



**ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

**ΛΗ΄ ΕΤΗΣΙΑ
ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ
ΣΥΝΟΔΟΣ**



**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ
4-6 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2003**

Α΄ ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ

Λάσκαρης Γ

Στοματολογικό Τμήμα Πανεπιστημιακής Δερματολογικής Κλινικής Νοσοκομείου «Α. Συγγρός»

Το στόμα αποτελεί στόχο πολυάριθμων νόσων, τοπικών και συστηματικών. Έχει υπολογισθεί ότι πάνω από 800 συστηματικά νοσήματα, κατά τη φυσική τους πορεία εμφανίζουν εκδηλώσεις και στο στόμα. Όχι σπάνια, οι εκδηλώσεις αυτές αποτελούν για καιρό την πρώτη και μοναδική εκδήλωση, ενώ συχνή είναι και η συμμετοχή του δέρματος, έτσι ώστε καθοριστικός είναι και ο ρόλος του δερματολόγου. Το φάσμα εξάλλου των βλαβών και νόσων τοπικής αιτιολογίας είναι μεγάλο, με αποτέλεσμα τα διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα που αναφύονται κατά την αξιολόγηση των παθολογικών εκδηλώσεων του στόματος να είναι δύσκολα και πειστικά. Παρά ταύτα, το στόμα ως εξεταστικό πεδίο είναι πλεονεκτικός χώρος, αφού ως ανοικτή κοιλότητα δίνει την ευχέρεια στον ιατρό να καταγράψει και να αξιολογήσει τις μορφολογικές μεταβολές κάθε νόσου και ακό-

μα ιστοπαθολογικά εύκολα να τις μελετήσει με τη λήψη βιοψίας. Η παθολογία του στόματος αποτελεί βασικό κομμάτι της γενικής παθολογίας και ο ρόλος του στοματολόγου στη διάγνωση και το σχεδιασμό του θεραπευτικού σχήματος σε συστηματικά νοσήματα είναι ουσιαστικός, όπως και η συμμετοχή του στην ιατρική ομάδα παθολογίας και δερματολογίας. Στην εισήγηση αυτή θα παρουσιασθούν αντιπροσωπευτικά παραδείγματα συστηματικών νόσων, που η αξιολόγηση των βλαβών του βλεννογόνου του στόματος είναι καθοριστική για τη διάγνωση και την έγκαιρη θεραπεία. Ειδικότερα θα περιληφθούν συστηματικές λοιμώξεις (ιογενείς, βακτηριακές, μυκητιάσεις), δερματοβλεννογόνια νοσήματα, παρανεοπλασματικά σύνδρομα, αυτοάνοσα νοσήματα, αιματολογικά νοσήματα, νοσήματα μεταβολισμού και κοκκιωματώδεις νόσοι.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΝΑΘΙΑΙΩΝ ΚΟΛΠΩΝ

Φαϊππέα Μ

Ειδικευόμενη Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής
Πανεπιστημιακή Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Α.Π.Θ.,
Γ.Π.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Οι γναθιαίοι κόλποι είναι οι μεγαλύτεροι από τους παραρρινίους κόλπους και βρίσκονται προς το έξω των ρινικών κοιλοτήτων, με τις οποίες

και επικοινωνούν. Η λεπτομερής γνώση της ανατομικής των κόλπων, έχει ιδιαίτερη σημασία για την πραγματοποίηση ενδοσκοπικής χειρουργι-

Από τις εργασίες του κατευθυνόμενου προγράμματος έχουν συμπεριληφθεί οι περιλήψεις όσων κατατέθηκαν στη γραμματεία της Συνόδου μέχρι τη στιγμή της εκτύπωσης του τεύχους.

κής και επεμβάσεων δια μέσω αυτών, όπως η ενδορρινική αποσυμπίεση του κόγχου. Η συγκεκριμένη παρουσίαση αποσκοπεί στη λεπτομερή εξήγηση της ανατομίας και της λειτουργικότητας των γναθιαίων κόλπων. Θα συζητηθεί η ανατομία τους, δίνοντας βαρύτητα σε σημαντικά οδηγία σημεία, στη γειτνίαση με σημαντικές ανατομικές δομές, καθώς και στην αιμάτωση, νεύρωση και λεμφική παροχέτευσή τους. Η λειτουργικότητά τους ανασκοπείται μέσα από εξήγηση της ιστολογικής εικόνας τους, καθώς και της διερεύνησης του ρόλου του συνόλου των στομίων που οδηγούν στο μέσο ρινικό πόρο (osteomiatal complex). Κάθε γναθιαί-

ος κόλπος καλύπτεται από βλεννογόνο που αποτελεί συνέχεια του βλεννογόνου της ρινικής κοιλότητας δια μέσω ενός στομίου. Ο βλεννογόνος αυτός, όπως και ο ρινικός, χαρακτηρίζεται από κροσσωτό επιθήλιο, καλυκοειδή κύτταρα και οροβλεννογόνους αδένες. Καλύπτεται από στρώμα βλέννας που προέρχεται από τους αδένες και τα καλυκοειδή του κύτταρα και που συμβάλλει στον καθαρισμό του αέρα των γναθιαίων κόλπων από ξένα σωματίδια και μικροοργανισμούς. Αλλαγές στην ανατομική κατασκευή και την ιστολογική υφή του βλεννογόνου προδιαθέτουν στην εμφάνιση παθολογικών καταστάσεων στους κόλπους.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΝΟΣΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΙΑΙΩΝ ΚΟΛΠΩΝ

Παπαδάκη Μ

Γναθοχειρουργός

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

Η στενή σχέση του ιγμορείου άντρου με τη στοματική κοιλότητα και τα οπίσθια δόντια της άνω γνάθου συνεπάγεται τη μεγάλη κλινική σημασία του παραρρίνιου αυτού κόλπου, τόσο για τον οδοντίατρο όσο και για το γναθοχειρουργό. Οι παθολογικές καταστάσεις του ιγμορείου άντρου καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα, που περιλαμβάνει λοιμώξεις, κύστεις, νεοπλάσματα και κατάγματα. Η διαγνωστική προσέγγιση των παθολογικών αυτών καταστάσεων επιτυγχάνεται με το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τις παρακλινικές εξετάσεις. Η συνομιλία με τον άρρωστο για τη λήψη του ιστορικού είναι συνήθως ο πρώτος και συχνά ο πιο σημαντικός παράγοντας για τη διαπίστωση του είδους της πάθησής του. Συμπτώματα όπως πόνος ή αίσθημα πίεσης στην παρειά, ρινική συμφόρηση, επίσταξη ή κάκοσμες ρινικές εκκρίσεις, διπλωπία, υπαισθησία υποκογχίου, μη καλή εφαρμογή οδοντοστοιχιών, κινητικότητα δοντιών, μπορούν να περιγραφούν σε περιπτώσεις νόσων του ιγ-

μορείου άντρου. Ιδιαίτερη σημασία έχουν το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς (ανοσοκαταστολή, σακχαρώδης διαβήτης, αλλεργίες, φάρμακα) ή επεμβάσεις στην περιοχή του προσώπου. Επίσης καταστάσεις που παρεμποδίζουν την ομαλή παροχέτευση του ιγμορείου άντρου λόγω απόφραξης του αντρορρινικού στομίου ή δυσκινησίας των κροσσών (κατάγματα σπλαγχνικού κρανίου, υποτροπιάζουσες λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού ή παραρρίνιων κόλπων, κάπνισμα, κλπ). Η κλινική εξέταση του ιγμορείου άντρου γίνεται με την επισκόπηση, ψηλάφηση, επίκρουση, ρινοσκόπηση, ενδοσκόπηση και παρακέντηση. Στις περιπτώσεις μυκητιάσεων ή όγκων των ιγμορείων άντρων, προβαίνουμε σε λήψη βιοψίας με την επέμβαση Caldwell - Luc. Απεικονιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στη διαγνωστική του ιγμορείου άντρου είναι οι συμβατικές ακτινογραφίες, η αξονική τομογραφία και ο μαγνητικός συντονισμός. Στις απλές ακτινογραφίες, πανοραμική

και προβολή Water's, είναι δυνατόν να διαπιστωθούν σκίαση του ιγμορείου, υδραερικό επίπεδο ή ξένα σώματα στο ιγμόρειο, αλλά δεν επιτυγχάνεται η λεπτομερής απεικόνιση των οστικών δομών και των μαλακών μορίων. Αντίθετα, η αξονική τομογραφία καταδεικνύει με σαφήνεια την ανατομία των οστικών δομών, τις παθολογικές καταστάσεις του ιγμορείου, καθώς και την πιθανή επέκταση στους γύρω ιστούς. Η

μαγνητική τομογραφία (T1 και T2 ακολουθίες) μειονεκτεί στην απεικόνιση των οστικών δομών σε σχέση με την αξονική τομογραφία, υπερτερεί όμως στη διάκριση του νεοπλασματικού από το φλεγμονώδη ιστό και γενικά στην απεικόνιση των μαλακών μορίων. Άλλες απεικονιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σε ειδικές περιπτώσεις περιλαμβάνουν την τρισδιάστατη αξονική τομογραφία και το Dentascan.

ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΕΙΣ ΙΓΜΟΡΙΤΙΔΕΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στεφανόπουλος ΠΚ

Ειδικευόμενος Γναθοχειρουργός

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

Οι παραρρινοκολπίτιδες προκαλούνται ή επιδεινώνονται από καταστάσεις που παρεμποδίζουν την παροχέτευση των κόλπων, με επακόλουθο τη μικροβιακή επιμόλυνση των φυσιολογικά στέρων αυτών περιοχών. Οι περισσότερες οξείες παραρρινοκολπίτιδες οφείλονται σε μικροβιακές επιπλοκές του κοινού κρυολογήματος, ενώ στην αιτιοπαθογένεια των χρόνιων παραρρινοκολπίτιδων υπεισέρχονται μη μικροβιακοί παράγοντες, ανοσολογικοί αλλά και περιβαλλοντικοί. Οι γναθιαίοι κόλποι, εξαιτίας της στενής ανατομικής σχέσης τους με τα ακρορριζία των οπισθίων δοντιών της άνω γνάθου, εμφανίζουν επιπλέον προδιάθεση στην επέκταση οδοντογενών φλεγμονών και άλλων παθολογικών καταστάσεων οδοντογενούς αιτιολογίας στο εσωτερικό τους. Οι οδοντογενείς ιγμορίτιδες συνιστούν το 10% περίπου του συνόλου των λοιμώξεων των γναθιαίων κόλπων, με κυριότερες αιτίες περιακρορριζικά και περιοδοντικά αποστήματα και ιατρογενείς κακώσεις του βλεννογόνου του εδάφους του κόλπου. Οι περισσότερες ιγμορίτιδες προκαλούν σχετικά ήπια συμπτωματολογία, σε ένα μικρό ποσοστό όμως είναι δυνατό να εξελιχθούν σε δυ-

νητικά επικίνδυνες καταστάσεις που σχετίζονται κυρίως με την πιθανότητα επέκτασης της λοίμωξης στον οφθαλμικό κόγχο. Η διαγνωστική προσέγγιση περιλαμβάνει τη διερεύνηση του ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού του ασθενή, την κλινική εξέταση, τον ακτινογραφικό έλεγχο και εφόσον απαιτηθεί, τη λήψη υλικού για καλλιέργεια με παρακέντηση. Οι μικροοργανισμοί που θεωρούνται υπεύθυνοι για τις οδοντογενείς ιγμορίτιδες είναι κυρίως αερόβιοι και αναερόβιοι gram-θετικοί κόκκοι και αναερόβια gram-αρνητικά βακτηρίδια. Οι αντιμικροβιακοί παράγοντες που παρέχουν επαρκή κάλυψη της μικτής αυτής χλωρίδας περιλαμβάνουν τους συνδυασμούς αμινοπενικιλινών με αναστολείς των β-λακταμασών, την κλινδαμυκίνη και την αζιθρομυκίνη. Παράλληλα με την αντιβιοτική θεραπεία, η αντιμετώπιση των οδοντογενών ιγμορίτιδων περιλαμβάνει υποστηρικτική αγωγή με αναλγητικά και αποσυμφορητικά φάρμακα και ενδεχομένως χειρουργική παρέμβαση για την απομάκρυνση ξένων σωμάτων, τη σύγκλειση στοματοκολπικής επικοινωνίας ή τη δημιουργία στομίου παροχέτευσης προς τον κάτω ρινικό κόλπο.

ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΩΝ ΓΝΑΘΙΑΙΩΝ ΚΟΛΠΩΝ

Ψωμαδέρης Κ

Ειδικευόμενος Γναθοχειρουργός

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

Οι μυκητιασικές λοιμώξεις των γναθιαίων κόλπων αποτελούν μία σπάνια νοσολογική οντότητα, αν και τελικά είναι πιο συχνές από ότι θεωρούνταν μέχρι το πρόσφατο παρελθόν. Συνηθέστερα αναπτύσσονται σε ασθενείς με μειωμένη ανοσολογική αντίδραση. Παρόλα αυτά, ήπιες χρόνιες μυκητιάσεις ανευρίσκονται και σε υγιή άτομα, προδιαθέτοντας ωστόσο τη μετάπτωσή τους προς πιο επιθετικές μορφές, όταν οι συνθήκες το επιτρέψουν. Οι πιο συχνά απαντούμενοι μύκητες είναι ο *Aspergillus*, ο *Mucor* μύκητας και ο *Candida*, αν και έχουν απομονωθεί δεκάδες άλλοι παθογόνοι. Ιδιαίτερα ο *Aspergillus* αναπτύσσεται ύστερα από υπερέμφραξη των ριζικών σωλήνων των άνω οπισθίων δοντιών με φύραμα που περιέχει ψευδάργυρο,

γεγονός που θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη κατά τη διενέργεια ενδοδοντικής θεραπείας. Η θεραπεία των λοιμώξεων αυτών συνίσταται στη μακροχρόνια ενδοφλέβια χορήγηση αντιμυκητιασικών παραγόντων και πολλαπλούς ευρείς χειρουργικούς καθαρισμούς. Η πρόγνωση της νόσου ποικίλει από άριστη έως κεραυνοβόλως θανατηφόρα, ανάλογα με την ταχύτητα εισβολής και το ανοσολογικό υπόβαθρο του ασθενούς. Στην παρούσα εργασία θα αναπτυχθούν η ταξινόμηση και η θεραπεία κατά περίπτωση των μυκητιάσεων των γναθιαίων κόλπων, καθώς και μία σειρά περιπτώσεων που αντιμετώπιστηκαν στην Πανεπιστημιακή Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Γενικού Νοσοκομείου «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης.

ΣΤΟΜΑΤΟΚΟΛΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΑΠΩΘΗΣΗ ΞΕΝΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΙΓΜΟΡΕΙΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Τριανταφυλλίδου Α

Επίκουρη Καθηγήτρια Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής

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

Η σημαντικότερη συμβολή του γενικού οδοντιάτρου στην πρόκληση στοματοκολπικών επικοινωνιών είναι η πρόληψή τους. Έτσι, οι εξαγωγές δοντιών, κυρίως πρώτων γομφίων, που φαίνεται από τις ακτινογραφικές απεικονίσεις ότι βρίσκονται σε στενή σχέση με το έδαφος του ιγμορείου, πρέπει να γίνονται με πολύ προσοχή. Μερικές φορές βέβαια, σε ασθενείς με μεγάλα ιγμόρεια, όταν τα ακρορριζία των δοντιών

φαίνεται να χωρίζονται από το βλεννογόνο του γναθιαίου κόλπου με ένα παπυρώδες οστικό πέταλο το οποίο εύκολα διασπάται κατά τους χειρισμούς της εξαγωγής, η στοματοκολπική επικοινωνία είναι αναπόφευκτη. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται επίσης στην προσπάθεια εξαγωγής ριζών ή ακρορριζίων που βρίσκονται κοντά στο έδαφος του ιγμορείου. Σε μερικές οδοντοφατνιακές χειρουργικές επεμβάσεις, όπως

ακρορριζεκτομές, εξαγωγές έγκλειστων δοντιών ή εκκυρηνίσεις κύστεων, μπορεί να συμβεί τυχαία διάνοιξη του γναθιαίου κόλπου προς τη στοματική κοιλότητα. Η προσεκτική όμως σύγκλειση του ενδοστοματικού τραύματος και η επούλωση κατά πρώτο σκοπό, εξασφαλίζει την επιτυχία σύγκλεισης της στοματοκολπικής επικοινωνίας. Εκτός από την προώθηση δοντιών και ριζών στους γναθιαίους κόλπους και την πρόκληση στοματοκολπικής επικοινωνίας, αναφέρονται και περιπτώσεις προώθησης ξένων σωμάτων στο ιγμόρειο σε ήδη προϋπάρχουσα στοματοκολπική επικοινωνία. Έτσι, έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις προώθησης αποτυπωτικών υλικών, κυρίως σε ολικώς και μερικώς νωδούς ασθενείς, σε χρόνιες στοματοκολπικές επικοινωνίες, όταν οι σχηματιζόμενοι πολύποδες «αποφράσσουν» προσωρινά το στόμιο της επικοινωνίας. Η θεραπευτική αντιμετώπιση μιας στοματοκολπικής επικοινωνίας είναι η σύγκλεισή της, η οποία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως το αν είναι πρόσφατη ή χρόνια,

από το μέγεθος και τη θέση της, καθώς επίσης και από την κατάσταση του γναθιαίου κόλπου. Οι πρόσφατες επικοινωνίες πρέπει να συγκλείονται το ταχύτερο δυνατόν, δεδομένου ότι η μόλυνση του γναθιαίου κόλπου από τα μικρόβια της στοματικής κοιλότητας και η ανάπτυξη ιγμορίτιδας σε σύντομο χρονικό διάστημα είναι σίγουρη. Οι χρόνιες στοματοκολπικές επικοινωνίες συνοδεύονται από χρόνια λοίμωξη του γναθιαίου κόλπου με ανάπτυξη πολύποδων. Στις περιπτώσεις αυτές επιβάλλεται, εκτός από τη σύγκλειση της επικοινωνίας, ο καθαρισμός του ιγμορείου από τους πολύποδες, με ριζική ανάρτηση κατά Caldwell - Luc. Για τη σύγκλειση του ενδοστοματικού στομίου της επικοινωνίας χρησιμοποιούνται τοπικοί βλεννογονοπερίοστεοι κρημνοί (παραϊακός και υπερώιος). Επίσης, πολύ καλά αποτελέσματα αναφέρονται για τη σύγκλειση στοματοκολπικών επικοινωνιών, με τη χρησιμοποίηση του λιπώδους σώματος της παρεϊάς, σε συνδυασμό με τους προαναφερθέντες τοπικούς κρημνούς.

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΥΣΤΕΙΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΤΩΝ ΓΝΑΘΙΑΙΩΝ ΚΟΛΠΩΝ ΑΞΟΝΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Δημητρακόπουλος Ι

Αναπληρωτής Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής
Πανεπιστημιακή Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Α.Π.Θ.,
Γ.Π.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Οι καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις των γναθιαίων κόλπων συνιστούν μία ομάδα νόσων, η γνώση και η αντιμετώπιση των οποίων είναι ζωτικής σημασίας τόσο για τον οδοντίατρο όσο και για το στοματογναθοπροσωπικό χειρουργό. Αυτές οι παθήσεις, στις οποίες περιλαμβάνονται κύστεις, όγκοι και κάποιες παθολογικές καταστάσεις που μοιάζουν με όγκους, αναπτύσσονται είτε εξωγενώς σε παρακείμενες κοιλότητες και προσβάλλουν δευτερογενώς τα ιγμόρεια, είτε είναι ενδογενείς των γναθιαίων κόλ-

πων και έχουν τη δυνατότητα προσβολής της στοματικής κοιλότητας και των επιμέρους δομών της (φαρνιακό οστό, οδοντικοί φραγμοί κλπ), δημιουργώντας ανάλογη κλινική συμπτωματολογία. Οι παθήσεις και ιδιαίτερα οι ενδογενείς των γναθιαίων, είναι χωροκατακτητικές εξεργασίες που χαρακτηρίζονται από την αθόρυβη εξέλιξή τους. Από αυτές, οι καλοήθεις ανακαλύπτονται συνήθως τυχαία σε κάποιο ακτινογραφικό έλεγχο της γναθοπροσωπικής περιοχής, ενώ οι όγκοι δίνουν συμπτώματα από

την επέκτασή τους σε παρακείμενες δομές (στόμα, μύτη, πρόσωπο, κόγχος), αφού έχουν ήδη αποκτήσει ικανό μέγεθος. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται οι σημαντικότερες χωροκατακτητικές βλάβες των γναθιαίων κόλπων,

ενώ ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη διάγνωση, τη διαφορική διάγνωση και τη θεραπευτική προσέγγιση αυτών των παθήσεων, ως ζωτικού επισημονικού πεδίου μελέτης και αντιμετώπισης από το γενικό και τον ειδικό οδοντίατρο.

Β' ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

1. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Θωμαΐδης Β, Τσάμης Ι, Ζωγραφόπουλος Δ, Ταμιωλάκης Δ

Από τη Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική, το Δερματολογικό Τμήμα και το Κυτταρολογικό Εργαστήριο του Γενικού Πανεπιστημιακού Περιφερικού Νοσοκομείου Αλεξανδρουπόλεως

Στα πλαίσια της καταπολέμησης του καρκίνου, ο οδοντίατρος κατέχει αδιαμφισβήτητα σημαντική θέση, εφόσον στην καθημερινή κλινική του ενασχόληση έχει τις γνώσεις και την ικανότητα να υποψιασθεί πρώιμα και να διαγνώσει προκαρκινικές και καρκινικές βλάβες του στόματος. Η προσφορά του όμως μπορεί να επεκταθεί ακόμη και στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του προσώπου. Η «κατά πρόσωπο» σχέση που αναπτύσσει με τους ασθενείς του, συνήθως για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να του επιτρέψει να αντιληφθεί ή να υποψιαστεί μία κακοήγη δερματική βλάβη. Ο αυξημένος δείκτης υποψίας του μπορεί να αποβεί σωτήριος σε κάποιους από τους ασθενείς του. Ο καρκίνος του δέρματος αποτελεί το 30% όλων των καρκινωμάτων του ανθρωπίνου σώματος και το 75-85% εντοπίζεται στο πρόσωπο. Ως αιτιολογικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί η ηλιακή ακτινοβολία, διάφοροι μικροβιακοί, χημικοί και μηχανικοί παράγοντες, καθώς επίσης και η κληρονομική προδιάθεση. Οι συχνότερες μορφές του

καρκίνου του δέρματος είναι το βασικοκυτταρικό και το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις προϋπάρχουν προκαρκινικές βλάβες, όπως η ακτινική υπερκεράτωση. Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα κλινικά εμφανίζεται με κυστική, ελκωτική, υπερχρωστική, ή μικτή μορφή, αναπτύσσεται βραδέως καταστρέφοντας τοπικά τους ιστούς. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του δέρματος του προσώπου, όπως ακριβώς και του βλεννογόνου του στόματος, θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του αρρώστου, καθώς αναπτύσσεται και εξελίσσεται γρηγορότερα, δίνοντας μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες αλλά και σε απομακρυσμένα όργανα. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται επιλεγμένες περιπτώσεις καρκίνων που αφορούν σε όλες τις δομές και περιοχές του προσώπου, περιγράφεται η κλινική εικόνα, αναφέρεται η διαγνωστική προσπέλαση και καταδεικνύεται η σημασία που έχει η πρώιμη αντιμετώπιση όχι μόνο στην πρόγνωση αλλά και στη βαρύτητα και πολυπλοκότητα της πλαστικής επανορθωτικής επέμβασης.

2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙ 83 ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Γαβριήλ Σ, Δενδρινός Χ, Παπαδημητρίου Κ, Μελακόπουλος Ι, Μουτζούρη Α, Γιαμαρέλος Γ

Από το Γναθοχειρουργικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Αθήνας «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ».

