτων, μεμβρανών και ουλοβλεννογόνιων τεχνικών. Στόχος της ομιλίας αυτής είναι η παρουσίαση αυτών των νεότερων τεχνικών της περιοδοντολογίας, οι οποίες εκτός από την προετοιμασία ενός στόματος που θα δεχθεί μία προσθετική αποκατάσταση, μπορούν να δώσουν λύσεις σε ένα μεγάλο φάσμα αισθητικών προβλημάτων.

19. Υλικά αποκατάστασης κολοβωμάτων **ΠΟΛΥΔΩΡΟΥ Ο., ΑΛΕΞΑΚΗ Μ., ΔΟΥΒΙΤΣΑΣ Γ.**

Οδοντική Χειρουργική Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Σημαντικό κομμάτι της κλινικής οδοντιατρικής πράξης είναι η αποκατάσταση κατεστραμμένων δοντιών με την τοποθέτηση στεφάνης. Αρκετές φορές αυτή η διαδικασία προϋποθέτει την αποκατάσταση του κολοβώματος του δοντιού λόγω εκτεταμένης απώλειας οδοντικής ουσίας. Η αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού σε ότι αφορά στο είδος της αποκατάστασης και το υλικό που θα χρησιμοποιηθεί, εξαρτάται αφενός από την ύπαρξη ή μη πολφού και αφετέρου από την έκταση της απωλεσθείσας οδοντικής ουσίας του κολοβώματος. Έτσι η αποκατάσταση μπορεί να αφορά απλά σε μικρή απώλεια οδοντικής ουσίας, οπότε η αντιμετώπισή της είναι μία απλή έκφραση, ή σε μία εκτεταμένη ανασύσταση του κολοβώματος ή ακόμη και στη χρήση κάποιου συγκρατητικού

μέσου. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το είδος της αποκατάστασης, άρα και το υλικό που θα χρησιμοποιηθεί, είναι η επιφάνεια του κολοβώματος που χρειάζεται να αποκατασταθεί. Διαφορετικές είναι οι απαιτήσεις από ένα υλικό που θα χρησιμοποιηθεί μασητικά του κολοβώματος σε μία απλή έκφραση 1ης ομάδας, διαφορετικές για την αυχενική αποκατάσταση ενός κολοβώματος και διαφορετικές σε περίπτωση εκτεταμένης αποκατάστασής του, σε συνδυασμό ή μη με τη χρήση συγκρατητικού μέσου (ενδορριζικού άξονα). Σήμερα στο εμπόριο υπάρχει μία πληθώρα διαθέσιμων υλικών για την αποκατάσταση κολοβωμάτων. Αυτά είναι: αμάλαμα, σύνθετη ρητίνη, υαλοϊονομερής κονία, ρητινοτροποποιημένη υαλοϊονομερής κονία, ενισχυμένη

υαλοϊονομερής κονία και διάφορα υλικά που έχουν προταθεί ειδικά για χρήση ως «υλικά αποκατάστασης κολοβωμάτων», όπως Ti-core κ.ά. Η κλινική εμπειρία της χρήσης των υλικών αυτών και η εργαστηριακή αξιολόγησή τους, έχουν δείξει τα εξής: Το αμάλγαμα και η σύνθετη ρητίνη είναι τα πλέον ευρέως διαδεδομένα υλικά, ακόμη και ως «υλικά αποκατάστασης κολοβωμάτων». Τα νεότερα σκευάσματα που προτείνονται αποκλειστικά για αποκαταστάσεις κολοβωμάτων δεν εμφανίζουν πλεονεκτήματα έναντι της σύνθετης ρητίνης. Ανεξάρτητα

από το είδος του άξονα που θα χρησιμοποιηθεί, η σύνθετη ρητίνη πλεονεκτεί έναντι των άλλων υλικών, σε ό,τι αφορά στη συγκράτησή τους. Ακολουθεί το αμάλγαμα και τέλος η υαλοϊονομερής κονία. Το είδος του άξονα που χρησιμοποιείται επηρεάζει την αντοχή της αποκατάστασης και τη συγκράτηση του υλικού. Σ' αυτή την ελεύθερη ανακοίνωση θα αναφερθούν τα διαθέσιμα υλικά για την αποκατάσταση των κολοβωμάτων, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά τους, καθώς και τα κλινικά στάδια εφαρμογής τους.

20. Αυχενικές διαβρώσεις. Σύγχρονες απόψεις για τα αίτια σχηματισμού και για την αποκατάστασή τους **ΠΑΠΑΣΩΤΗΡΙΟΥ Ο.**

Οι βλάβες των δοντιών στο αυχενικό τριτημόριο είναι ένα φαινόμενο πολύ συνηθισμένο στην οδοντοφυΐα των ενηλίκων. Μέχρι πρόσφατα, τα αίτια σχηματισμού τους δεν ήταν σαφή. Ως βασικοί υπαίτιοι της γένεσης των βλαβών αυτών θεωρούνταν τα μηχανικά ερεθίσματα, όπως το έντονο βούρτσισμα των δοντιών, τα χημικά, όπως η κατανάλωση όξινων φρούτων και χυμών, και άλλα άγνωστα αίτια που κατατάσσονταν στην κατηγορία των ιδιοπαθών. Νεότερες μελέτες διερεύνησαν τη σημασία που έχει η δραστηριότητα μεταξύ των δύο γνάθων (η φυσιολογική μάσηση καθώς και οι παραλειτουργικές δραστηριότητες), στην παθογένεση των αυχενικών βλαβών. Το πιο συχνό σύμπτωμα που συνοδεύει τις αυχενικές βλάβες είναι η ευαισθησία στα θερμικά ερεθίσματα. Αυτή είναι συνήθως και η κύρια αιτία που οδηγεί τους ασθενείς με αυχενικές βλάβες στον οδοντίατρο. Επειδή τα διάφορα φθοριούχα διαλύματα, οι πάστες ή τα επιχρίσματα, συχνά δεν φέρνουν αποτέλεσμα, η συνήθης αντιμετώπιση του προβλήματος της ευαισθησίας είναι η επικάλυψη των σημεί-

ων που υπάρχει έλλειψη αδαμαντίνης, οδοντίνης ή οστεΐνης με εμφρακτικά υλικά. Η μέθοδος αυτή έχει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα: εμποδίζει τη συνέχιση του σχηματισμού της βλάβης, μειώνει την ευαισθησία στα θερμικά ερεθίσματα, και βελτιώνει την αισθητική εικόνα των δοντιών, κάτι που είναι πολύ σημαντικό όταν αυτά περιλαμβάνονται στην αισθητική ζώνη. Η εξέλιξη στα οδοντιατρικά υλικά έφερε ριζικές αλλαγές στην αποκατάσταση των αυχενικών βλαβών. Οι συγκολλητικοί παράγοντες αδαμαντίνης-οδοντίνης, καθώς και οι νέες σύνθετες ρητίνες με τροποποιημένες ιδιότητες (χημική σύσταση, συντελεστής ελαστικότητας), αποδείχθηκαν κατάλληλα υλικά για τις αυχενικές περιοχές, βελτιώνοντας παράλληλα κατά πολύ τη διάρκεια ζωής των αποκαταστάσεων αυτών. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση και ανάπτυξη των σύγχρονων απόψεων για την παθογένεση των αυχενικών βλαβών, καθώς και η περιγραφή νέων υλικών και τεχνικών για την αποκατάστασή τους, με την παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων.

21. Ευμεγέθης μονήρης (απλή, τραυματική) οστική κύστη στον κλάδο της κάτω γνάθου. Παρουσίαση περίπτωσης **ΓΙΑΜΑΡΕΛΟΣ Γ., ΜΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ι., ΔΕΝΔΡΙΝΟΣ Χ., ΓΑΒΡΙΗΛ Σ.** *Γναθοχειρουργική Κλινική «Ιπποκρατείου» ΠΓΝΑ*

Η μονήρης οστική κύστη (Μ.Ο.Κ.) είναι μία βλάβη που απαντάται κύρια στα μακρά αυλοει-

δή οστά, αλλά και στις γνάθους. Πρόκειται για ασυμπτωματικές καλοήθειες εξεργασίες, που

συνήθως αποτελούν τυχαίο ακτινογραφικό εύρημα. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης Μ.Ο.Κ. στον κλάδο της κάτω γνάθου και η συζήτηση της θεραπευτικής αντιμετώπισης παρομοίων βλαβών.

Παρουσίαση περίπτωσης: Ασθενής ηλικίας 17 ετών, προσήλθε με εικόνα εκτεταμένης διαύγασης στο δεξιό κλάδο της κάτω γνάθου. Με κλινική διάγνωση κύστης της γνάθου οδηγήθηκε στο χειρουργείο υπό γενική αναισθησία. Χειρουργικά βρέθηκε οστική κοιλότητα, κενή περιεχομένου, που περιείχε μικρή ποσότητα οροαιματηρού υγρού. Τέθηκε η διάγνωση μονήρους κύστης. Κατά τη μετεγχειρητική παρακολούθηση παρατηρήθηκε σταδιακή πλήρωση της κοιλότητας με οστούν.

Συζήτηση: Οι Μ.Ο.Κ. είναι άγνωστης αιτιολογίας βλάβες, παρά τις πολλές αναφορές στη βιβλιογραφία για την παθογένεσή τους. Παρατηρούνται σε νεαρά άτομα, με πλέον συχνή δεκαετία εμφάνισης τη δεύτερη. Ακτινογραφικά πρόκειται για μονόχωρες διαυγασίες, συνήθως καλά περιγεγραμμένες, χωρίς να περιβάλλονται

από ακτινοσκοπικό περίγραμμα. Συνήθως περιέχουν αχυρόχρωμο υγρό ή αίμα, ενώ σε πολλές περιπτώσεις είναι κενές περιεχομένου. Εντοπίζονται κύρια στις οπίσθιες οδοντοφόρες περιοχές της κάτω γνάθου και η εντόπισή τους στον κλάδο, όπως αυτή που περιγράφεται, θεωρείται σπάνια. Η χειρουργική διερεύνηση γίνεται προκειμένου να τεκμηριωθεί η κλινική διάγνωση και να διαφοροδιαγνωστούν από άλλες παθολογικές εξεργασίες (π.χ. ανευρυσματικές κύστεις, κερατινοκύστεις κ.ά.).