Διευθυντής: Γ. Γιαμαρέλος

Ο καρκίνος του στόματος αποτελεί μία σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Η στοματική κοιλότητα αποτελεί παγκοσμίως μία από τις δέκα συχνότερες ανατομικές περιο-

χές που προσβάλλονται από καρκίνο. Στη χώρα μας 600 άτομα περίπου προσβάλλονται ετησίως από στοματικό καρκίνο. Η πρόγνωση του δεν είναι ιδιαίτερα ευνοϊκή και λιγότερο από το ήμισυ των ασθενών επιζούν πέραν της πενταετίας. Η πρώιμη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του στόματος αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για την επιβίωση του ασθενή. Η διάγνωση πρώιμων βλαβών έχει δύο παραμέτρους: αφ' ενός μεν την ενημέρωση του πληθυσμού ώστε να προσέρχονται για εξέταση σε κάθε ύποπτη βλάβη την οποία ανακαλύπτουν στο στόμα τους, αφ' ετέρου δε τον υψηλό δείκτη υποψίας από τον οδοντίατρο. Σκοπό της εργασίας αυτής αποτελεί η κλινική μελέτη 83 ασθενών με καρκίνο του στόματος, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν στη Γναθοχειρουργική Κλινική του Ιπποκρατείου Γενικού Νοσοκομείου Αθήνας τα τελευταία 6,5 έτη. Επισημαίνεται η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου του στόματος και παρουσιάζεται το πρω-

τόκολλο θεραπείας της Κλινικής. Κατά κανόνα, σε μικρές επιφανειακές μη διηθητικές βλάβες μεγέθους μικρότερου του ενός εκατοστού και κλινικά αρνητικό τράχηλο, εφαρμόζεται ευρεία εκτομή του όγκου, με όριο ασφαλείας το 1,5cm γύρω από τα όρια της βλάβης. Σε T2, T3, T4 και T1 μεγαλύτερο του ενός εκατοστού και κλινικά αρνητικό τράχηλο εφαρμόζεται υπερωμοϋοειδική τραχηλική εκσκαφή και ευρεία εκτομή του όγκου. Επί κλινικά θετικού τραχήλου, όπως και στις περιπτώσεις όπου διεγχειρητικά κατά τη διάρκεια της υπερωμοϋοειδικής τραχηλικής εκσκαφής αποδεικνύεται με ταχεία βιοψία ότι υπάρχουν προσβεβλημένοι λεμφαδένες, εφαρμόζεται ριζική ή τροποποιημένη ριζική τραχηλική εκσκαφή και ευρεία εξαίρεση του όγκου. Η χειρουργική θεραπεία, ανάλογα με τη σταδιοποίηση της νόσου και με βάση τις αποφάσεις του ογκολογικού συμβουλίου, συνεπικουρείται με ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, ή συνδυασμό τους όταν υπάρχει ένδειξη.

3. ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΕΓΚΛΕΙΣΗΣ ΤΩΝ ΜΟΝΙΜΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ

Γιαμαρέλος Γ, Τσαμαλή Ι, Σκιαδά Κ, Χατζηπαράς Δ, Συρράκου Β, Παπαδημητρίου Κ

Από το Γναθοχειρουργικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Αθήνας «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ».

Διευθυντής: Γ. Γιαμαρέλος

Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν δώσει ποσοστά έγκλεισης των μόνιμων δοντιών με σημαντικές μεταξύ τους αποκλίσεις. Τούτο οφείλεται και στις διαφορετικές ηλικίες των ασθενών που εξετάστηκαν σε κάθε έρευνα. Οι μελέτες που έγιναν π.χ. σε άτομα ηλικίας κάτω των 20 ετών, έχουν δώσει υψηλά ποσοστά έγκλεισης τρίτων γομφίων. Μελέτες που έγιναν σε ομάδες ηλικιών άνω των 20 ετών έχουν δώσει χαμηλότερα ποσοστά έγκλεισης τρίτων γομφίων, γιατί στις ηλικίες αυτές ένας μεγάλος αριθμός εγκλείστων γομφίων έχουν ήδη ανατείλει ή

έχουν αφαιρεθεί. Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν την εξής σειρά συχνότητας έγκλεισης: σωφρονιστήρας άνω, σωφρονιστήρας κάτω, κυνόδοντας άνω, προγόμφιος κάτω, κυνόδοντας κάτω, προγόμφιος άνω κ.ά. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να προσδιορίσει τη σειρά συχνότητας έγκλεισης των μόνιμων δοντιών, μέσα από τη μελέτη της πανοραμικής ακτινογραφίας και του ιστορικού των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν στο Γναθοχειρουργικό Τμήμα του Ιπποκρατείου Γενικού Νοσοκομείου Αθήνας κατά τα έτη 1995-2002.

4. ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΟΒΛΑΣΤΩΜΑ ΤΗΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ

Ζώταλης Ν, Λιούμπας Δ, Χατζοπούλου-Σπυροπούλου Β, Νιάφας Κ, Μπουρλή Α, Μπότσιος Σ, Μαρουδιάς Ν

Από τη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και το Ωτορινολαρυγγολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας «ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ»

Εισαγωγή: Το αδαμαντινοβλάστωμα ανήκει στους οδοντογενείς όγκους, και ο Malassez ήταν ο πρώτος που το αναγνώρισε πριν από 100 χρόνια. Αποτελεί περίπου το 1% από τους όγκους της στοματικής κοιλότητας και το 80% αναπτύσσεται στην κάτω γνάθο. Αν και ανήκει στα καλοήγη νεοπλασμάτα, εν τούτοις συμπεριφέρεται τοπικά σαν κακόηθες νεόπλασμα, με συνεχή τάση επέκτασης και καταστροφής των γειτονικών ιστών.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση του αδαμαντινοβλαστώματος της άνω γνάθου, λόγω της σπανιότατης ανάπτυξής του σ' αυτή την περιοχή, σε ποσοστό περίπου 0,2% από όλους τους όγκους του στόματος.

Υλικό και μέθοδος: Το υλικό της παρουσίας αυτής αποτέλεσαν δύο ασθενείς, άρρενες, της τελευταίας εξαετίας, με αδαμαντινοβλαστώματα της άνω γνάθου, τα οποία επεκτείνονταν εντός του ιγμορείου. Ο ένας ασθενής ήταν 80 ετών με αδαμαντινοβλάστωμα στο δεξί ημιμόριο της άνω γνάθου, με επέκταση και στο σύ-

στοιχο ιγμόρειο άντρο. Έγινε μερική ημιγναθεκτομή της δεξιάς άνω γνάθου και ταυτόχρονη τοποθέτηση προκατασκευασμένης μερικής οδοντοστοιχίας. Ο δεύτερος ασθενής ήταν 52 ετών με αδαμαντινοβλάστωμα στο άνω δεξί ημιμόριο της άνω γνάθου με επέκταση εντός του συστοίχου ιγμορείου άντρο. Αντιμετωπίστηκε και αυτό με μερική ημιγναθεκτομή της δεξιάς άνω γνάθου, τοποθέτηση δερματικού αυτομοσχεύματος και ταυτόχρονη τοποθέτηση προκατασκευασμένης μερικής οδοντοστοιχίας.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Η πλέον ενδεδειγμένη θεραπεία του αδαμαντινοβλαστώματος, λόγω της τοπικά κακοήθους συμπεριφοράς του, είναι η ριζική χειρουργική του εξαίρεση, ένα με δύο εκατοστά περιμετρικά της βλάβης, όσον αφορά στους ενήλικες ασθενείς, ενώ για τα παιδιά η επέμβαση είναι λιγότερο επιθετική. Η μετεγχειρητική παρακολούθησή του θα πρέπει να είναι μακροχρόνια και συνεχής, λόγω της μεγάλης συχνότητας υποτροπής, η οποία μπορεί να φτάνει μέχρι και το 30%.

5. ΑΛΓΟΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Λίνκ-Τσατσούλη Ι

Από το Εργαστήριο Στοματολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Διευθυντής: Ο Καθηγητής Π. Παπαναγιώτου

Το ψυχογενές άλγος αποτελεί ένα αρκετά συχνό σύμπτωμα, το οποίο είναι δυνατόν να προβληματίσει σε μεγάλο βαθμό, τόσο τον ιατρό όσο τον ασθενή. Η δυσκολία που παρουσιάζει η διάγνωσή του και η ομοιότητα της συμπτωματολογίας του με το σωματικό άλγος, οδηγούν συχνά σε λανθασμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Κατ' αυτόν τον τρόπο εγκαθίσταται ένας φαύ-

λος κύκλος μη αποτελεσματικών ενεργειών, που ταλαιπωρεί ιατρό και ασθενή. Στην εργασία αυτή γίνεται προσπάθεια να αναδειχθούν και να συζητηθούν τα συμπτώματα και τα διαφοροδιαγνωστικά στοιχεία των κυριότερων ψυχογενών πόνων στη στοματογναθική περιοχή, όπως το επώδυνο σύνδρομο της κροταφογναθικής διάρθρωσης, η άτυπη προσωπαλγία, η άτυπη

οδονταλγία και η καυσαλγία του στόματος. Τα σωματικά άλγη που πρέπει να ερευνηθούν στα πλαίσια της διαφοροδιάγνωσης, είναι οι διάφορες νευραλγίες στην περιοχή του προσώπου και του στοματογναθικού συστήματος, φλεγμονώδεις καταστάσεις, παθήσεις της κροταφογναθικής διάρθρωσης κ.ά. Επίσης, γίνεται προσπάθεια να αναδειχθούν οι θεραπευτικές δυνατότητες που μπορούν να εφαρμοστούν στα πλαι-

σια του γενικού οδοντιατρείου. Τονίζεται πάντως, ότι ο ψυχογενής πόνος στην περιοχή του προσώπου και του στοματογναθικού συστήματος είναι ένα αρκετά πολύπλοκο σύμπτωμα, για το οποίο ο οδοντίατρος θα πρέπει να είναι ενήμερος, αφού πολλές φορές είναι και ο πρώτος αποδέκτης των παραπόνων των ασθενών και κατά συνέπεια καλείται να αντιμετωπίσει την κατάσταση που παρουσιάζεται.

6. ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΑΛΓΟΣ

Λίνκ-Τσατσούλη Ι

Το σύμπτωμα του πόνου είναι πολύ συχνό συμβάν στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη, αφού πολλές παθολογικές εξεργασίες στη στοματογναθική περιοχή γίνονται για πρώτη φορά αντιληπτές από τον ασθενή μέσω του άλγους. Η διάγνωση του άλγους και στη συνέχεια η σωστή θεραπευτική αντιμετώπισή του, αποτελούν δύσκολο έργο, καθώς το σύμπτωμα είναι υποκειμενικό, με συνέπεια τη μεγάλη δυσχέρεια στην αντικειμενική του αξιολόγηση. Το γεγονός αυτό ενισχύεται ακόμη περισσότερο στις περιπτώσεις ψυχογενούς άλγους, το οποίο συχνά είναι δυνατόν να παρουσιάζεται με τη μορφή του σωματικού άλγους, οδηγώντας σε απόγνωση ιατρό και ασθενή, αφού οι σχετικές θεραπευτικές αγωγές δεν φέρουν αποτέλεσμα. Η εργασία αυτή έχει σκοπό την παρουσίαση μεθόδων και κριτηρίων, τα οποία θα βοηθήσουν τον οδοντίατρο να συλλέξει τα απαραίτητα στοιχεία και μέσω της αξιολόγησής τους να φθάσει σε ένα πρώτο συμπέ-

ρασμα. Αναφέρονται οι ορισμοί του σωματικού και του ψυχογενούς άλγους και η επικρατέστερη θεωρία του πόνου. Στη συνέχεια καταγράφονται τα στοιχεία που υποχρεούται να συλλέξει ο ιατρός όταν αντιμετωπίζεται ο ασθενής που πονάει. Τα στοιχεία αυτά αποτελούνται από τις παρακάτω ενότητες: ιατρικό - οδοντιατρικό ιστορικό, ιστορικό πόνου, ημερολόγιο πόνου, διάφορα ερωτηματολόγια, εργαστηριακές εξετάσεις. Στη συνέχεια συζητιέται ο πίνακας με τα διαφοροδιαγνωστικά κριτήρια κατά Adler, τα οποία αποτελούν βασικό βοήθημα για τον πρώτο διαχωρισμό μεταξύ σωματικού και ψυχογενούς άλγους. Έχοντας ακολουθήσει την ως άνω μεθοδολογία ο οδοντίατρος είναι σε θέση να καταλήξει σε ένα πρώτο συμπέρασμα σχετικά με την ψυχογενή ή μη φύση του άλγους που παρουσιάζει ο ασθενής του, αποφεύγοντας τις οδυνηρές, ίσως δαπανηρές, αλλά κυρίως απογοητευτικές για τον ίδιο και τον ασθενή ενέργειες.