Βιβλιογραφία:

1. Forssell K et al. Simple bone cyst. Int J Oral and Maxillofac Surg 1988;17: 21-24
2. Kaugars G, Cale A. Traumatic bone cyst. Oral Surg 1987;63: 318-324
3. Μελακόπουλος Ι, Στυλογιάννη Ε, Πατρικίου Α. Μονήρης οστική κύστη. Κλινική μελέτη 14 περιπτώσεων. Στοματολογία 2001,58: 78-84
4. Sullivan RJ, Meyer JS, Dormans JP, Davidson RS. Diagnosing aneurysmal and unicameral bone cysts with magnetic resonance imaging. Clin Orthop 1999(366): 186-190

22. Βλεννώδεις κύστεις του στόματος

ΔΕΝΔΡΙΝΟΣ Χ., ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Κ., ΓΙΑΜΑΡΕΛΟΣ Γ., ΓΑΒΡΙΗΛ Σ., ΧΟΥΠΗΣ Κ.

Γναθοχειρουργική Κλινική «Ιπποκρατείου» ΠΓΝΑ

Οι βλεννώδεις κύστεις του στόματος ή βλενοκήλες, είναι οι πιο συχνές βλάβες του στοματικού βλεννογόνου και σχετίζονται κυρίως με τους ελάσσονες σιαλογόνους αδένες που υπάρχουν διάσπαρτοι στο βλεννογόνο του στόματος. Η συνηθέστερη αιτία δημιουργίας αυτών των κύστεων (80%) είναι η ρήξη του πόρου ενός σιαλογόνου αδένου, συνήθως από τραύμα, που προκαλεί έγχυση βλέννας στους γύρω μαλακούς ιστούς (κύστεις από έγχυση βλέννας). Οι κύστεις αυτές δεν έχουν επιθηλιακή κάψα και επομένως δεν είναι πραγματικές κύστεις. Λιγότερο συχνές είναι οι κύστεις από κατακράτηση βλέννας λόγω απόφραξης του εκφορητικού πόρου του σιαλογόνου αδένου από κάποιο μικρόλιθο. Οι κύστεις αυτές είναι πραγματικές κύστεις γιατί έχουν επιθηλιακό τοίχωμα. Η βλεννώδης κύστη στο έδαφος του στόματος ονομάζεται βατράχιο και σχετίζεται συνηθέστερα με τον υπογλώσσιο αδένου, λιγότερο με τους ελάσσονες σιαλογόνους και ευκαι-

ριακά με τον υπογνάθιο. Ο τύπος αυτός της κύστης μπορεί να πάρει αρκετά μεγάλες διαστάσεις, ή να επεκταθεί και κάτω από το έδαφος του στόματος (καταδυόμενο βατράχιο). Οι βλεννώδεις κύστεις παρουσιάζονται πιο συχνά σε παιδιά και νέους και συνηθέστερα στο κάτω χείλος (75%), ενώ είναι σπάνιες στο άνω χείλος. Άλλες θέσεις εντόπισης είναι το έδαφος του στόματος, η παρειά, η υπερώα, η κάτω επιφάνεια της γλώσσας. Η θεραπεία των βλεννωδών κύστεων είναι συνήθως χειρουργική και συνίσταται στην αφαίρεση της βλάβης και των γύρω ελασσόνων αδένων (Ellis και συν. 1991). Οι μετεγχειρητικές υποτροπές δεν είναι ασυνήθεις και αντιμετωπίζονται με επανεγχείρηση. Στην ανακοίνωση αυτή παρουσιάζεται μία κλινικοστατιστική μελέτη 70 βλεννωδών κύστεων του στόματος που διαγνώστηκαν και αντιμετωπίστηκαν στο Γναθοχειρουργικό Τμήμα του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Αθήνας κατά την περίοδο 1995 - 2001.

23. Βακτηριαίμια κατά τη διάρκεια οδοντοθεραπείας σε παιδιά και εφήβους με ειδικές ανάγκες (ΑμΕΑ) και φυσιολογικούς μάρτυρες **ΜΑΚΡΗ Α., ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΟΥ Μ., ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Α., ΜΕΣΣΗΝΗ Μ., ΜΑΛΑΜΟΥ-ΛΑΔΑ Ε., ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Μ.**

Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί η βακτηριαίμια που προκαλείται κατά τη διάρκεια οδοντιατρικής θεραπείας με γενική αναισθησία σε παιδιά και εφήβους ΑμΕΑ και φυσιολογικούς μάρτυρες και συγκεκριμένα τα μικροβιακά αίτια, ο χρόνος εμφάνισης και η πορεία της βακτηριαίμιας στα διάφορα στάδια της οδοντιατρικής θεραπείας. Εξετάστηκαν συνολικά 46 ασθενείς του οδοντιατρικού τμήματος, οι 25 ήταν ΑμΕΑ και οι 21 φυσιολογικοί μάρτυρες. Τα ΑμΕΑ ήταν ηλικίας 5-16 ετών (x ηλικίας 8 έτη) και από άποψη γενικότερης υγείας είχαν χαρακτηριστικό πρόβλημα τη νοητική υστέρηση και συνοδά ελλείμματα, όπως εγκεφαλική παράλυση, σπασμούς, ελλείμματα επικοινωνίας, αισθητηριακά κ.ά. Οι φυσιολογικοί μάρτυρες ήταν ηλικίας 3-13 ετών (x ηλικίας 9 έτη) και δεν είχαν πρόβλημα γενικότερης υγείας. Οι ασθενείς δεν έλαβαν χημειοπροφύλαξη πριν από την οδοντιατρική θεραπεία.

Πρωτόκολλο αιμοληψιών. Η πρώτη λήψη έγινε αμέσως μετά τη διασωλήνωση και πριν την έναρξη των οδοντιατρικών θεραπευτικών εργασιών. Η δεύτερη έγινε αμέσως μετά την ολοκλήρωση των θεραπευτικών εργασιών (εμφράξεις - ενδοδοντικές θεραπείες). Η τρίτη λήψη έγινε αμέσως μετά την πρώτη εξαγωγή. Εάν δεν υπήρχε εξαγωγή, γινόταν η περιοδοντική θεραπεία και αμέσως μετά η λήψη. Η τέταρτη λήψη έγινε περίπου 30 λεπτά μετά την πρώτη εξαγωγή, και στο διάστημα αυτό έγιναν οι υπόλοιπες εξαγωγές και άλλες αιματηρές επεμβάσεις. Εάν οι αιματηρές επεμβάσεις δεν

ολοκληρώνονταν στα 30 λεπτά μετά την πρώτη εξαγωγή, τότε μετά το πέρας αυτών γινόταν και πέμπτη λήψη. Η ποσότητα του αίματος σε κάθε λήψη ήταν 2,5cc και διαμοιράζονταν σε κατάλληλους θρεπτικούς ζωμούς για αερόβια και αναερόβια μικρόβια.

Αποτελέσματα: Από τους 46 ασθενείς οι 15 (32,6%) υπήρξαν στείροι μικροβίων σε όλες τις αιμοκαλλιέργειες, ενώ οι υπόλοιποι 31 (67,4%) είχαν μία τουλάχιστον αιμοκαλλιέργεια θετική. Τα μικρόβια εισέρχονται στην κυκλοφορία αμέσως μετά τη διασωλήνωση και σε όλα τα στάδια της οδοντιατρικής θεραπείας. Τα υψηλότερα ποσοστά μικροβιαίμιας παρατηρήθηκαν στην τρίτη αιμοληψία, και συγκεκριμένα στην ομάδα των ΑμΕΑ ήταν 55% και στην ομάδα των φυσιολογικών μαρτύρων 69%. Οι μικροβιαίμίες που παρατηρήθηκαν ήταν μονομικροβιακές σε ποσοστό 64% στα ΑμΕΑ και 60% στους φυσιολογικούς μάρτυρες και πολυμικροβιακές (2 έως 4 μικροβιακά είδη) σε ποσοστό 36% στα ΑμΕΑ και 40% στους φυσιολογικούς μάρτυρες. Τα συχνότερα απομονωθέντα μικρόβια ήταν οι Gram (+) κόκκοι, με πρώτο τον *Staphylococcus epidermidis* στα ΑμΕΑ και τον *Streptococcus spp* στους φυσιολογικούς μάρτυρες. Από τα αναερόβια μικρόβια συχνότερα ανευρέθησαν τα *Propionobacterium spp*.

Συμπερασματικά, κατά τη διάρκεια οδοντοθεραπείας παρατηρήθηκε παροδική βακτηριαίμια και στις δύο ομάδες ασθενών (ΑμΕΑ και φυσιολογικούς μάρτυρες) από μικρόβια της φυσιολογικής χλωρίδας του στόματος.