7. ΜΗ HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑ ΤΗΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ, ΥΠΟΔΥΟΜΕΝΟ ΒΛΑΒΗ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΟΥΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Πανταζής Γ, Αγαπητός Ε

Τα μη Hodgkin λεμφώματα αναπτύσσονται κυρίως σε λεμφαδενικούς σχηματισμούς, είναι όμως δυνατόν να εντοπισθούν και σε εξωλεμφαδενικές θέσεις. Στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου, οι εξωλεμφαδενικές εντοπίσεις απαντώνται συνηθέστερα στο έδαφος του στό-

ματος, τους σιελογόνους αδένες, το στοματικό βλεννογόνο, τους παραρρινικούς κόλπους και, σπανιότερα, στα οστά των γνάθων. Η στοματική κοιλότητα και οι γνάθοι αποτελούν περίπου το 2% όλων των εντοπίσεων των μη Hodgkin λεμφωμάτων. Κατά κανόνα, τα μη

Hodgkin λεμφώματα των γνάθων αναπτύσσονται στη διάρκεια της τέταρτης και πέμπτης δεκαετίας της ζωής. Οι γυναίκες φαίνεται να προσβάλλονται με μεγαλύτερη συχνότητα, περίπου 2:1, σε σχέση με τους άνδρες. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν πολλές αναφορές που καταδεικνύουν τις δυσκολίες σχετικά με τη διάγνωση των λεμφωμάτων στη γναθοπροσωπική χώρα, καθώς μπορεί να υποκρύπτονται σε κλινικές καταστάσεις ανεξήγητου οδοντικού πόνου, κινητικότητας δοντιών, διόγκωσης, έλκους ή οστεολυτικής βλάβης της περιοχής. Λανθασμένη εκτίμηση των κακοήθων λεμφωμάτων ως φλεγμονωδών βλαβών, οδηγεί σε εσφαλμένη διάγνωση και έχει ως αποτέλεσμα την καθυστερημένη και ανεπαρκή θεραπεία. Η θεραπεία

των μη Hodgkin λεμφωμάτων συνίσταται στην ακτινοθεραπεία, η οποία μπορεί να συνδυασθεί και με χημειοθεραπεία, ενώ σε μονήρεις και εκτεταμένες βλάβες μπορεί να εφαρμοσθεί και η χειρουργική αφαίρεση. Στην παρούσα εργασία γίνεται ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τους κλινικούς και ανοσοϊστοχημικούς χαρακτήρες, τη θεραπεία και την πρόγνωση των μη Hodgkin λεμφωμάτων που απαντώνται στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου, τονίζεται η σημασία της έγκαιρης και ορθής διάγνωσης και παρουσιάζεται η περίπτωση αντιμετώπισης μη Hodgkin λεμφώματος σε μία γυναίκα ηλικίας 40 ετών με εντόπιση στην άνω γνάθο, το οποίο εμφάνιζε κλινικούς χαρακτηρισ βλάβης οδοντογενούς αιτιολογίας.

8. ΚΥΣΤΕΙΣ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 69 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Βιέρου Ε, Γαλανοπούλου Λ, Κολόμβος Ν, Στυλογιάννη Ε

Εισαγωγή: Οι κυστικές εξεργασίες συνιστούν καλοήθεις παθολογικές κοιλότητες, οι οποίες συνήθως καλύπτονται από επιθήλιο. Τις περισσότερες φορές αποτελούν ασυμπτωματικές βλάβες και ανακαλύπτονται σαν τυχαίο ακτινογραφικό εύρημα, οπότε εμφανίζονται σαν μονόχωρη ή πολύχωρη ακτινοδιαύγαση με σαφή ακτινοσκοιεράρια, ενώ νευρολογικά σημεία ή και πόνος παρουσιάζονται μόνο σε περιπτώσεις φλεγμονώδους διήθησης του κυστικού τοιχώματος.

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να γίνει μία αναδρομική μελέτη για να διερευνηθεί το είδος των κυστικών εξεργασιών που απαντούν στα παιδιά, η συχνότητα εντοπίσεώς τους και το είδος της θεραπείας τους, καθώς και η σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα ισχύοντα στη διεθνή βιβλιογραφία.

Υλικό: Εξετάστηκαν 69 περιπτώσεις παιδιών με κυστικές εξεργασίες των γνάθων, που νοσηλεύτηκαν και θεραπεύτηκαν στο Νοσοκομείο Παιδών «Π. και Α. Κυριακού» κατά τη χρονική περίοδο 1990-2002. Από αυτά 51 ήταν αγόρια και 18 κορίτσια (αναλογία 3/1) και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 9,5 χρόνια.

Αποτελέσματα: Στους 69 ασθενείς ανευρέ-

θησαν 71 κύστεις. Από αυτές 35 ήταν οδοντοφόρες, 19 κερατινοκύστεις, 6 κύστεις ανατολής, 4 ανευρυσματικές, 2 κύστεις τομικού πόρου, 2 αιμορραγικές, 2 παραοδοντικές (φλεγμονώδεις) και 1 πλάγια περιοδοντική. Από τις 19 κερατινοκύστεις οι 7 απαντούσαν στα πλαίσια του συνδρόμου Gorlin-Golz. Όσον αφορά στην εντόπιση, 45 κύστεις εμφανίζονταν στην κάτω γνάθο και 26 στην άνω. Από αυτές, οι 51 περιπτώσεις αντιμετωπίστηκαν με εκπυρήνιση, 19 με μαρσιποποίηση και σε μία περίπτωση ανευρυσματικής κύστης χρειάστηκε να γίνει περιφερική οστεκτομή του σώματος της κάτω γνάθου. Σε όλες τις περιπτώσεις η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, εκτός των ασθενών με σύνδρομο Gorlin-Golz, που οι κύστεις υποτροπίασαν και χρειάστηκε να επαναχειρουργηθούν.

Συμπεράσματα: Στη συντριπτική τους πλειοψηφία οι κυστικές εξεργασίες ήταν αναπτυσσόμενες (63 κύστεις - ποσοστό 88,5%), ενώ μη επιθηλιακές κύστεις βρέθηκαν σε 6 περιπτώσεις (ποσοστό 8,5%) και φλεγμονώδεις σε 2 (ποσοστό 2,5%). Όσον αφορά στην εντόπιση, τα ευρήματά μας συμφωνούν με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας.

9. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ, ΜΕΤΑΞΥ ΠΑΝΟΡΑΜΙΚΩΝ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ

Γκρίτζαλης Π, Κατσώνη Ε

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η σύγκριση της ποιότητας των λαμβανόμενων ακτινογραφημάτων, μεταξύ ενός δείγματος πανοραμικών ακτινογραφιών σε ενήλικες με ισάριθμο δείγμα σε παιδιά, καθώς και ο προσδιορισμός των συνηθέστερων σφαλμάτων και της συχνότητας με την οποία αυτά απαντώνται.

Υλικό και Μέθοδος: Από κάθε ομάδα συλλέχθηκαν εξακόσιες πενήντα πανοραμικές ακτινογραφίες. Το υλικό που αφορούσε σε παιδιά συλλέχτηκε από την Ορθοδοντική Κλινική του Οδοντιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών και από το προσωπικό αρχείο του Καθηγητή της Κλινικής της Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος του Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. Ν. Σπυρόπουλου, ενώ το υλικό των ενηλίκων συλλέχτηκε από διάφορα ιδιωτικά ιατρεία. Οι πανοραμικές ακτινογραφίες αριθμήθηκαν και εξετάστηκαν από έναν αξιολογητή, που είχε εκπαιδευτεί να αναγνωρίζει τα σφάλματα των πανοραμικών ακτινογραφιών σύμφωνα με τα κριτήρια που περιγράφονται από τον Langland και άλλους. Μελετήθηκαν δύο ανεξάρτητα δείγματα, μεγέθους 650 παρατηρήσεων το καθένα, που αφορούν σε σφάλματα πανοραμικών ακτινογραφιών, κατηγοριοποιημένα σε 22 κατηγορίες. Με τη μέθοδο χ^2 εξετάστηκε αρχικά αν υπάρχει διαφορά στις αποδεκτές ακτινογραφίες μεταξύ ενηλίκων και παιδιών. Στη συνέχεια εξετάστηκε αν υπάρχει ή όχι σχέση μετα-

ξύ ενηλίκων ή παιδιών και κάποιου σφάλματος (κατηγορίας). Σε συνέχεια της στατιστικής ανάλυσης, χρησιμοποιώντας τον έλεγχο χ^2 , μελετήθηκε αν υπάρχει ή όχι διαφορά μεταξύ αποδεκτών και μη αποδεκτών ακτινογραφιών σε κάθε ομάδα ηλικιών ξεχωριστά. Σε αυτό το στάδιο της ανάλυσης, όταν ήταν αναγκαίο, εκτελέστηκε και ο ακριβής έλεγχος του Fisher.

Αποτελέσματα: Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των αποδεκτών ακτινογραφιών σε ενήλικες και παιδιά ($p\text{-value}=0,882$), ενώ βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συχνότητα εμφάνισης κάποιων σφαλμάτων ($p\text{-value}<0,05$) στις δύο ομάδες. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν και μεταξύ αποδεκτών και μη αποδεκτών ακτινογραφιών σε ενήλικες και παιδιά ξεχωριστά.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υποδηλώνουν την προτίμηση εμφάνισης κάποιων σφαλμάτων στις πανοραμικές ακτινογραφίες, ανάλογα με την ομάδα στην οποία λήφθηκαν. Στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν και μεταξύ αποδεκτών και μη αποδεκτών ακτινογραφιών στη συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων σφαλμάτων. Η σωστή τοποθέτηση του ασθενή αποτελεί παράγοντα θεμελιώδους σημασίας για πανοραμικές ακτινογραφίες υψηλής διαγνωστικής ποιότητας. Συμπληρωματικά, θα πρέπει να αποφεύγονται τεχνικά σφάλματα και σφάλματα επεξεργασίας.

10. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΕΝΔΟΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μάστορης Μ, Νικοπούλου-Καραγιάννη Κ

Από την Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος του Τομέα Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Τα τελευταία χρόνια εμφανίστηκαν νέες ψηφιακές τεχνικές απεικόνισης, με στόχο τη βελ-

τίωση των συμβατικών ακτινογραφικών τεχνικών, όπως η ενδοστοματική ψηφιακή ακτι-

νογραφία. Η ενδοστοματική ψηφιακή ακτινογραφία, λόγω των πολλών πλεονεκτημάτων της συγκριτικά με το κοινό ακτινογράφημα, προσελκύει το ενδιαφέρον όλο και περισσότερων οδοντιάτρων που ενδιαφέρονται να την ενσωματώσουν στην καθημερινή κλινική πράξη. Ο οδοντίατρος, προκειμένου να κάνει την καλύτερη επιλογή ενδοστοματικού ψηφιακού απεικονιστικού συστήματος, θα πρέπει να γνωρίζει τα ψηφιακά απεικονιστικά συστήματα που υπάρχουν, το κόστος τους, τις δυνατότητες των διαφόρων συστημάτων, το είδος και το μέγεθος του αισθητήρα και να έχει προσδιορίσει τις δικές του ανάγκες και το είδος και τη φύση της καθημερινής του κλινικής πράξης. Επιπλέον το λογισμικό (software) του προγράμματος, δηλαδή η ευκολία εκμάθησης και χρήσης του και οι δυνατότητες που παρέχει για την επεξεργασία της εικόνας, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να αναφερθεί στην έννοια και τη ση-

μασία των φυσικών και τεχνικών ιδιοτήτων των διαφόρων συστημάτων ενδοστοματικής ψηφιακής απεικόνισης που πρέπει να εξετάζονται και να λαμβάνονται υπόψη, προκειμένου να γίνει η τελική επιλογή. Επίσης, εξηγούνται οι βασικές και θεμελιώδεις έννοιες της ψηφιακής απεικόνισης, η σημασία της ανάλυσης της εικόνας και ο τρόπος που αυτή καθορίζεται, οι διάφορες μορφές αρχείου, τι είναι βάθος πληροφοριών σε κάθε στοιχειώδη μονάδα εικόνας (pixel), η έννοια της μεταφοράς του σήματος στην απεικόνιση, η έννοια και η φυσική σημασία του θορύβου, οι πηγές του θορύβου και πώς ο θόρυβος επηρεάζει την εικόνα. Παράλληλα, αναφέρεται συνοπτικά ο μηχανισμός δημιουργίας της εικόνας στα ενδοστοματικά συστήματα ψηφιακής απεικόνισης τα οποία είναι σήμερα εμπορικά διαθέσιμα και χρησιμοποιούν αισθητήρα στερεάς κατάστασης (CCD ή CMOS), ή την ειδική φωσφορίζουσα πλάκα.

11. ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΔΗΣ ΧΕΙΛΙΤΙΔΑ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΜΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Αετόπουλος Ι, Καρακάσης Δ

Από την Πανεπιστημιακή Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Νοσοκομείου «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» Θεσσαλονίκης. Διευθυντής: Ο Καθηγητής Δ. Θ. Καρακάσης

Υποτροπιάζουσα περιφερική παράλυση του προσωπικού νεύρου, υποτροπιάζον οίδημα του προσώπου και πτυχωτή ή οσχεοειδής γλώσσα, αποτελούν μία τριάδα συμπτωμάτων, γνωστή σαν σύνδρομο Melkersson-Rosenthal. Το οίδημα του προσώπου, το πιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα του συνδρόμου, είναι γνωστό σαν κοκκιωματώδης χειλίτιδα ή χειλίτιδα Miescher και από πολλούς συγγραφείς θεωρείται σαν μία μονοσυμπτωματική μορφή του συνδρόμου. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η περιγραφή περίπτωσης ασθενή ηλικίας 23 ετών, ο οποίος προσήλθε στην Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Νοσοκομείου «Γ. Παπανικολάου», με οίδημα χειλέων και γεωγραφική γλώσσα. Τέθηκε η διάγνωση της κοκκιωματώδους χειλίτιδας, ενώ η εφαρμοσθείσα θεραπεία ήταν κυρίως χει-

ρουργική. Η κοκκιωματώδης χειλίτιδα, η οποία εκδηλώνεται με ανώδυνο σκληροελαστικό οίδημα των χειλέων, συνηθέστερα του κάτω, αποτελεί μέρος του συνδρόμου Melkersson-Rosenthal. Διαφορική διάγνωσή της επιβάλλεται να γίνει από άλλα σύνδρομα ή νοσήματα που εκδηλώνονται κυρίως με οίδημα των χειλέων, όπως είναι το αγγειοοίδημα Quincke, το σύνδρομο Ascher, η νόσος Crohn, η σαρκοείδωση, το ερυσίπελας. Η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη, αν και στη βιβλιογραφία αναφέρονται κάποια αίτια, όπως αλλεργία, λοιμώξεις αλλά και κληρονομικότητα. Η ιστολογική εικόνα της νόσου, χαρακτηρίζεται από την παρουσία στο χόριο και στους μύες περιαγγειακών κοκκιωμάτων αποτελούμενων από πολυπύρηνα γιγαντοκύτταρα τύπου Langhans και λεμφοϊστοκύτταρα, τα οποία εμφανίζουν

παρόμοιους χαρακτήρες με τα αντίστοιχα κοκκιώματα που ανευρίσκονται στη φυματίωση και τη σαρκοείδωση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου γίνεται συντηρητικά με τη χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων, όπως κορτικοστεροειδών, αντιλεπτρικών φαρμάκων,

κυκλοσπορίνης, αζαθειοπρίνης, μεθοτρεξάτης κ.ά., με την εφαρμογή ακτινοβολίας, ή χειρουργικά με την εφαρμογή χειλεοπλαστικής επεμβάσεως, η οποία είναι πιο αποτελεσματική εάν πραγματοποιηθεί όταν το οίδημα είναι σε στάσιμη φάση.

12. ΕΝΑΣΒΕΣΤΙΟΠΟΙΟΥΜΕΝΗ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗΣ ΚΥΣΤΗ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Βαφειάδου Μ, Τηλαβερίδης Ι, Τσόδουλος Σ, Καρακάσης Δ

Από την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Η ενασβεστιοποιούμενη οδοντογενής κύστη είναι μία σπάνια κυστική αλλοίωση, που κατατάσσεται στις επιθηλιακές αναπτυξιακές οδοντογενείς κύστεις (κατάταξη WHO 1971). Νεότερη ταξινόμηση που πραγματοποιήθηκε το 1982 από τους Praetorius και συν., χωρίζει την ενασβεστιοποιούμενη οδοντογενή κύστη σε δύο οντότητες, μία κύστη και ένα νεόπλασμα. Η κύστη εμφανίζει τρεις τύπους, ενώ το νεόπλασμα αναφέρεται με τον όρο dentinogenic ghost cell tumor και μπορεί να είναι καλοήθης ή κακόηθης. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η περιγραφή μιας περίπτωσης ενασβεστιοποιούμενης οδοντογενούς κύστης σε γυναίκα ηλικίας 47 ετών. Η ασθενής προσήλθε με ασυμπτωματική διόγκωση στα προστομιακά προσπεφυκότα ούλα, στην πρόσθια περιοχή της κάτω γνάθου, μεταξύ του δεξιού κυνόδοντα και του αριστερού κεντρικού τομέα. Παρουσίαζε μικρό κλυδασμό και τα σχετιζόμενα δόντια έδιναν θετική αντίδραση στη δοκιμασία ζωτικότητας. Το ορθοπαντομογράφημα και η περιακρορριζική ακτινογραφία της περιοχής έδειξαν σαφώς περιγεγραμμένη ακτινοδιαυγαστική περιοχή, αντίστοιχα προς τα ακρορρίζια των κεντρικών και πλάγιων τομέων της κάτω γνάθου και σε επαφή με τη ρίζα του δεξιού κυνόδοντα. Μετά τη χειρουργική εκκυρήνιση της

βλάβης και την ιστολογική εξέταση τέθηκε η διάγνωση της ενασβεστιοποιούμενης οδοντογενούς κύστης. Τα κύρια ιστολογικά χαρακτηριστικά της ενασβεστιοποιούμενης οδοντογενούς κύστης είναι τα κύτταρα φαντάσματα (ghost cells), που είναι επιθηλιακά κύτταρα με αυξημένη κερατινοποίηση, χωρίς οργανίδια στο κυτταρόπλασμά τους και με υπολείμματα πυρήνα σε διάφορα στάδια εκφύλισης. Μέσα από μία σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση, παρουσιάζονται η συνήθης ηλικία και η θέση εντόπισής της, τα κύρια διαγνωστικά σημεία, καθώς και οι σύγχρονες αντιλήψεις για το νεοπλασματικό και τον κυστικό χαρακτήρα της. Καθώς τα κλινικά και ακτινογραφικά χαρακτηριστικά της ενασβεστιοποιούμενης οδοντογενούς κύστης δεν είναι παθογνωμονικά γι' αυτήν, πρέπει να γίνεται διαφορική διάγνωση από άλλες βλάβες με παρεμφερή εικόνα, όπως το αδαμαντινοβλάστωμα, το αδαμαντινοβλαστικό ινοδόντωμα και όλες οι κύστεις οδοντογενούς προέλευσης. Παράλληλα, βάσει των σύγχρονων βιβλιογραφικών δεδομένων, αναλύονται εκτενέστερα τα ιστολογικά χαρακτηριστικά και ο πιθανός παθογενετικός μηχανισμός. Εκτιμάται, τέλος, η πιθανότητα υποτροπής και η πιθανότητα μετάπτωσης της σε καρκίνωμα.

13. ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑΤΟΕΙΔΕΣ ΚΟΚΚΙΩΜΑ ΣΕ ΠΕΡΙΟΧΗ ΣΥΝΘΕΤΙΚΟΥ ΟΣΤΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Βασιλείου ΛΒ, Πατρικίου Α

Το αιμαγγειωματοειδές κοκκίωμα αποτελεί καλοήγητη αντιδραστική εξεργασία που αναπτύσσεται συνηθέστερα σε έδαφος τραυματισμού ή χρόνιου ερεθισμού. Η συχνότερη θέση εντόπισής του στη στοματική κοιλότητα είναι ο βλεννογόνος των φατνιακών αποφύσεων και ειδικότερα τα προσπεφυκότα ούλα. Μεγαλύτερη επίπτωση έχει κατά την τρίτη και τέταρτη δεκαετία της ζωής, παρουσιάζοντας μία σαφή προτίμηση στο γυναικείο φύλο. Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή περίπτωσης αιμαγγειωματοειδούς κοκκιώματος σε γυναίκα ηλικίας 58 ετών. Το ιστορικό της ανέφερε χειρουργική αφαίρεση κυστικής εξεργασίας από την περιοχή του 38, στην οστική κοιλότητα της οποίας, μετά την εκπυρήνιση, τοποθετήθηκε συνθετικό οστικό μόσχευμα υπό μορφή κόκκων. Η ασθενής 6 μήνες μετά την επέμβαση προσήλθε με πόνο και διόγκωση στην αντίστοιχη περιοχή. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε μαλακός εξωφυτικός όγκος ερυθρής χροιάς και με τάση αιμορραγίας, στην κορυφή του οπισθογομφίου τριγώνου αριστερά. Αντίστοιχα προς τη βάση της εξεργασίας, παρατηρήθηκε επικοινωνία με την κοιλότητα του μοσχεύματος, τεμάχια του οποίου διέ-

φευγαν προς τη στοματική κοιλότητα. Ακτινογραφικά, ήταν σαφής η έλλειψη οστεοενσωμάτωσης του μοσχεύματος, κάτι που άλλωστε συμβαίνει με τα συνθετικά οστεοαδρανή υλικά. Με την πιθανή διάγνωση αιμαγγειωματοειδούς κοκκιώματος αποφασίστηκε η συντηρητική αφαίρεσή του και ο καθαρισμός της οστικής κοιλότητας από τα τεμάχια του μοσχεύματος, ώστε να εξαλειφθεί κάθε ενδεχόμενος ερεθιστικός παράγοντας. Υπό στελεχιαία αναισθησία του κάτω φατνιακού αφαιρέθηκε η εξωφυτική εξεργασία από τη βάση της και στη συνέχεια δημιουργήθηκε τραπεζοειδής κρημνός και παρασκευάστηκε το υποκείμενο οστό, για να προσπελαστεί η κοιλότητα του μοσχεύματος. Το υλικό αφαιρέθηκε και ακολούθησαν πλύσεις και συρραφή. Το παρασκεύασμα στάλθηκε για ιστολογική εξέταση. Η τελική διάγνωση ανέφερε αιμαγγειωματοειδές κοκκίωμα. Η συγκεκριμένη εξεργασία ενδέχεται να προκλήθηκε, είτε από τον προηγούμενο χειρουργικό τραυματισμό της περιοχής, είτε πιθανότερα από το χρόνιο ερεθισμό των εξερχόμενων τεμαχίων συνθετικού υλικού. Μετά την αφαίρεση του μοσχεύματος δεν έχει παρατηρηθεί υποτροπή.

14. ΠΛΑΓΙΑ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΚΥΣΤΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παπαδημόπουλος Δ, Μελακόπουλος Ι

Εισαγωγή: Οι πλάγιες περιοδοντικές κύστεις είναι σπάνιες οντότητες, κατατάσσονται στις αναπτυξιακές οδοντογενείς κύστεις και εντοπίζονται ενδοστικά στην πλάγια περιοχή της ρίζας ζωντανού δοντιού. Η συνηθέστερη θέση εντόπισής τους είναι η περιοχή των προγομφίων της κάτω γνάθου και ακολουθεί η περιοχή του κυνόδοντα και των τομέων. Το μέγεθός τους σπάνια ξεπερνά το 1cm και είναι γενικά

ασυμπτωματικές. Εμφανίζονται συχνότερα κατά την πέμπτη ή έκτη δεκαετία της ζωής, με μικρή προτίμηση στο ανδρικό φύλο. Υπεύθυνα για τη δημιουργία τους αναφέρονται το λεπτυνθέν επιθήλιο της αδαμαντίνης, τα επιθηλιακά υπολείμματα της οδοντικής ταινίας και τα επιθηλιακά υπολείμματα του Malassez.