24. Επίδραση του μυϊκού συστήματος στη σταθερότητα των ολικών οδοντοστοιχιών **ΠΟΛΥΧΡΟΝΑΚΗΣ Ν.**

Εργαστήριο Κινητής Προσθετικής, Οδοντιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Αθηνών

Σταθερή ολική οδοντοστοιχία θεωρείται η οδοντοστοιχία εκείνη που δεν εκτοπίζεται κατά τη λειτουργία της. Αυτό επιτυγχάνεται όταν οι συγκρατητικές δυνάμεις, που σε μεγάλο βαθμό ασκούνται από το περιβάλλον μυϊκό σύστημα, υπερσχύουν των εκτοπιστικών και επί πλέον

οι ολικές οδοντοστοιχίες έχουν επαρκή στήριξη, η οποία εξαρτάται από την έκταση της καλυπτόμενης επιφάνειας και από τον τρόπο αποτύπωσης. Οι μύες των χειλέων, των παρειών και της γλώσσας μπορεί να είναι θεμελιώδους σημασίας ως προς τη συγκράτηση των ολικών

οδοντοστοιχιών, μπορεί όμως να προκαλέσουν και αστάθεια των εργασιών. Εκτόπιση των ολικών οδοντοστοιχιών θα προκύψει εάν οι λείες τους επιφάνειες, στις οποίες περιλαμβάνονται και οι παρειακές και γλωσσικές επιφάνειες των τεχνητών δοντιών, έχουν ανεπιθύμητη κλίση ή εάν η ολική οδοντοστοιχία παρεμβαίνει στις συνήθεις θέσεις ανάπαυσης ή λειτουργίας του περιβάλλοντος μυϊκού συστήματος. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που η ολική οδοντοστοιχία της κάτω γνάθου είναι ασταθής επειδή τα πρόσθια δόντια έχουν τοποθετηθεί είτε

πολύ γλωσσικά είτε πολύ χειλικά, με αποτέλεσμα κάθε κίνηση της γλώσσας ή των χειλέων κατά τη διάρκεια της λειτουργίας τους να τείνει να την μετατοπίσει. Έτσι είναι λογικό οι ολικές οδοντοστοιχίες να τοποθετούνται σε μία περιοχή, όπου οι δυνάμεις που ασκούνται από τη γλώσσα και έχουν φορά προς τα έξω, εξισορροπούνται από τις δυνάμεις που ασκούνται από τις παρειές και τα χείλη και έχουν φορά προς τα μέσα τόσο στην ανάπαυση όσο και στη λειτουργία του μυϊκού συστήματος. Αυτή η περιοχή είναι γνωστή σαν ουδέτερη ζώνη.

25. Συγκριτική μελέτη της καταγραφής της ουδέτερης ζώνης με τη χρησιμοποίηση τριών διαφορετικών υλικών **ΠΟΛΥΧΡΟΝΑΚΗΣ Ν.**

Εργαστήριο Κινητής Προσθητικής, Οδοντιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Αθηνών

Για την καταγραφή της ουδέτερης ζώνης είναι απαραίτητο να χρησιμοποιούνται υλικά τα οποία μπορούν: 1) να διαμορφωθούν από την επίδραση των οριζόντιων δυνάμεων που ασκούνται από τη γλώσσα, τα χείλη και τις παρειές, 2) να μην είναι ιδιαίτερα λεπτόρρευστα ώστε να ρέουν τόσο κατά τη διάρκεια της τοποθέτησης του δισκαρίου με το υλικό στο στόμα όσο και κατά τις διάφορες λειτουργικές κινήσεις των μυών και 3) να έχουν σχετικά παρατεταμένο χρόνο πήξης. Υλικά που κυρίως έχουν χρησιμοποιηθεί για το σκοπό αυτό είναι η αποτυπωτική γύψος, το θερμοπλαστικό συνθετικό ρητινοειδές υλικό (stent), διάφορα αποτυπωτικά κεριά, παχύρρευστες σιλικόνες, υλικά αποκατάστασης των ιστών, αλγινικό και αυτοπολυμεριζόμενες ρητίνες μεθακρυλικού βουτυλίου. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η λεπτομερής περιγραφή των σταδίων καταγραφής της ουδέτερης ζώνης με τη χρησιμοποίηση τριών διαφορετικών υλικών και η συγκριτική μελέτη των υλικών αυτών.

Υλικά και μέθοδος: Για την πραγματοποίηση αυτής της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν

ένα θερμοπλαστικό συνθετικό ρητινοειδές υλικό (Red impression compound, Kerr Italia SpA), μία παχύρρευστη σιλικόνη (Panasil, Kettenbach D - 35713 Eschenburg) και ένα υλικό αποκατάστασης των ιστών (Visco-gel, Dentsply De Trey GmbH D - 78467 Konstanz). Η καταγραφή της ουδέτερης ζώνης έγινε στην κάτω γνάθο ασθενών που προσήλθαν στην Κλινική της συνολικής αντιμετώπισης.

Αποτελέσματα: Από τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν, το θερμοπλαστικό, λόγω της φύσης του υλικού, παρουσίασε εξαιρετική δυσκολία στους χειρισμούς, με αποτέλεσμα να καταναλωθεί αρκετός χρόνος για την πραγματοποίηση της καταγραφής. Το υλικό αποκατάστασης των ιστών παρουσίασε ιδιαίτερη δυσκολία ως προς την επίτευξη της ιδανικής σύστασης στη χρησιμοποίησή του. Τέλος, η παχύρρευστη σιλικόνη, η οποία και κρίθηκε σαν το καλύτερο για τη διαδικασία υλικό, παρουσίασε μικρό χρόνο πήξης, μειονέκτημα που εύκολα όμως αντιμετωπίζεται, εφ' όσον χρησιμοποιηθεί καταλύτης σε μικρότερη αναλογία από αυτή που προτείνει ο κατασκευαστής.

26. Μονοκυστικό αδαμαντινοβλάστωμα που υποδύεται παραοδοντική κύστη **ΠΑΠΑΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Δ., ΜΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ι., ΠΑΤΡΙΚΙΟΥ Α.**

Το μονοκυστικό αδαμαντινοβλάστωμα αποτελεί το 6% των αδαμαντινοβλαστωμάτων. Έχει συνήθως τα κλινικά και ακτινογραφικά

χαρακτηριστικά οδοντοφόρου κύστης. Η διάγνωση του μονοκυστικού αδαμαντινοβλαστώματος βασίζεται στην ιστολογική εξέταση και

δεν είναι δυνατόν να προβλεφθεί προεγχειρητικά από την κλινική και ακτινογραφική εικόνα. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης αδαμαντινοβλαστώματος της κάτω γνάθου που έμοιαζε με παραοδοντική κύστη.

Περιγραφή περίπτωσης: Άνδρας, ηλικίας 33 ετών, αναφέρει ότι πριν από πέντε μήνες παρουσίασε πόνο και ελαφρά διόγκωση στην περιοχή του οπισθογομφίου τριγώνου κάτω αριστερά. Από τον οδοντίατρό του διαγνώστηκε περιστεφανίτιδα και του έγινε σχάση και χορήγηση αντιβίωσης. Έκτοτε αισθάνεται δυσκολία στην κατάποση και ελαφρό πόνο στην περιοχή. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρείται πόνος κατά την ψηλάφηση και ελαφρά διόγκωση στο οπισθογόμφιο τρίγωνο. Ο ακτινογραφικός έλεγχος αποκάλυψε σαφώς περιγραμμένη διαύγαση, σχήματος ωοειδούς, σε επαφή με την άπω επιφάνεια του 38. Με πιθανή διάγνωση παραοδοντικής κύστης προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεσή της και εξαγωγή του 38 με τοπική αναισθησία. Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος έδωσε την τελική διάγνωση μονοκυτταρικού αδαμαντινοβλαστώματος.

Συζήτηση: Το μονοκυτταρικό αδαμαντινοβλάστωμα μπορεί να μιμείται ακτινολογικά ή κλινικά διάφορες κυστικές εξεργασίες ή όγκους των γνάθων. Έχουν περιγραφεί συντηρητικές μέθοδοι αντιμετώπισης με ικανοποιητική μετεγχειρητική πορεία. Τα ποσοστά υποτροπής του είναι χαμηλότερα από εκείνα του αδαμαντινοβλαστώματος και γι' αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί με συντηρητικότερες χειρουργικές μεθόδους.

Συμπέρασμα: Η διαφορική διάγνωση κυστόμορφων βλαβών στις γνάθους πρέπει πάντα να περιλαμβάνει το αδαμαντινοβλάστωμα. Συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση μπορεί να ακολουθείται σε παρόμοιες περιπτώσεις με επιβεβλημένη τη μακρόχρονη μετεγχειρητική παρακολούθηση.