Περιγραφή περίπτωσης: Γυναίκα, ηλικίας 44 ετών, προσήλθε στο οδοντιατρείο για ετή-

σιο οδοντοστοματολογικό έλεγχο. Κατά τη διάρκεια του ελέγχου βρέθηκε ασυμπτωματική ελαφρά διόγκωση, προστομιακά στην περιοχή μεταξύ 32 και 33. Στον ακτινογραφικό έλεγχο της περιοχής παρατηρήθηκε καλά περιγεγραμμένη διαύγαση, με σαφές περιφερικό σκιερό όριο. Η φυσιολογική ζωτικότητα των 32 και 33, καθώς και η ακτινογραφική εικόνα, οδήγησαν στην πιθανή διάγνωση πλάγιας περιοδοντικής κύστης, η οποία επιβεβαιώθηκε από την ιστολογική εξέταση μετά την εκπυρήνιση της κύστης. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και ο περιοδικός έλεγχος συνεχίζεται μέχρι την πλήρη οστική αποκατάσταση.

Συζήτηση: Η διαφορική διάγνωση της βλάβης γίνεται κύρια από την οδοντογενή κερατι-

νοκύστη, την πλάγια περιρριζική κύστη (φλεγμονώδης) και τους οδοντογενείς όγκους στα αρχικά τους στάδια. Η πρόγνωση των πλάγιων περιοδοντικών κύστεων είναι καλή. Υπάρχουν όμως αναφορές στη βιβλιογραφία, ότι ενδέχεται να εξελιχθούν σε επιθετικότερες μορφές οδοντογενών κύστεων εάν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως. Αναφέρεται επίσης ότι πολυκυστική παραλλαγή της είναι η βοτρυοειδής κύστη, της οποίας η αντιμετώπιση χρήζει προσοχής λόγω των συχνών υποτροπών. Η σωστή διάγνωση συνεπάγεται ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση (εκπυρήνιση της βλάβης) και αποφυγή λανθασμένων χειρισμών, όπως ενδοδοντική θεραπεία ή εξαγωγή των παρακείμενων δοντιών.

15. ΚΕΡΑΤΙΝΟΚΥΣΤΗ ΠΟΥ ΥΠΟΔΥΕΤΑΙ ΠΛΑΓΙΑ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΚΥΣΤΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ζησιάδης Κ, Βασιλείου ΛΒ

Η κερατινοκύστη αποτελεί μία επιθετική και υποτροπιάζουσα μορφή αναπτυσσικής κύστης, η οποία προέρχεται από το αρχέγονο οδοντογενές επιθήλιο και παρουσιάζει τάση κερατινοποίησης. Συχνότερη ηλικία εμφάνισής της αποτελεί η δεύτερη και τρίτη δεκαετία και παρουσιάζεται συνηθέστερα στην περιοχή των γομφίων και του κλάδου της κάτω γνάθου. Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή περίπτωσης γυναίκας ηλικίας 62 ετών, που προσήλθε με ελαφρά διόγκωση προστομιακά, μεταξύ 43 και 44. Ακτινογραφικά, παρατηρήθηκε περιγεγραμμένη διαύγαση που παρέπεμπε σε κυστική αλλοίωση. Τα παρακείμενα δόντια ήταν υγιή. Με πιθανή διάγνωση πλάγιας περιοδοντικής κύστης, αποφασίστηκε χειρουργική αφαίρεση της βλάβης. Κατά την εκπυρήνιση της εξεργασίας, μικροσκοπικά διαπιστώθηκε περιεχόμενο με έντο-

νους χαρακτήρες κερατίνης, στοιχείο ασύμβατο με πλάγια περιοδοντική κύστη και σε βαθμό ασυνήθη για κερατινοκύστη. Το παρασκεύασμα στάλθηκε για ιστολογική εξέταση. Η μικροσκοπική εικόνα παρουσίασε λεπτό, έντονα κερατινοποιημένο επιθήλιο χωρίς επιθηλιακές καταδύσεις και συνδετικό ιστό χωρίς φλεγμονώδη διήθηση, μέσα στον οποίο σχηματίζονταν θυγατρικές κύστες. Η τελική διάγνωση ήταν οδοντογενής κερατινοκύστη. Επομένως, κρίθηκε αναγκαία η ένταξη της ασθενούς σε πρόγραμμα τακτικής παρακολούθησης, προκειμένου να διαπιστωθεί έγκαιρα μία πιθανή υποτροπή. Συμπερασματικά, εκτός από το κλινικό ενδιαφέρον της διαφορικής διάγνωσης που παρουσιάζεται στη συγκεκριμένη περίπτωση, τονίζεται η αξία της ιστολογικής εξέτασης και ο αντίκτυπός της στη μετεγχειρητική παρακολούθηση του ασθενή.

16. ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

Παπασωτηρίου Α

Η κατευθυνόμενη ιστική αναγέννηση (ΚΙΑ) είναι μία τεχνική που στόχο έχει την αναγέννηση των χαμένων περιοδοντικών ιστών. Με τη χρήση μεμβρανών ή άλλων υλικών, γίνεται η επιλεκτική μετανάστευση των κυττάρων που θα καταλάβουν το χώρο της περιοδοντικής βλάβης κατά την κρίσιμη φάση της επούλωσης, με αποτέλεσμα την παραγωγή οστεΐνης, περιριζίου και οστίτη ιστού. Στόχος της εργασίας είναι η παρουσίαση διαφόρων μεμβρανών και άλλων σύγχρονων αναγεννητικών υλικών, σε συνδυασμό με την επιστημονική τεκμηρίωση όπως προκύπτει από τα τελευταία δεδομένα της βιβλιογραφίας. Με την παρουσίαση διαφόρων περιπτώσεων θα γίνει η ανάλυση των κλινικών και χειρουργικών βημάτων που είναι απαραίτητα για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας με την κατευθυνόμενη ιστική αναγέννηση. Σε περιοδοντικά περιστατικά η ΚΙΑ βρίσκει κύριες ενδείξεις στη

θεραπεία μεσορριζικών βλαβών II κατηγορίας, βαθειών και στενών ενδοστικών θυλάκων 3 ή 2 τοιχωμάτων, στην κάλυψη υφιζήσεων, καθώς και στην αναγέννηση μαλακών ιστών. Η ΚΙΑ αποτελεί ένα σημαντικό βοήθημα και στην εμφυτευματολογία. Ενδείκνυται στην αύξηση του πλάτους ή τους ύψους της ακρολοφίας πριν από την τοποθέτηση του εμφυτεύματος, στην αναγέννηση οστού γύρω από ένα εμφύτευμα που κατά την τοποθέτηση δεν περιβάλλεται πλήρως από το οστό της γνάθου, ή ακόμα και στα πλαίσια της θεραπείας της περιεμφυτευματίτιδας. Ένα εξ ίσου σημαντικό κλειδί της επιτυχίας είναι η αυστηρή επιλογή των περιπτώσεων και η γνώση των αντενδείξεων της ΚΙΑ, που μπορεί να είναι είτε ανατομικοί παράγοντες (σχήμα της βλάβης, κλινικές συνθήκες κλπ), είτε το βαρύ κάπνισμα ή άλλα προβλήματα της γενικότερης υγείας.

17. ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ. ΠΟΛΥΤΕΛΕΙΑ Ή ΑΝΑΓΚΗ;

Χούπης Κ, Χριστόπουλος Π

Η χρήση των εμφυτευμάτων στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη αυξάνεται συνεχώς τα τελευταία χρόνια. Σ' αυτό έχει συμβάλει η απόδειξη, μέσω πολλών εμπειριστατωμένων μελετών, της εξαιρετικά καλής πρόγνωσής τους, ακόμα και συγκρινόμενα με τη συμβατική προσθετική. Θετική επίσης επίδραση στη διάδοσή τους έχει παίξει η δυνατότητα άριστης αισθητικής και λειτουργικής αποκατάστασης και η εξεύρεση λύσεων εκεί που η συμβατική προθετική δυσκολεύεται. Αρνητικά στη διάδοσή τους επιδρούν η εξειδικευμένη εκπαίδευση για τη χρήση τους, ο φόβος της απαραίτητης χειρουργικής επέμβασης και το αυξημένο κατά πολλούς κόστος. Σκοπός της εργασίας είναι, μέσα από απλές κλινικές περιπτώσεις, να δείξει ότι η χρήση των εμφυτευ-

μάτων στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται πια σαν πολυτέλεια αλλά σαν μία απλή προσιτή επιλογή, αφού: 1) η σωστή τοποθέτηση από ειδικευμένο ιατρό μειώνει τις πιθανότητες επιπλοκών και κυρίως διευκολύνει το γενικό οδοντίατρο στην προσθετική αποκατάσταση, 2) η χειρουργική επέμβαση έχει μικρή επιβάρυνση για τον ασθενή, εφόσον διενεργείται από ειδικευμένο ιατρό, 3) το κόστος μπορεί να είναι σαφώς περιορισμένο, εφόσον γίνει σωστός και λογικός προγραμματισμός και αποφευχθούν περιττές «εξωτικές» λύσεις και 4) σε πολλές περιπτώσεις αποτελούν τη θεραπεία επιλογής, αφού μόνο με αυτή μπορούν να ικανοποιηθούν οι απαιτήσεις του ενημερωμένου ασθενή, τόσο λειτουργικά όσο και αισθητικά.

18. ΑΜΕΣΗ ΦΟΡΤΙΣΗ ΜΟΝΗΡΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

Λαυρεντιάδης Γ, Τσίρλης Α, Τσουκαλάς Δ

Η απορρόφηση της φατνιακής ακρολοφίας μετά από απώλεια ενός δοντιού ευθύνεται κυρίως για τη συρρίκνωση των μαλακών ιστών. Η άμεση τοποθέτηση ενός μονήρους εμφυτεύματος σύμφωνα με το πρωτόκολλο της διαφασικής επούλωσης, έχει σαν αποτέλεσμα τη συρρίκνωση των μεσοδόντιων θηλών και γενικότερα τη διαφοροποίηση των ούλων. Η μονοφασική άμεση τοποθέτηση ενός μονήρους εμφυτεύματος, μετά από απώλεια ενός δοντιού, με τη σύγχρονη τοποθέτηση προσωρινής διαβλεπνογόνιας επιεμφυτευματικής πρόσθεσης, υποστηρίζει τους περιεμφυτευματικούς ιστούς και λύνει τα προβλήματα που προαναφέρθηκαν. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η κλινική και ακτινογραφική εκτίμηση των αισθητικών αποτελεσμάτων σε άμεσα μονήρη εμφυτεύματα με άμεση παθητική φόρτιση, με τη χρήση διαφασικού συστήματος εμφύτευσης. Σε έξι ενήλικες, μετά από κατάλληλο προεγχειρητικό έλεγχο τοποθετήθηκαν ισάριθμα ριζομορφα μονήρη εμφυτεύματα στην περιοχή των προσθίων της άνω γνάθου. Κατά την εγχειρητική διαδικασία γινόταν προστομιακά τραπεζοειδής κρημνός, με τις κάθετες απελευθερωτικές τομές να είναι περιφερικά των μεσοδόντιων θηλών μεταξύ του ελλείποντος δοντιού και των παρακειμένων, ενώ συγχρόνως γινόταν ελαφρά αποκόλληση του υπερώιου βλεπνογόνου. Η παραπάνω διαδικασία θεωρήθηκε απαραίτητη για τη σωστή διάνοιξη του φρεατίου και την αποφυγή δημιουργίας οστικών παραθύρων. Η θέση του εμφυτεύματος στο χώρο ήταν τέτοια, ώστε η επιεμφυτευματική προσθετική αποκατάσταση να είναι αισθητικά και εμβιομηχανικά αποδεκτή. Το μήκος και το εύρος του εμφυτεύματος ήταν κατάλληλα,

ώστε να υπάρχει αρχική σταθερότητα. Μετά τη συρραφή του τραύματος γινόταν η αποτύπωση του εμφυτεύματος χρησιμοποιώντας ανοικτό δισκάριο. Η προσωρινή επιεμφυτευματική πρόσθεση ήταν κοχλιωτή, τοποθετούνταν εντός 12 ωρών από την τοποθέτηση του εμφυτεύματος και ήταν εκτός λειτουργικής φόρτισης. Μετεγχειρητικά στους ασθενείς δίνονταν κατάλληλες οδηγίες και ανάλογη φαρμακευτική αγωγή, ενώ τα ράμματα αφαιρούνταν την όγδοη μετεγχειρητική ημέρα. Η παρακολούθηση της προσωρινής επιεμφυτευματικής πρόσθεσης γινόταν σε τακτά χρονικά διαστήματα, ενώ η τοποθέτηση της μόνιμης πρόσθεσης γινόταν μετά από τέσσερις περίπου μήνες. Στο διάστημα της δωδεκάμηνης κλινικής και ακτινογραφικής παρακολούθησης, σε όλα τα εμφυτεύματα διαπιστώθηκε σταθερότητα, απουσία αιμορραγίας στην περιεμφυτευματική σχισμή κατά την ανίχνευση και διατήρηση της μορφολογίας των περιεμφυτευματικών ιστών. Στην ίδια χρονική περίοδο, στα 5 από τα 6 εμφυτεύματα δεν παρατηρήθηκε ακτινοδιαγαστική περιοχή γύρω από το εμφύτευμα, ενώ στο έκτο παρατηρήθηκε μικρή ακτινοδιαγαστική περιοχή κατά μήκος του. Συμπερασματικά, η εγχειρητική διαδικασία που περιγράφηκε είναι σχετικά atraυματική και απλοποιεί το θεραπευτικό σχήμα συνολικά. Προλαμβάνεται η κατάρρευση των σκληρών και μαλακών ιστών της περιοχής και διατηρούνται οι μεσοδόντιες θηλές. Στις 5 από τις 6 περιπτώσεις, σε ακτινογραφική παρατήρηση δεν διαπιστώθηκε πρόβλημα στην οστεοενσωμάτωση. Ο αριθμός των περιπτώσεων είναι μικρός, καθώς και ο χρόνος παρατήρησης. Η μελέτη συνεχίζεται.

19. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΓΝΑΘΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΑΓΩΓΗ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΗΡΩΝ

Μάκος Χ

Από το Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς

Το κάταγμα είναι μία σπάνια αλλά πολύ δυσάρεστη επιπλοκή, η οποία μπορεί να συνοδεύει τις εξαγωγές των σωφρονιστήρων, συνήθως στην κάτω γνάθο και πολύ πιο σπάνια στην άνω. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση περιπτώσεων καταγμάτων της κάτω και της άνω γνάθου κατά τη διάρκεια εξαγωγών σωφρονιστήρων στο ιατρείο και η συζήτηση των τρόπων πρόληψης και αντιμετώπισης αυτής της επιπλοκής. Τα αποτελέσματα της εργασίας συνηγορούν στο ότι το κάταγμα κατά τη διάρκεια της εξαγωγής των σωφρονιστήρων είναι γνήσια ιατρογενές και οφείλεται στην εφαρμογή ισχυρών εκμοχλευτικών δυνάμεων, στη μη αφαίρεση επαρκούς οστικής ουσίας, ή αντίθετα σε υπέρμετρη αφαίρεση οστικής ουσίας επί εγκλειστών σωφρονιστήρων, καθώς και στη χρήση ακατάλληλων εργαλείων για την ανάλογη χειρουργική πράξη και το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Το κάταγμα όμως μπορεί να συμβεί και κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες κατά τη διάρκεια της επούλωσης του μετεξακτικού τραύματος, με την

εφαρμογή ισχυρών δυνάμεων στην ήδη εξασθενημένη περιοχή εξ αιτίας ισχυρής μάσησης, πτώσης, τροχαίου ή αθλητικού ατυχήματος ή ακόμα εμπλοκής του ατόμου σε φιλονικίες, οπότε μπορεί να δανειστεί το χαρακτηρισμό του ιατρογενούς, εφόσον ο ασθενής δεν έχει ενημερωθεί υπεύθυνα γι' αυτή την πιθανότητα και τους τρόπους πρόληψης. Η συνύπαρξη καταστάσεων οι οποίες επιφέρουν μείωση της οστικής μάζας και ελάττωση της μηχανικής αντοχής των γνάθων, όπως οι οστεολυτικές διεργασίες λόγω χρόνιας οδοντοφατνιακής λοίμωξης, η συνύπαρξη κυστικών σχηματισμών, η οστική αραιώση σε συστηματικές νόσους των οστών και η ατροφία των γνάθων σε ηλικιωμένα άτομα, θα πρέπει να συνηγορούν. Συμπερασματικά, τα κατάγματα των γνάθων σε εξαγωγές σωφρονιστήρων είναι σπάνια στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη, αλλά αποτελούν σοβαρή, θορυβώδη και χρονοβόρα επιπλοκή, με πιθανές νομικές προεκτάσεις από ανάλογα παραδείγματα στη διεθνή βιβλιογραφία.

20. ΤΟ ΔΙΛΗΜΜΑ ΤΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ Ή ΜΗ ΤΩΝ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ

Γιαμαρέλος Γ, Μουτζούρη Α, Μπουλούχου Ο, Τσαμαλή Ι, Παρασκευόβα Α, Παπαδημητρίου Κ

Από το Γναθοχειρουργικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Αθήνας «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ».

Διευθυντής: Γ. Γιαμαρέλος

Η χειρουργική αφαίρεση των εγκλειστών ή η παραμονή τους, όταν δεν έχουν προκαλέσει κανένα ενόχλημα, είναι ένα θέμα που απασχολεί την οδοντιατρική επιστήμη επί αρκετές δεκαετίες. Καθημερινά σχεδόν, ο γενικός οδοντίατρος καλείται να δώσει απάντηση σε πολλά ερωτήματα που έχουν σχέση με την τυχαία (ακτινογραφική) πολλές φορές ανακάλυψη των εγκλειστών μονίμων δοντιών, που μέχρι τότε ο ασθενής αγνοούσε την ύπαρξή τους, αφού ήταν τελείως ασυμπτωματικά. Υπάρχουν οι ένθερ-

μοι υποστηρικτές της χειρουργικής αφαίρεσης των εγκλειστών σε νεαρή ηλικία, διότι ισχυρίζονται ότι προφυλάσσουν το άτομο από ένα σημαντικό αριθμό προβλημάτων που μπορεί να δημιουργήσουν (περιστεφανίτιδες, κύστεις, τερηδόνες σε παρακείμενα, κ.ά.), ενώ επίσης υπάρχουν και οι ένθερμοι υποστηρικτές της παραμονής των εγκλειστών εφόσον είναι ασυμπτωματικοί (ζυγίζοντας τα οφέλη που θα προκύψουν μετά την αφαίρεσή τους, σε σχέση με τις ζημιές που μπορεί να προκαλέσει μία τέτοια

χειρουργική πράξη). Μεταξύ αυτών των διασταμένων απόψεων υπάρχει ο χώρος όπου βρίσκεται τη θέση της η ευρύτατα αποδεκτή άποψη της χειρουργικής αφαίρεσης ενός εγκλείστου, ή της αποφυγής της αφαίρεσης του, ή ακόμη και της αξιοποίησής του στον οδοντικό φραγμό.

Σκοπός της εργασίας είναι να δώσει τις σύγχρονες απόψεις για τις ενδείξεις και αντενδείξεις της χειρουργικής αφαίρεσης των εγκλείστων, μέσα από επιλεγμένες περιπτώσεις ασθενών της Γναθοχειρουργικής Κλινικής του Ιπποκρατείου Γενικού Νοσοκομείου Αθήνας.

21. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΤΩΝ ΤΡΙΤΩΝ ΓΟΜΦΙΩΝ

Δενδρινός Χ, Παπαδημητρίου Κ, Γαβριήλ Σ, Σκιαδά Κ, Μαννέτας Μ, Γιαμαρέλος Γ

Από το Γναθοχειρουργικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Αθήνας «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ».

Διευθυντής: Γ. Γιαμαρέλος

Οι τρίτοι γομφίοι είναι τα πιο συχνά έγκλειστα δόντια, που η αφαίρεσή τους, για διάφορους λόγους, είναι πολλές φορές επιβεβλημένη. Όμως η αφαίρεση των εγκλείστων αυτών δεν είναι πάντα εύκολη, αλλά υπάρχει ποικίλου βαθμού δυσκολία στη χειρουργική τους αντιμετώπιση. Είναι σημαντικό για τον οδοντίατρο να μπορεί να εκτιμήσει προεγχειρητικά το βαθμό της εγχειρητικής δυσκολίας, προκειμένου να αποφασίσει ποιον μπορεί να αφαιρέσει ο ίδιος και ποιον θα παραπέμψει στον ειδικό γναθοχειρουργό. Η προεγχειρητική εκτίμηση του βαθμού εγχειρητικής δυσκολίας θα γίνει με βάση τον κλινικό και κυρίως τον ακτινογραφικό έλεγχο του ασθενή. Ο κλινικός έλεγχος περιλαμβάνει την εκτίμηση των τοπικών συνθηκών στο στόμα, καθώς και της γενικής κατάστασης του ασθενή (ύπαρξη σοβαρών προβλημάτων υγείας). Η κύρια όμως προεγχειρητική εκτίμηση του βαθμού εγχειρητικής δυσκολίας θα γίνει από τον ακτινογραφικό

έλεγχο της θέσης του εγκλείστου τρίτου γομφίου. Οι έγκλειστοι τρίτοι κάτω γομφίοι ταξινομούνται: α) ανάλογα με τη γωνίωσή τους σε σχέση προς τον κατακόρυφο άξονα: εγγύς γωνιώδεις, οριζόντιοι, κάθετοι, άπω γωνιώδεις, β) ανάλογα με τη σχέση τους προς το πρόσθιο χείλος του κλάδου (βαθμό κάλυψης): τάξεις I, II, III κατά Pell και Gregory και γ) ανάλογα με τη σχέση τους προς το μασητικό επίπεδο: τύποι A, B, C, κατά Pell και Gregory. Οι έγκλειστοι άνω τρίτοι γομφίοι ταξινομούνται κατά τον ίδιο τρόπο με τους κάτω: α) ανάλογα με τη γωνίωσή τους σε σχέση προς τον κατακόρυφο άξονα, και β) ανάλογα με τη σχέση τους προς το μασητικό επίπεδο. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανάδειξη με βάση τα προαναφερθέντα του βαθμού δυσκολίας χειρουργικής αφαίρεσης ενός εγκλείστου, μέσα από επιλεγμένες περιπτώσεις του Γναθοχειρουργικού Τμήματος του Ιπποκρατείου Γενικού Νοσοκομείου Αθήνας.

22. ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ ΣΤΟΜΑΤΟΚΟΛΠΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΛΙΠΩΔΗ ΣΦΑΙΡΑ ΤΗΣ ΠΑΡΕΙΑΣ

Παπαδογεωργάκης Ν, Μουρελάτος Φ, Νικολάου Ζ, Πετσίνης Β

Στοματοκολπική επικοινωνία είναι η επικοινωνία που δημιουργείται μεταξύ της στοματικής κοιλότητας και του ιγμόρειου άντρου. Τα αίτια που μπορεί να προκαλέσουν μία στοματοκολπική επικοινωνία ποικίλλουν και μπορεί να προέλθουν από μία απλή εξαγωγή ενός οπισθί-

ου δοντιού της άνω γνάθου, μέχρι την αφαίρεση ενός καλοήθους ή κακοήθους όγκου της άνω γνάθου. Ανάλογα με το αίτιο, μπορεί να προκύψουν μικρές ή μεγάλες στοματοκολπικές επικοινωνίες. Η δημιουργία και η παραμονή μιας στοματοκολπικής επικοινωνίας απαιτεί την άμε-

ση ή απώτερη αποκατάστασή της. Για τη σύγκλιση της στοματοκολπικής επικοινωνίας έχουν χρησιμοποιηθεί ο παρεϊακός, ο υπερώιος κρημνός ή συνδυασμός των δύο. Για τη σύγκλιση μεγάλων στοματοκολπικών επικοινωνιών μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο μυοκροταφικός κρημνός ή ακόμα και άλλοι κρημνοί με μικροαγγειακές αναστομώσεις. Τα τελευταία χρόνια για το κλείσιμο μιας στοματοκολπικής επικοινωνίας έχει

χρησιμοποιηθεί και η λιπώδης σφαίρα της παρεϊάς με άριστα αποτελέσματα. Η παρουσίαση των αιτιών που μπορεί να προκαλέσουν τη στοματοκολπική επικοινωνία, καθώς και των τρόπων αποφυγής της, αποτελούν το σκοπό αυτής της εργασίας. Θα περιγραφούν περιπτώσεις σύγκλισης στοματοκολπικής επικοινωνίας με τη λιπώδη σφαίρα της παρεϊάς, καθώς και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά της.