Βιβλιογραφία:

Kramer IRH, Pindborg II, Shear M. *Histological Typing of Odontogenic Tumours. WHO, New York, Springer, 1992, Vol. 2.*

Reichert P, Philipsen H, Sonner S. Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases. *Oral Oncol, Eur J Cancer, 2,1995, 86-99*

27. Πλάγια περιοδοντική κύστη. Περιγραφή περίπτωσης **ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Λ.**

Οι πλάγιες περιοδοντικές κύστες αποτελούν αναπτυσσόμενες οδοντογενείς κύστες, που εντοπίζονται ενδοστικά, στην πλάγια περιοχή της ρίζας ενός ζωντανού δοντιού. Είναι σπάνιες διεργασίες που αποτελούν περίπου το 0,8% των κύστεων των γνάθων. Συχνότερη ηλικία εμφάνισής τους είναι η έκτη δεκαετία και ακολουθούν η έβδομη και η πέμπτη. Παρατηρείται μία ελαφρά υπεροχή των ανδρών. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η περιγραφή περίπτωσης πλάγιας περιοδοντικής κύστης σε άνδρα, ηλικίας 42 ετών, ο οποίος προσήλθε με ασυμπτωματική ελαφρά διόγκωση στην περιοχή μεταξύ του αριστερού κυνόδοντα και πλάγιου τομέα προστομιακά στην κάτω γνάθο. Η οπισθοφατνιακή ακτινογραφία έδειξε διαυγαστική μονόχωρη αλλοίωση, καλά περιγεγραμμένη, με περιφερικό σκιερό όριο, στην περιοχή μεταξύ των ριζών του αριστερού κυνόδοντα και αριστερού πλάγιου τομέα. Το χαρακτηρι-

στικό ακτινογραφικά σχήμα σαν σταγόνα από δάκρυ, του κυστικού αυτού σχηματισμού και η φυσιολογική ζωτικότητα του κυνόδοντα και του πλάγιου τομέα, οδήγησαν στην πιθανή διάγνωση της πλάγιας περιοδοντικής κύστης. Αποφασίστηκε η χειρουργική της αφαίρεση. Υπό τοπική αναισθησία, δημιουργήθηκε τραπεζοειδής κρημνός και αποκαλύφθηκε η βλάβη. Μετά την εκπυρήνισή της κύστης, το παρασκεύασμα παραπέμφθηκε για ιστολογική εξέταση. Η τελική διάγνωση ήταν πλάγια περιοδοντική κύστη. Οι πλάγιες περιοδοντικές κύστες έχουν άριστη πρόγνωση, πρέπει όμως να αντιμετωπίζονται εγκαίρως. Σημαντική είναι η διαφοροδιάγνωση από άλλες επιθετικότερες οδοντογενείς εξεργασίες, όπως οι οδοντογενείς κερατινοκύστες και οι βοτρυοειδείς κύστες. Αποκλεισμός φλεγμονώδους αιτιολογίας αποτρέπει άσκοπη ενδοδοντική θεραπεία των παρακείμενων δοντιών.

28. Παράπλευρη περιοδοντική κύστη (paradental cyst). Αναφορά περίπτωσης **ΑΕΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι., ΒΕΝΕΤΗΣ Γ., ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΟΥ Α., ΚΑΡΑΚΑΣΗΣ Δ.**

Η παράπλευρη περιοδοντική κύστη αποτελεί οδοντογενή κυστική βλάβη, φλεγμονώδους αιτιολογίας, η οποία εντοπίζεται στην παρεϊακή ή άπω επιφάνεια ενός ημιέγκλειστου τρίτου γομφίου της κάτω γνάθου με ιστορικό περιστεφανίτιδας. Ακτινογραφικά η κύστη εμφανίζεται με τη μορφή μιας σαφώς περιγεγραμμένης ακτινοδιαυγαστικής περιοχής, η οποία περιβάλλει τη μία ή και τις δύο ρίζες ενός τρίτου γομφίου. Τα ιστολογικά της χαρακτηριστικά είναι παρόμοια με αυτά των υπολοίπων φλεγμονωδών κύστεων και η διάγνωση

ση τίθεται με συνεκτίμηση της κλινικής, ακτινολογικής και ιστολογικής εικόνας. Στην παρούσα εργασία γίνεται αναφορά στην περίπτωση ενός ασθενούς ηλικίας 25 ετών, ο οποίος προσήλθε στην Κλινική με μία ακτινοδιαυγαστική βλάβη, η οποία περιέβαλε τις ρίζες ενός ημιέγκλειστου τρίτου γομφίου της κάτω γνάθου. Η βλάβη συναφαιρέθηκε χειρουργικά μαζί με το ημιέγκλειστο δόντι. Από τα κλινικά, ακτινογραφικά και ιστολογικά κριτήρια τέθηκε η διάγνωση της παράπλευρης περιοδοντικής κύστης.

29. Προστασία πολφού **ΑΛΕΞΑΚΗ Μ., ΠΟΛΥΔΩΡΟΥ Ο., ΔΟΥΒΙΤΣΑΣ Γ.**

Οδοντική Χειρουργική Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Η επιβίωση και σωστή λειτουργία του πολφού ενός δοντιού αποτελεί προϋπόθεση και σημαντική παράμετρο της περαιτέρω πορείας του στο φραγμό. Ο οδοντικός πολφός χρήζει προστασίας κυρίως από μικροβιακούς παράγοντες, καθώς και ηλεκτρικά, χημικά, μηχανικά και θερμικά ερεθίσματα. Επιβάλλεται να λαμβάνεται μέριμνα για τον πολφό στις περιπτώσεις όπου το πάχος της εναπομένουσας οδοντίνης μετά την παρασκευή είναι ίσο ή λιγότερο του 1mm, αλλά και σε μικρότερου βάρους κοιλότητες που προκύπτουν μετά από αφαίρεση πρωτογενούς τερηδόνας ή σε αυχενικές διαβρώσεις που συνυπάρχει ευαισθησία. Κατά καιρούς έχουν προταθεί και χρησιμοποιηθεί διάφορα υλικά με σκοπό την προστασία του πολφού, όπως ήταν τα φυράματα υδροξειδίου του ασβεστίου, πολυκαρβοξυλικές και ευγενολούχες κονίες κ.ά. Τα προτεινόμενα υλικά θα πρέπει να μην είναι τοξικά για τον πολφό, να έχουν την ικανότητα να «ενεργοποιούν» τη βιολογική αντίδραση της παραγωγής δευτερογενούς οδοντίνης, να έχουν αντιμικροβιακή δράση, σταθερότητα στην επίδραση των βιολογικών υγρών και των υλικών της αποκατάστασης, αντοχή στα μηχανικά ερεθίσματα και μικρή θερμική αγωγιμότητα. Το κλινικό και ερευνητικό ενδιαφέρον των τελευταίων χρόνων επικεντρώνεται στα σκευάσματα υδροξειδίου

του ασβεστίου, τις υαλοϊονομερείς κονίες και τη χρήση συγκολλητικών παραγόντων ως υλικά προστασίας πολφού. Τα σκευάσματα υδροξειδίου του ασβεστίου προσφέρουν αντιμικροβιακή και αντιφλεγμονώδη δράση και υποβοηθούν την επαναασβεσίωση της εναπομείνουσας οδοντίνης. Έχει υποστηριχτεί ότι διεγείρουν τη δράση των οδοντοβλαστών προς παραγωγή δευτερογενούς οδοντίνης. Είναι όμως αρκετά ευδιάλυτα και στερούνται ικανοποιητικών μηχανικών ιδιοτήτων. Οι υαλοϊονομερείς κονίες έχουν μεγαλύτερη αντοχή στη διάλυση, ευνοϊκότερες μηχανικές ιδιότητες και τη δυνατότητα συγκόλλησης με τους οδοντικούς ιστούς. Δεν προσφέρουν όμως την αντιφλεγμονώδη και επαναδομητική δράση του υδροξειδίου του ασβεστίου, ενώ σε άμεση επαφή με τον πολφό ίσως δρουν ως φλεγμονώδεις - ερεθιστικοί παράγοντες. Η χρησιμοποίηση συγκολλητικών παραγόντων σε συνδυασμό με την τεχνική συγκόλλησης στην οδοντίνη είναι μία σύγχρονη τεχνική που φαίνεται να υπόσχεται πολλά. Εξασφαλίζουν μειωμένη μικροδιείσδυση και ικανοποιητική βιοσυμβατότητα αλλά η σταθερότητά τους στο χρόνο διερευνάται ακόμη. Σ' αυτή την ελεύθερη ανακοίνωση θα παρουσιαστούν κλινικά περιστατικά που θα καλύπτουν όλο το φάσμα χρησιμοποίησης των υλικών προστασίας πολφού.

30. Ιστορική αναδρομή της χειρουργικής αντιμετώπισης των σχιστιών **PANTAZΗΣ Γ.**

Οι χειλεοσχιστίες και οι υπερωιοσχιστίες αποτελούν τις πλέον συνήθεις δυσπλασίες του προσώπου και δημιουργούν, αναλόγως της εκτάσεώς τους, μεγάλο εύρος λειτουργικών διαταραχών (διατροφή, αναπνοή, ομιλία) και πληθώρα ψυχολογικών προβλημάτων. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των σχιστιών αποτελεί σύνθετο πρόβλημα, που απαιτεί στις περισσότερες περιπτώσεις πλήθος διορθωτικών επεμβάσεων και στηρίζεται στη συμβολή αρκετών ειδικοτήτων. Οι πρώτες προσπάθειες για χειρουργική σύγκλιση των σχιστιών παραπέμπουν στον 16ο αιώνα, αλλά μόνο κατά τον 19ο αιώνα εμφανίστηκαν αξιόλογοι χειρουργοί που συνέβα-

λαν καθοριστικά στην εγχειρητική των σχιστιών. Στην παρούσα εργασία γίνεται αναδρομή από τις προχριστιανικές εποχές και την ιπποκρατική περίοδο δια μέσου των αιώνων μέχρι τις αξιόλογες χειρουργικές τεχνικές του 19ου αιώνα. Η πρώτη επιτυχής σύγκλιση χειλεοσχιστίας αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία περίπου το 390 μ.Χ. και αφορά στη χειρουργική επέμβαση ενός αγνώστου κινέζου χειρουργού σε έναν 18χρονο συμπατριώτη του, ο οποίος εν συνεχεία έγινε γενικός κυβερνήτης έξι κινεζικών επαρχιών. Η εξέλιξη της χειρουργικής αντιμετώπισης των σχιστιών ανά τους λαούς και τους αιώνες παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον.

31. Incontinentia Pigmenti ή σύνδρομο Bloch-Sulzberger. Παρουσίαση μιας περίπτωσης **ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Α., ΜΕΣΣΗΝΗ Μ., ΦΑΝΔΡΙΔΗΣ Ι., ΠΟΛΥΜΕΝΑΚΟΥ Μ., ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Μ.** *Οδοντιατρικό Τμήμα και Ειδική Μονάδα ΑμΕΑ Ενηλίκων με Γενική Αναισθησία «Ασκληπιείου» Βούλας*

Η Incontinentia Pigmenti ή σύνδρομο Bloch-Sulzberger είναι μία σπάνια γενετική νόσος, η οποία προσβάλλει όργανα και ιστούς εξωδερμικής και μεσοδερμικής προέλευσης. Η νόσος μεταβιβάζεται με το φυλοσύνδετο επικρατούντα τύπο κληρονομικότητας και εμφανίζεται κυρίως στα κορίτσια, επειδή η νόσος είναι συνήθως θανατηφόρος στους άρρενες. Οι βλάβες της νόσου εμφανίζονται κατά τη γέννηση ή λίγο αργότερα και οι πρώτες εκδηλώσεις της αφορούν κυστικές αλλοιώσεις στο δέρμα, οι οποίες οδηγούν σε ανώμαλη χρώση (ακράτεια μελανίνης). Σε σημαντικό ποσοστό των περιπτώσεων το σύνδρομο συνοδεύεται από νοητική υστέρηση, ενώ μπορεί να συνυπάρχουν σκελετικές ανωμαλίες, δυστροφία νυχιών και μαλλιών, βλάβες στους οφθαλμούς και το κεντρικό νευρικό σύστημα. Στη στοματική κοιλότητα παρατηρούνται σχεδόν πάντοτε οδοντικές δυσπλασίες, ολιγοδοντία και καθυστέρηση στην ανατολή των δοντιών. Τα δόντια μπορεί να είναι μικρά, κωνικά, με υποπλασία της αδαμαντίνης και να υπάρχουν μεγάλα μεσοδόντια διαστήματα. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση ασθενή με το σύνδρομο Incontinentia Pigmenti.

Περιγραφή περίπτωσης: Νεαρός άνδρας, ηλικίας 19 ετών, με τη νόσο, προσήλ-

θε για οδοντιατρική θεραπεία, λόγω της σοβαρής νοητικής υστέρησης που παρουσίαζε, στην Ειδική Μονάδα για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες Ενηλίκων του Ασκληπιείου Βούλας. Η περίπτωση χαρακτηρίζεται πολύ σπάνια, διότι η νόσος είναι συνήθως θανατηφόρος στους άρρενες. Ο ασθενής παρουσίαζε τις τυπικές για τη νόσο μελανόφαιες υπερκερατωσικές βλάβες στο δέρμα και δυστροφία νυχιών. Όσον αφορά στο σκελετό του, το αριστερό κάτω άκρο ήταν πιο κοντό από το δεξί περίπου 10cm. Επίσης παρουσίαζε υποθυρεοειδισμό και ουρολογικό πρόβλημα. Κατά την οδοντιατρική εξέταση διαπιστώθηκε η παραμονή των νεογιλών 75 και 83, τερηδονικές βλάβες, μετρίου βαθμού ουλίτιδα και η πανοραμική ακτινογραφία αποκάλυψε την έλλειψη του 35. Τα δόντια ήταν μικρά με ιδιαίτερα κοντές και κωνικές ρίζες.

Οδοντιατρική θεραπεία: Η θεραπεία με τη βοήθεια γενικής αναισθησίας συμπεριέλαβε αποτρύγωση άνω και κάτω γνάθου, εμφράξεις και εξαγωγές των νεογιλών λόγω ευσειστότητας (τρίτου βαθμού). Επίσης, έγινε διδασκαλία στοματικής υγιεινής και συστήθηκε επανεξέταση κάθε 6 μήνες, σύμφωνα με το πρωτόκολλο επανεξετάσεων της Μονάδας.

32.

Κλινική εμφάνιση καρκίνου του στόματος. Αρχές θεραπείας

ΓΑΒΡΙΗΛ Σ., ΜΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ι., ΓΙΑΜΑΡΕΛΟΣ Γ., ΔΕΝΔΡΙΝΟΣ Χ., ΧΟΥΠΗΣ Κ.

Γναθοχειρουργική Κλινική «Ιπποκρατείου» ΠΓΝΑ

Ο καρκίνος του στόματος αποτελεί μία πολυαιτιολογική και πολυφασική νόσο που με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα η σχέση του με τη χρήση καπνού, την υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ και την κακή στοματική υγιεινή είναι αδιαμφισβήτητη. Η συχνότητα του καρκίνου του στόματος ποικίλει από χώρα σε χώρα σε ποσοστά από 2% έως 45%, ενώ στη χώρα μας προσβάλλονται περίπου 600 άτομα ετησίως. Κλινικά ο στοματικός καρκίνος εμφανίζεται με διάφορες μορφές, όπως ερυθρής ή λευκής πλάκας, έλκους, εξωφυτικής μάζας, διηθητικής σκληρίας και διόγκωσης τραχηλικών λεμφαδένων. Παρά τις προόδους της χειρουργικής, της αναισθησιολογίας, της ακτινοθεραπείας και την εξέλιξη της ιατρικής γενικότερα, η πρόγνωση του καρκίνου του στόματος δεν είναι ιδιαίτερα ευνοϊκή και λιγότερο από το ήμισυ των ασθενών επιζούν πέραν της πενταετίας. Η πρώιμη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του στόματος αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα που μπορεί να βελτιώσει την επιβίωση των ασθενών αυτών. Η θεραπεία είναι κατεξοχήν

χειρουργική, συνεπικουρούμενη σε πολλές περιπτώσεις από την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία και περιλαμβάνει ευρεία εκτομή του όγκου επί υγιών ορίων, ριζική ή τροποποιημένη τραχηλική εκσκαφή, αποκατάσταση ελλειμμάτων. Ο ρόλος του οδοντιάτρου συνίσταται: α) στην πρωτογενή πρόληψη (ενημέρωση του πληθυσμού για τις δυσμενείς επιπτώσεις της κατανάλωσης καπνού και αλκοόλ), β) στη διάγνωση των προκαρκινικών βλαβών και την παραπομπή στον ειδικό, γ) στην έγκαιρη διάγνωση και καθοδήγηση του ασθενή τόσο πριν όσο και μετά τη θεραπεία και δ) στην προσθετική αποκατάσταση του ασθενή. Στην παρούσα εργασία δίνεται έμφαση στη διάγνωση και τη διαφορική διάγνωση του καρκίνου του στόματος μέσα από περιστατικά που αντιμετωπίστηκαν τα τελευταία χρόνια από τη Γναθοχειρουργική Κλινική του «Ιπποκρατείου» ΠΓΝΑ, στις απόψεις που επικρατούν στη θεραπευτική αντιμετώπιση και παρουσιάζεται το πρωτόκολλο θεραπευτικής αντιμετώπισης που εφαρμόζεται στην Κλινική αυτή.

33.

Σύγχρονες απόψεις για τη θέση της ακτινοθεραπείας στη θεραπεία του καρκίνου του στόματος

ΓΙΑΜΑΡΕΛΟΣ Γ., ΔΕΝΔΡΙΝΟΣ Χ., ΓΑΒΡΙΗΛ Σ., ΧΟΥΠΗΣ Κ., ΜΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ι.

Γναθοχειρουργική Κλινική «Ιπποκρατείου» ΠΓΝΑ

Η θεραπεία του καρκίνου του στόματος εξακολουθεί και σήμερα να βασίζεται κυρίως στην τριάδα των θεραπευτικών μέσων: χειρουργική - ακτινοβολία - χημειοθεραπεία. Τα θεραπευτικά αυτά μέσα, ανάλογα με το στάδιο της νόσου, τη θέση της βλάβης, την ιστολογική εικόνα, τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς κλπ, είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν είτε μεμονωμένα, π.χ. μόνο χειρουργική, ή μόνο ακτινοβολία ή χημειοθεραπεία, είτε σε διάφορους συνδυασμούς, όπως π.χ. χειρουργική και συμπληρωματική θεραπεία με ακτινοβολία ή χημειοθεραπεία. Στην εργασία αυτή γίνεται αναφορά στα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της ακτινοθεραπείας ως μονοθεραπείας για τον καρκίνο του στόματος των σταδίων I και II, καθώς και για τη θέση των διαφόρων

μορφών ακτινοθεραπείας (προεγχειρητική, μετεγχειρητική, συνδυασμένη χημειο-ακτινοθεραπεία) για προχωρημένους καρκίνους σταδίων III και IV. Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος στον τομέα της ακτινοθεραπείας τόσο από την πλευρά της τεχνολογίας όσο και από την πλευρά του τρόπου εφαρμογής της ακτινοθεραπείας. Έχουν εφαρμοσθεί νέα ακτινοθεραπευτικά πρωτόκολλα από διάφορα κέντρα και έχουν ανακοινωθεί πολλές αναφορές για βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να δώσει τις σύγχρονες τάσεις που αρχίζουν να επικρατούν στον τομέα της ακτινοθεραπείας και μέσα από επιλεγμένα περιστατικά του Τμήματος να αναδείξει τους εξατομικευμένους προβληματισμούς που καθημερινά ανακύ-

πτουν για την επιλογή του επωφελέστερου τρόπου θεραπευτικής αντιμετώπισης του

δυσεπίλυτου προβλήματος του καρκίνου του στόματος.

34. Επιπτώσεις των μολυσματικών μορφών σπογγώδους εγκεφαλοπάθειας στην οδοντιατρική κλινική πράξη

ΚΟΥΡΗ Ε., ΒΩΡΟΥ-ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Ρ., ΚΟΛΜΙΑ Κ.

Οδοντιατρικό Τμήμα ΠΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

Εργαστήριο Κλινικής Μικροβιολογίας ΠΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

Η σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια είναι σπάνια, θανατηφόρος εκφυλιστική νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος που αφορά σε ανθρώπους και ζώα. Και οι δύο μορφές της νόσου (συγγενής και επίκτητη) προκαλούνται από την πρωτεϊνικής φύσεως μικρομοριακή ουσία (prion). Αυτό ανιχνεύεται κυρίως στο νευρικό ιστό και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, ενώ στη vCJD ανιχνεύεται και στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα (μυελός των οστών, λεμφαδένες, σπλήνας) και είναι ανθεκτικό στις κλασικές μεθόδους αποστείρωσης (χημικές, θερμικές, ακτινοβολήση). Η μολυσματική (επίκτητη) μορφή σπογγώδους εγκεφαλοπάθειας του ανθρώπου, δηλαδή η νόσος Creutzfeldt-Jacob εμφανίζει τρεις μορφές: τη σποραδική, την ιατρογενή και τη νέα μορφή variant Creutzfeldt-Jacob disease (vCJD). Η παρούσα ανασκόπηση περιγράφει τις

κλινικές επιπτώσεις της νόσου vCJD, την επιδημιολογία της, τη διαγνωστική της προσέγγιση, τον καθορισμό των ομάδων υψηλού κινδύνου, καθώς και τις νέες μεθόδους αποστείρωσης που θα πρέπει να εφαρμόζονται για τα οδοντιατρικά εργαλεία. Η νόσος αρχικά εκδηλώνεται ως ψυχολογική διαταραχή (συνήθως κατάθλιψη) ή και διαταραχή της αισθητικότητας. Κατόπιν παρατηρείται σταδιακή απώλεια των ανώτερων εγκεφαλικών λειτουργιών που οδηγεί σε κωματώδη κατάσταση. Συμπερασματικά, σε ασθενείς με διαγνωσμένη ή με υποψία της νόσου, συνιστάται η χρήση εργαλείων μιας χρήσης και όπου αυτό δεν είναι εφικτό, επιβάλλεται η εφαρμογή νέων διαλυμάτων καθαρισμού (όπως διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου 20000ppm ή διάλυμα καυστικού νατρίου 2M) και μεγαλύτερη διάρκεια χρήσης του.

35. Κριτήρια εξαγωγής των εγκλείστων δοντιών

ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Β., ΚΑΒΒΑΔΙΑ Σ., ΖΑΦΕΙΡΙΑΔΗΣ Λ., ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Κ.

Γναθοχειρουργική Κλινική Α.Π.Θ.

Η παρουσία των εγκλείστων δοντιών αποτελεί καθημερινή συνεργασία του γναθοχειρουργού με τον ορθοδοντικό, ωστόσο όμως το ποιος είναι ο καταλληλότερος χρόνος αφαίρεσής τους συνεχίζει να αποτελεί πεδίο πολλών συζητήσεων και απόψεων. Τα κριτήρια που συνήθως καθορίζουν το χρόνο εξαγωγής είναι ο στόχος της ορθοδοντικής θεραπείας, ο χρόνος έναρξης, η επιλογή του προς εξαγωγή δοντιού, ο βαθμός συνωστισμού, η νοσηρότητα της επέμβασης, το είδος του εγκλεισμού, η συνεργασία του ασθενή και η βαρύτητα της χειρουργικής παρέμβασης. Προληπτική εξαγωγή μπορεί να γίνει όταν υπάρχει εμφανής κίνδυνος ανάπτυξης τοπικής φλεγμονής, όταν το προβλέπει ο ορθοδοντικός σχεδιασμός ή η προσθετική αποκατάσταση, όταν γίνεται άπω απόκλιση και μετακίνηση του

δεύτερου κάτω γομφίου και επιδεινώνεται ο εγκλεισμός του σωφρονιστήρα. Ο συνωστισμός των προσθίων δοντιών της κάτω γνάθου δεν δείχνει να σχετίζεται με την ανατολή των σωφρονιστήρων και ως εκ τούτου δεν ενδείκνυται η προληπτική τους εξαγωγή, εκτός εάν έχει προηγηθεί μετακίνηση προς τα άνω ή εκδηλώνει σύντηξη με το οδοντοθυλάκιο του δεύτερου γομφίου. Άμεση ή προγραμματισμένη εξαγωγή γίνεται όταν αναγνωρίζεται παθολογική συμπτωματολογία (λοίμωξη) και όταν συνυπάρχουν κυστικές ή ογκόμορφες εξεργασίες, οπότε συνιστάται η ταυτόχρονη εξαγωγή των εγκλείστων με την εκτομή της παθολογικής εξεργασίας, καθώς και σε περιπτώσεις απορρόφησης ρίζας, ανάπτυξης τερηδόνας, ή δημιουργίας περιοδοντικού θύλακα σε όμορο δόντι.

36. Έκτοπος στις μυϊκές μάζες των μασητήριων μυών έγκλειστος τρίτος γομφίος της άνω γνάθου. Αναφορά περίπτωσης

ΧΟΥΠΗΣ Κ., ΜΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ι., ΔΕΝΔΡΙΝΟΣ Χ., ΓΙΑΜΑΡΕΛΟΣ Γ.

Γναθοχειρουργική Κλινική «Ιπποκρατείου» ΠΓΝΑ

Η εντόπιση εγκλείστων τρίτων γομφίων στα μαλακά μόρια οφείλεται συνήθως στην εκτόπισή τους εκεί, κατά την προσπάθεια εξαγωγής τους και παρόμοια είναι και τα περισσότερα περιστατικά που αναφέρονται στη βιβλιογραφία. Αντίθετα, ελάχιστες είναι οι αναφορές, που αφορούν στην εντόπισή τους στα μαλακά μόρια, χωρίς να έχει προηγηθεί χειρουργική επέμβαση. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστεί μία σπάνια περίπτωση έγκλεισης άνω τρίτου γομφίου στα μαλακά μόρια.

Περιγραφή περίπτωσης: Άνδρας, ηλικίας 32 ετών, προσήλθε για εξέταση με παραπεμπτικό από το θεράποντα οδοντίατρό του για χειρουργικές εξαγωγές για έγκλειστους τρί-

τους γομφίους στην άνω γνάθο δεξιά και στην κάτω γνάθο αριστερά. Με τη λήψη του ιστορικού ο ασθενής ανέφερε ιστορικό ιγμορίτιδας δεξιά. Έγινε ακτινογραφικός έλεγχος με πανοραμική και ακτινογραφία ιγμορίων. Έγινε προσπάθεια εξαγωγής του 18 στη συνήθη θέση έγκλεισής του, χωρίς αποτέλεσμα και στη συνέχεια έγινε προσπάθεια ανεύρεσής του στα μαλακά μόρια, όπου και τελικά βρέθηκε. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή.

Συμπέρασμα: Η εντόπιση εγκλείστων σε έκτοπες θέσεις, ακόμα και στα μαλακά μόρια, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από το χειρουργό, εάν ο έγκλειστος δεν είναι δυνατόν να βρεθεί στην ενδεικνυόμενη από το βασικό ακτινογραφικό έλεγχο θέση.

37. Ο ρόλος της μικροβιακής χλωρίδας του στόματος στην παθογένεση μεταστατικών λοιμώξεων

ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ Π., ΦΑΪΠΠΕΑ Μ., ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΙΔΟΥ Α.

Η μικροβιαμιά που συνοδεύει συχνά οδοντιατρικές επεμβάσεις, όπως και οι χρόνιες οδοντογενείς λοιμώξεις, έχουν ενοχοποιηθεί επανειλημμένα για την πρόκληση μεταστατικών λοιμώξεων κυρίως στις καρδιακές βαλβίδες και σε προσθετικές αρθρώσεις. Αν και παραδοσιακά υπεύθυνοι θεωρούνται κυρίως οι στρεπτόκοκκοι του στόματος, τα τελευταία χρόνια διάφορα είδη gram-αρνητικών μικροβίων έχουν αναδειχθεί σε αιτιολογικούς παράγοντες για την εμφάνιση τέτοιων λοιμώξεων. Έτσι, ενώ μέχρι τώρα η πενικιλίνη αποτελούσε το σημείο αναφοράς των σχημάτων χημειοπροφύλαξης στους μη αλλεργικούς ασθενείς,

υπάρχει η τάση να κυριαρχήσουν στο μέλλον συνδυασμοί αντιβιοτικών φαρμάκων για την αποτελεσματικότερη προφύλαξη απέναντι σ' αυτούς τους μικροοργανισμούς. Άλλες παράμετροι του προβλήματος, που εμφανίζουν κλινικό ενδιαφέρον για τον οδοντίατρο, είναι οι κατηγορίες των ασθενών που είναι εκτεθειμένοι στον κίνδυνο εμφάνισης μεταστατικών λοιμώξεων, το σχετικό ποσοστό κινδύνου των διαφόρων οδοντιατρικών επεμβάσεων και ο ρόλος των προφυλακτικών αντιβιοτικών στην εμφάνιση και τη χρονική διάρκεια της μικροβιαμίας που προκαλείται από χειρουργικές οδοντιατρικές επεμβάσεις.

38. Η χρήση των υπερήχων στη διάγνωση των ενδοαρθρικών προβλημάτων της κροταφογναθικής διάρθρωσης

ΛΟΜΒΑΡΔΑΣ Π.

Η ασαφής και ποικίλη υποκειμενική συμπτωματολογία και σημειολογία των κροταφογναθικών διαταραχών τις έχει καταστήσει γκριζα ζώνη της οδοντιατρικής. Υπάρχει συμφωνία για την παρουσία μυϊκής δυσλειτουργ-

γίας σε όλες τις μορφές κροταφογναθικών διαταραχών, καθώς και στη διάκρισή τους σε επώδυνες και ασυμπτωματικές. Επίσης γίνεται διάκριση σε δυσλειτουργία που συνοδεύεται ή όχι από ενδοαρθρικά προβλήματα. Η

διάγνωση των ενδοαρθρικών προβλημάτων αποτελεί από μόνη της ένα δισεπίλυτο γρίφο για τον κλινικό οδοντίατρο. Η ψηλάφηση και η ακρόαση με το στηθοσκόπιο ήταν μέχρι πρόσφατα οι μόνες διαθέσιμες κλινικές μέθοδοι. Σήμερα η χρήση των υπερήχων δίνει στον κλινικό τη δυνατότητα να διαγνώσει με ακρίβεια την ενδοαρθρική διαταραχή και να τη συνδέσει με τη μυϊκή δυσλειτουργία. Με την κατάλληλη εκπαίδευση μπορεί να διαγνώσει την υπεραιμία των οπισθοδισκικών ιστών, τη χαλάρωση των οπισθοδισκικών ιστών, την παρεκτόπιση του έξω ή του έσω πόλου του δίσκου, την ολική παρεκτόπιση του δίσκου, τη διάτρηση του δίσκου, την καταστροφή των αρθρικών επιφανειών και, τέλος, το σχηματισμό ψευδοδίσκου από τους οπισθοδισκικούς ιστούς. Οι καταστάσεις της άρθρωσης αναφέρθηκαν με τη συνήθη χρονολογική σειρά, που όπως γίνεται φανερό συμπίπτει και με αυξανόμενη

βαρύτητα της καταστροφής. Κάθε στάδιο έχει δικό της ακουστικό σήμα και έχει ταυτοποιηθεί με την ανάλογη κλινική, ανατομική και λειτουργική κατάσταση της άρθρωσης από το γναθοχειρουργό M. Ripper και τον P. Dawson με σειρά αρθροσκοπήσεων αλλά και ανοικτών χειρουργικών επεμβάσεων σε αρθρώσεις ασθενών τους. Το ηχητικό σήμα μπορεί να καταγραφεί σαν ήχος ή να μετατραπεί σε γραφική παράσταση και να καταγραφεί σε χαρτί, ώστε να φυλαχτεί στο αρχείο του ασθενή ή να χρησιμοποιηθεί για ερευνητικούς σκοπούς. Ο κλινικός, οπλισμένος με τις απαραίτητες γνώσεις για την κατανόηση της αιτιολογίας των κρανιογναθικών διαταραχών, βρίσκει στην υπερηχογραφία της ΚΓΔ ένα σύμμαχο για την ορθότερη κατανόηση της κατάστασης των ασθενών του, την ουσιαστικότερη θεραπευτική του παρέμβαση και την ασφαλέστερη πρόγνωση της.

39. Συγκλεισιακοί νάρθηκες και ο γενικός οδοντίατρος **ΒΟΥΛΓΑΡΗ-ΓΙΩΤΗ Μ., ΣΠΑΘΗΣ Π.**

Η κατασκευή και εφαρμογή του συγκλεισιακού νάρθηκα αποτελεί ένα ακόμη πεδίο δισταγμών για το γενικό κλινικό οδοντίατρο που σχετίζεται με τις ασαφείς και μη ολοκληρωμένες γνώσεις που υπάρχουν για τη λειτουργία του. Λειτουργεί ψυχολογικά (θεραπεία placebo) ή αποτελεί ένα συγκλεισιακό εργαλείο που εξαλείφοντας προσωρινά την πρόωρη επαφή αποκαθιστά την ισορροπία του γναθικού τρίποδα και συμβάλλει έτσι στην αποκατάσταση της λειτουργίας των μυών σε φυσιολογικά επίπεδα; Η πρώτη εκδοχή, παρά το γεγονός ότι υποστηρίχθηκε από ανάλογες πειραματικές εργασίες (Greene and Laskin JADA 1972,84: 624-628), δεν έγινε αποδεκτή από όλους. Ο νάρθηκας χωρίς συγκλεισιακές επαφές των Greene και Laskin δεν αφήνει ανεπηρέαστη τη λειτουργία των μυών, αφού το πάχος της υπερώιας πλάκας είναι λογικό να επηρεάζει τη θέση ανάπαυσης της κάτω γνάθου. Η δεύτερη εκδοχή στηρίζεται πάνω στην αποδοχή του πρωταρχικού ρόλου του παράγοντα της συγκλεισιακής δυσαρμονίας στην πρόκληση της μυϊκής

δυσλειτουργίας, επώδυνης ή ασυμπτωματικής. Η αποδοχή της δεύτερης εκδοχής προϋποθέτει εμπεδωμένες γνώσεις της δομής και της λειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος, εξοικείωση του κλινικού με την ψηλάφηση των μυών, κατάκτηση της τεχνικής της αμφίπλευρης καθοδήγησης της γνάθου στην κεντρική σχέση και σε πλάγιες διαδρομές χωρίς προσθιολίσθηση, δυνατότητα ανάρτησης των εκμαγείων στην κεντρική σχέση και ικανότητα του κλινικού να αποκαλύπτει τη συγκλεισιακή δυσαρμονία οποιασδήποτε μορφής. Η αποδοχή της δεύτερης εκδοχής και με τις προϋποθέσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω, καθιστά το συγκλεισιακό νάρθηκα (πρόσθιο οριζόντιο επίπεδο στην άνω γνάθο) ένα συγκεκριμένο και πρακτικό εργαλείο στα χέρια του γενικού οδοντίατρο που τον βοηθά να επιβεβαιώσει τη διάγνωση του, να προσφέρει προσωρινή αλλά άμεση ανακούφιση στο δυσλειτουργικό ασθενή και ακόμη να εκτιμήσει την έκταση του συγκλεισιακού προβλήματος και τις δυνατότητες μόνιμης και επιτυχούς αποκατάστασής του.

40. Ορθοδοντική θεραπεία και σύγκλιση **ΣΠΑΘΗΣ Π.**

Εκτός από ένα καλό αισθητικό αποτέλεσμα μετά από μία ορθοδοντική θεραπεία, το ζητούμενο θα πρέπει να είναι η λειτουργική ισορροπία του στοματογναθικού συστήματος. Σκοπός της εργασίας είναι να δείξει ποια συγκλεισιακή σχέση μετά από ορθοδοντική θεραπεία εξασφαλίζει λειτουργική ισορροπία στο στοματογναθικό σύστημα χωρίς συμπτώματα που διαταράσσουν τη σωστή λειτουργία του. Γίνεται μία αναδρομή στις θέσεις καταξιωμένων συναδέλφων που έχουν ασχοληθεί με το θέμα. Τι σημαίνει λειτουργική ισορροπία του στοματογναθικού συστήματος; Αρκεί μία τάξη I κατά Angle, ή πλάγιες κινήσεις με κυνοδοντική προστασία, ή σωστή αξονική σχέση δοντιών κατά Andrews; Ο Andrews μίλησε για «στατική σύγκλιση» (μετά από ορθοδοντική θεραπεία) που πρέπει να ταυτίζεται με τη

«λειτουργική σύγκλιση» κατά Roth (αμφίπλευρα προστατευόμενη σύγκλιση). Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η κλινική εξέταση ασθενών μετά από ορθοδοντική θεραπεία και οι συγκλεισιακές τους σχέσεις. Βρέθηκε σύγκλιση στην κεντρική σχέση, βρέθηκε σύγκλιση μεγίστων επαφών όπου δεν συνέπιπτε με την κεντρική σχέση, βρέθηκε επίσης σχέση εκτός κεντρικής σχέσης με «μακρά κεντρική». Το αξίωμα του Andrews ότι η σύγκλιση συνηθείας πρέπει να συμπίπτει με την κεντρική σχέση βρίσκει σύμφωνους τους συγγραφείς. Υπάρχει όμως τελικά ασυμφωνία για τον ορισμό της έννοιας της κεντρικής σχέσης. Παρά το ότι η κεντρική σχέση είναι το κλειδί μιας λειτουργικής σύγκλεισης μετά από μία ορθοδοντική θεραπεία, μένουν πολλά ακόμη να ερευνηθούν.

41. Θεραπευτική αντιμετώπιση κονδυλικών καταγμάτων σε παιδιά: παρουσίαση περίπτωσης **ΠΑΡΑΡΑ Ε., ΚΑΡΥΑΜΠΑ-ΣΤΥΛΟΓΙΑΝΝΗ Ε.**

Γναθοχειρουργική Κλινική Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης ετερόπλευρου κατάγματος κονδύλου της κάτω γνάθου σε παιδί ηλικίας 10 ετών, το οποίο προέκυψε κατόπιν τραυματισμού στο γένειο λόγω πτώσης από ποδήλατο. Παρόλο που το θλαστικό τραύμα στο γένειο είχε συρραφεί, το κονδυλικό κάταγμα παρέμεινε χωρίς διάγνωση για 14 ημέρες, ώσπου ο ασθενής προσήλθε στη Γναθοχειρουργική Κλινική αναφέροντας δυσκολία και πόνο στη διάνοιξη του στόματος. Κλινικά, διαπιστώθηκε μειωμένη δυνατότητα διάνοιξης του στόματος και ευαισθησία στην ψηλάφηση της κροταφογναθικής διάρθρωσης δεξιά. Κατά τον ακτινογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε μονήρες κάταγμα του αυχένα του δεξιού κονδύλου της κάτω γνάθου, χωρίς εξάρθρημα. Θεραπευτικά συνεστήθη κινησιοθεραπεία και παρακολούθηση, με χορήγηση αναλγητικών. Ο ασθενής παρουσίασε σημαντική βελτίωση σε επανεξέταση μία εβδομάδα αργότερα και είναι επί του παρόντος σε πρόγραμμα επανεξετάσεων, που θα διαρκέσει

μέχρι την τελείωση της αύξησής του. Με την ευκαιρία αυτή γίνεται σύντομη αναφορά στη θεραπεία κονδυλικών καταγμάτων σε άτομα παιδικής ηλικίας. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση των τραυματισμών αυτών έχουν ιδιαίτερη σημασία στα παιδιά, γιατί ο κόνδυλος είναι σημείο αύξησης της κάτω γνάθου με αποτέλεσμα να συμβάλλει στην όλη αύξηση του προσώπου. Η αντιμετώπιση μπορεί να είναι συντηρητική, με κινησιοθεραπεία ή εφαρμογή διαγναθικών έλξεων ώστε να είναι δυνατή η επαναδιαμόρφωση (remodelling) της κονδυλικής απόφυσης. Τελευταία, η ανοικτή ανάταξη και ακινητοποίηση με πλάκες οστεοσύνθεσης συμπεριλαμβάνεται στο σχέδιο θεραπείας, αν παρατηρείται κάταγμα-εξάρθρημα του κονδύλου ή τρώση του μέσου κρανιακού βόθρου. Με την παρουσίαση της περίπτωσης αυτής τονίζεται η σημασία και η συχνότητα έμμεσων καταγμάτων στη θέση της κροταφογναθικής διάρθρωσης μετά από πλξεις ή άλλες κακώσεις στο γένειο, ιδιαίτερα σε παιδιά.

42. Έλεγχος της αξιοπιστίας της υποκειμενικής αξιολόγησης των ολικών οδοντοστοιχιών

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΟΥ Β., ΠΙΣΙΩΤΗΣ Α., ΚΑΤΣΟΥΛΗ Σ., ΚΑΠΑΡΗ Δ.

Εργαστήριο Οδοντικής και Ανωτέρας Προσθητικής Α.Π.Θ.

Η ολική νωδότητα αποτελεί μία χρόνια κατάσταση και οι ασθενείς αναζητούν θεραπεία προκειμένου να αποκαταστήσουν τη λειτουργικότητα, την αισθητική και την άνεση. Η ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με τις οδοντοστοιχίες τους επηρεάζεται από την ικανότητά τους να πραγματοποιούν τις λειτουργίες της μάσησης και της ομιλίας επιτυχώς με τις προσθετικές τους αποκαταστάσεις. Επίσης στοιχεία όπως η ηλικία, το φύλο, ψυχολογικοί παράγοντες και η προσωπικότητα επηρεάζουν την υποκειμενική αξιολόγηση των ασθενών. Ο κλινικός οδοντίατρος, κατά την αξιολόγηση της θεραπείας, τις περισσότερες φορές εφαρμόζει προκαθορισμένα κριτήρια, τα οποία δεν συμπεριλαμβάνουν τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών. Η σύγχρονη έρευνα υποστηρίζει ότι η αξιολόγηση του θεραπευτικού αποτελέσματος θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη και την υποκειμενική ικανοποίηση των ασθενών ως προς την εξάλειψη των αρχικών παραπόνων. Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος 78 ολικά νωδά

άτομα με προβλήματα από τις ολικές τους οδοντοστοιχίες. Οι ερωτήσεις στις οποίες υποβλήθηκαν οι ασθενείς έδωσαν απαντήσεις σε 5βάθμια κλίμακα αξιολόγησης. Μετά την κλινική εξέταση ακολούθησε καταγραφή των υποκειμενικών εκτιμήσεων ως προς διαφόρους παραμέτρους που αφορούσαν στη λειτουργικότητα, την άνεση και την αισθητική. Για την αξιολόγηση των απαντήσεων χρησιμοποιήθηκαν δύο εξεταστές για να διερευνηθεί η αξιοπιστία των απαντήσεων. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των απαντήσεων του ασθενή πραγματοποιήθηκε και έλεγχος της συμφωνίας μεταξύ των δύο εξεταστών για κάθε ερώτηση. Η ύπαρξη διαφορετικών απαντήσεων από τον ίδιο ασθενή μπορεί να οφειλονταν στον εξεταστή ή και στον ίδιο τον ασθενή. Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, όπως αυτός δηλώθηκε στους δύο διαφορετικούς εξεταστές.

43. Αξιολόγηση της ποιότητας παλαιών και νέων ολικών οδοντοστοιχιών και η επίδρασή της στην επιλογή τροφών

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΟΥ Β., ΝΑΚΑ Ο., ΚΑΠΑΡΗ Δ.

Εργαστήριο Οδοντικής και Ανωτέρας Προσθητικής Α.Π.Θ.

Το μοντέλο της σύγχρονης θεραπευτικής σχετικά με τις ολικές οδοντοστοιχίες προτείνει την αποκατάσταση της αισθητικής, της λειτουργικότητας και της άνεσης, με ταυτόχρονη εξάλειψη των παραπόνων του ασθενή από παλιές ολικές οδοντοστοιχίες. Υπάρχουν ασθενείς που παραμένουν ανικανοποίητοι από άρτια κατασκευασμένες ολικές οδοντοστοιχίες και αντίστροφα, υπάρχουν ασθενείς που εμφανίζονται ικανοποιημένοι με ολικές οδοντοστοιχίες με πολλά κατασκευαστικά προβλήματα. Ένα τυχαίο δείγμα από 48 άτομα με παράπονα από τις ήδη υπάρχουσες ολικές οδοντοστοιχίες που προσήλθε στην Κλινική του Α.Π.Θ. για την κατασκευή νέων ολικών οδοντοστοιχιών, πήρε μέρος στην παρούσα μελέτη. Οι οδοντοστοιχίες και οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε εξωστοματική και ενδοστοματική

εξέταση στα πλαίσια ενός λεπτομερούς ιστορικού. Στα πλαίσια της αξιολόγησης της ποιότητας των ολικών οδοντοστοιχιών χρησιμοποιήθηκε δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των ολικών οδοντοστοιχιών. Καταγράφηκε η υποκειμενική ικανοποίηση των ασθενών με τις παλιές και τις νέες ολικές οδοντοστοιχίες βάσει ερωτηματολογίου. Αξιολογήθηκε η επίδραση της ποιότητας των ολικών οδοντοστοιχιών (αρτιότητα κατασκευής και ανατομικές ιδιαιτερότητες του βιολογικού υποστρώματος των συμμετεχόντων) σε σχέση με το βαθμό δυσκολίας κατά τη μάσηση διαφόρων ειδών τροφής. Η αξιολόγηση της δυσκολίας της μάσησης έγινε σε 5βάθμια κλίμακα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα των ολικών οδοντοστοιχιών και έχουν σχέση με την αρτιότητα της κατασκευής μπο-

ρούν να ελεγχθούν. Αντίθετα υπάρχουν παράγοντες (ανατομικοί και βιολογικοί) των οποίων η επίδραση είναι μη ελεγχόμενη. Προτείνεται η συσχέτιση των κριτηρίων ποιότητας των ολικών οδοντοστοιχιών με τα κριτήρια που μετρούν τη δυσκολία μάσησης τροφών για την

τελική αξιολόγηση των ολικών οδοντοστοιχιών. Αποτελεί ένα σύγχρονο, πολυπαραγοντικό μοντέλο, που συνδυάζει τις ανάγκες, τις προσδοκίες του ασθενή και την αρτιότητα της κατασκευής, που οδηγεί στην επιτυχημένη λειτουργία των ολικών οδοντοστοιχιών.

44 Αίτια καθυστερημένης ανατολής των δοντιών **ΠΑΡΡΗΣΗ Α., ΖΟΥΛΟΥΜΗΣ Α., ΚΑΡΑΜΠΙΝΑΣ Γ.**

Στοματική και Γναθοπροσωπική χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ.

Η καθυστερημένη ανατολή των δοντιών είναι πολυπαραγοντική, είτε αφορά σε νεογιλά είτε σε μόνιμα δόντια. Τα αίτια, όσον αφορά στη νεογιλή οδοντοφυΐα, είναι διαφορετικά από τη μόνιμη. Έτσι, στη νεογιλή οδοντοφυΐα εντοπίζονται σε αναπτυξιακά προβλήματα των παιδιών, που οφείλονται είτε σε κληρονομικούς λόγους είτε σε κακή διατροφή κατά την παιδική ηλικία. Ένα άλλο σημαντικό αίτιο είναι η ύπαρξη σκληρού ινώδους συνδετικού ιστού στο βλεννογόνο της φατνιακής ακρολοφίας, που απαιτεί χειρουργική αποκάλυψη για να βοηθηθεί η ανατολή των νεογιλών δοντιών. Το σημαντικότερο είναι να γνωρίζει επακριβώς ο οδοντίατρος το χρόνο ανατολής των νεογιλών δοντιών (έναρξη ο 6ος μήνας και πέρας ανατολής νεογιλών ο 36ος μήνας), και να παρεμβαίνει αναλόγως σε κάθε περίπτωση. Στα μόνιμα δόντια, τα αίτια της καθυστε-

ρημένης ανατολής είναι πολλαπλά και πρέπει να αναζητούνται κάθε φορά που ο χρόνος ανατολής καθυστερεί πέραν των 5-6 μηνών. Ο έλεγχος γίνεται βάσει του ιστορικού, κλινικά και ακτινολογικά. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι τα σημαντικότερα αίτια της καθυστερημένης ανατολής των μόνιμων δοντιών, είναι κατά σειρά συχνότητας: τα υπεράριθμα δόντια και οι μεσόδοντες (άνω γνάθος), η πρόωρη πτώση νεογιλών δοντιών (τερηδόνα, τραύμα) χωρίς την πρόνοια διατήρησης χώρου, η αγκύλωση των νεογιλών δοντιών καθώς και η ύπαρξη καλοήθων οδοντογενών όγκων (οδοντώματα, κύστεις ανατολής, οδοντοφόρες κύστεις κ.ά.). Στην εργασία αυτή, θα αναφερθούν οι παραπάνω περιπτώσεις, τόσο όσον αφορά στη διάγνωση και την πρόληψη, όσο και στην αντιμετώπιση της καθυστερημένης ανατολής των δοντιών.