22α. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΤΡΙΤΩΝ ΓΟΜΦΙΩΝ. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

Χριστόπουλος Π, Χούπης Κ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των εγκλείστων ή ημιεγκλείστων δοντιών μπορεί να είναι είτε η προσπάθεια ένταξής τους στον οδοντικό φραγμό, όταν αυτό είναι αναγκαίο και δυνατό, ή η χειρουργική εξαγωγή τους. Στην περίπτωση των εγκλείστων τρίτων γομφίων η χειρουργική εξαγωγή προβάλλει ως η ενδεδειγμένη λύση στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων. Απόλυτες ενδείξεις εξαγωγής αποτελούν όλοι οι ημιέγκλειστοι και οι συμπτωματικοί ή δυνητικά συμπτωματικοί έγκλειστοι. Επίσης και οι ασυμπτωματικοί έγκλειστοι πρέπει να αφαιρούνται, εκτός από τις περιπτώσεις όπου είτε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος τραυματισμού ευγενών ανατομικών μορίων κατά την εξαγωγή, είτε η γενική υγεία του ασθενούς είναι κακή. Μετά την απόφαση όμως για χειρουργική εξαγωγή των εγκλείστων τρίτων γομφίων, τα ερωτήματα τα οποία προκύπτουν είναι αρκετά. Σε ποια ηλικία είναι προτιμότερο να γίνονται οι εξαγωγές; Πρέπει τα έγκλειστα δόντια να εξαγονται ένα-ένα, ή όλα μαζί; Είναι μία χρονοβόρος και επώδυνη διαδικασία; Χρειάζεται και σε ποιες περιπτώσεις η χρήση γενικής αναισθησίας; Η παρούσα εργασία ασχολείται με τη διερεύνηση των ερωτημάτων αυτών, με βάση την ελληνική και διεθνή πρακτική, αλλά και την προσωπική εμπειρία των συγγραφέων και καταλήγει στα παρακάτω συμπεράσματα. Ιδανική ηλικία για τη χειρουργική εξαγωγή των εγκλείστων τρίτων γομφίων αποτελεί η εφηβική, δηλαδή ασθενείς από 14 έως 18 ετών, όπου η διάπλαση της ρίζας δεν έχει ολοκληρωθεί και ο οργανισμός βρίσκεται ακόμη στην αυξητική του περίοδο. Σήμερα, με τις δυνατότητες που έχει ο ειδικευμένος γναθοχειρουργός, η χειρουργική εξαγωγή και των τεσσάρων εγκλείστων τρίτων γομφίων σε μία συνεδρία αποτελεί μία σχετικά απλή, ανώδυνη διαδικασία, ενώ η χρήση της γενικής αναισθησίας περιορίζεται σε ευαίσθητους ή φοβικούς ασθενείς.

κλειστα δόντια να εξαγονται ένα-ένα, ή όλα μαζί; Είναι μία χρονοβόρος και επώδυνη διαδικασία; Χρειάζεται και σε ποιες περιπτώσεις η χρήση γενικής αναισθησίας; Η παρούσα εργασία ασχολείται με τη διερεύνηση των ερωτημάτων αυτών, με βάση την ελληνική και διεθνή πρακτική, αλλά και την προσωπική εμπειρία των συγγραφέων και καταλήγει στα παρακάτω συμπεράσματα. Ιδανική ηλικία για τη χειρουργική εξαγωγή των εγκλείστων τρίτων γομφίων αποτελεί η εφηβική, δηλαδή ασθενείς από 14 έως 18 ετών, όπου η διάπλαση της ρίζας δεν έχει ολοκληρωθεί και ο οργανισμός βρίσκεται ακόμη στην αυξητική του περίοδο. Σήμερα, με τις δυνατότητες που έχει ο ειδικευμένος γναθοχειρουργός, η χειρουργική εξαγωγή και των τεσσάρων εγκλείστων τρίτων γομφίων σε μία συνεδρία αποτελεί μία σχετικά απλή, ανώδυνη διαδικασία, ενώ η χρήση της γενικής αναισθησίας περιορίζεται σε ευαίσθητους ή φοβικούς ασθενείς.

23. ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Στεφανόπουλος Π, Τριανταφυλλίδου Α, Κομματά Α

Από την Πανεπιστημιακή Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Νοσοκομείου «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» Θεσσαλονίκης

Η πενικιλίνη και τα παράγωγά της αποτελούν παραδοσιακά τη βάση αναφοράς για την πρόληψη και την αντιμικροβιακή θεραπεία των

περισσότερων λοιμώξεων οδοντογενούς αιτιολογίας, χάρη στη δραστηκότητά τους κατά των παθογόνων μικροοργανισμών της στοματικής

κοιλότητας και τη σχετική ασφάλεια που παρέχει η χρήση τους. Τα αντιβιοτικά αυτά εμφανίζουν βακτηριοκτόνο δράση, η οποία εξαρτάται φαρμακοδυναμικά από το χρόνο έκθεσης των ευαίσθητων μικροοργανισμών στον αντιμικροβιακό παράγοντα στην περιοχή της λοίμωξης. Τα τελευταία χρόνια για την αντιμετώπιση σοβαρότερων οδοντογενών λοιμώξεων συνιστάται ως αντιβιοτικό πρώτης επιλογής η κλινδαμυκίνη, κυρίως λόγω της αποτελεσματικότητάς της κατά των αναερόβιων βακτηρίων που εμφανίζουν αντοχή στις πενικιλίνες. Η κλινδαμυκίνη εμφανίζει παρόμοιο φαρμακοδυ-

ναμικό προφίλ με τις πενικιλίνες, όμως η αντιμικροβιακή της δράση είναι κατά τεκμήριο βακτηριοστατική. Οι συνδυασμοί πενικιλινών ευρέως φάσματος με αναστολείς της β-λακταμάσης είναι εξίσου αποτελεσματικοί ως αντιαναεροβιακοί παράγοντες, ενώ υπερέχουν έναντι της κλινδαμυκίνης κατά των στρεπτοκόκκων του στόματος. Οι νεότερες μακρολίδες, όπως η αζιθρομυκίνη, εμφανίζουν αξιόλογη δραστηριότητα κατά των αναερόβιων βακτηρίων του στόματος και αποτελούν χρήσιμες εναλλακτικές λύσεις για τους ασθενείς με υπερευαίσθησία στην πενικιλίνη.

24.

ΑΠΟΤΕΛΕΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΝ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΜΕΣΟ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ;

Μελακόπουλος Ι, Καραμπίνος Η

Εισαγωγή: Ο αριθμός ασθενών με ιστορικό ισχαιμικής καρδιοπάθειας που προσέρχονται στο οδοντιατρείο αυξάνεται τα τελευταία χρόνια, ως συνέπεια του αυξημένου επιπολασμού της στεφανιαίας νόσου στο γενικό πληθυσμό. Τα τελευταία χρόνια υπάρχουν αντικρουόμενες αναφορές στη βιβλιογραφία, που συσχετίζουν τις χρόνιες φλεγμονές της στοματικής κοιλότητας σε στεφανιαίους ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο νέου μείζονος καρδιαγγειακού συμβάματος (έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, θάνατος). Επιπρόσθετα, έχει τεθεί η υπόθεση ότι η επιθετική αντιμετώπιση των φλεγμονών της στοματικής κοιλότητας μπορεί να συμβάλλει στη δευτερογενή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Το θέμα παραμένει ανοικτό, χωρίς να υπάρχει σαφής οδηγία από καρδιολογικές ή οδοντιατρικές επιστημονικές εταιρείες.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η ανασκόπηση των εργασιών και απόψεων της βιβλιογραφίας πάνω στο θέμα αυτό (Μάρτιος 2003) και η προσπάθεια εξαγωγής συμπεράσματος για τη βοήθεια του κλινικού ιατρού.

Συζήτηση: Στη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλές επιδημιολογικές μελέτες συσχέτισης των χρόνιων φλεγμονών με τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά συμβάματα στο γενικό πληθυσμό, λίγες όμως σε στεφανιαίους ασθενείς. Παρά τις διαφορές των μελετών αυτών και τις όποιες αντιρρήσεις στη μεθοδολογία τους, δεν διαπιστώθηκε ελάττωση του κινδύνου για νέο μείζον καρδιαγγειακό σύμβαμα με την εφαρμογή ακόμα και επιθετικής θεραπείας (εξαγωγές δοντιών) των χρόνιων φλεγμονών της στοματικής κοιλότητας στους ασθενείς αυτούς. Επιπρόσθετα, είναι σαφές ότι ασθενείς με λιγότερα δόντια μπορεί να αλλάξουν τις διατροφικές τους συνήθειες με αρνητικές συνέπειες για τη γενική τους υγεία.

Συμπεράσματα: Η τρέχουσα άποψη που στοιχειοθετείται από τα βιβλιογραφικά δεδομένα, δεν συνηγορεί στην ιδιαίτερη αντιμετώπιση των χρόνιων φλεγμονών της στοματικής κοιλότητας των στεφανιαίων ασθενών ως μέσο δευτερογενούς πρόληψης. Οι οδοντίατροι θα πρέπει να συνεχίζουν να θεραπεύουν την περιοδοντική νόσο, καθώς και κάθε άλλη χρόνια φλεγμονή σε στεφανιαίους ασθενείς, όπως και στο γενικό πληθυσμό.

25. ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ. ΠΑΡΑΓΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ;

Καραμπίνος Η, Μελακόπουλος Ι

Εισαγωγή: Είναι γνωστό ότι η φλεγμονή αποτελεί σημαντική παράμετρο της στεφανιαίας αθηροσκλήρυνσης. Σήμερα η στεφανιαία νόσος θεωρείται ως μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος. Σε πολλές μελέτες εξετάστηκε ο ρόλος κάποιων χρόνιων μικροβιακών λοιμώξεων, τόσο επί της εξέλιξης όσο και επί της ρήξης της αθηρωματικής πλάκας. Με βάση αυτό το θεωρητικό υπόβαθρο έγιναν πολλές επιδημιολογικές μελέτες συσχέτισης της περιοδοντικής νόσου με την ύπαρξη και την έκταση της στεφανιαίας νόσου, στις οποίες όμως τα αποτελέσματα ήταν αντικρουόμενα.

Σκοπός της εργασίας είναι να εκτιμηθεί μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας κατά πόσο η περιοδοντική νόσος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για στεφανιαία νόσο.

Συζήτηση: Η περιοδοντική νόσος, ως μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος, μπορεί να προάγει τη στεφανιαία αθηροσκλήρυνση και θρόμβωση με διάφορους μηχανισμούς, όπως αύξηση των κυκλοφορούντων φλεγμονωδών κυτοκινών (IL-6, TNF-α, κ.ά.), αύξηση του ινωδογόνου, αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων, αύξηση της έκφρασης του παράγοντα Von Willerbrand και της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας. Επίσης, παθογόνα μικροβιακά αίτια που απαντώνται στην περιοδοντική νόσο, όπως ο *Str. Sanguis* και τα χλα-

μύδια της πνευμονίας, εμπλέκονται άμεσα στην πρόοδο της στεφανιαίας νόσου. Με βάση τα παραπάνω, πολλές επιδημιολογικές μελέτες αναζήτησαν τη συσχέτιση της περιοδοντικής νόσου και της ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Στις σημαντικότερες από αυτές και σε πάνω από 77.000 άτομα που παρακολούθηθηκαν για περίοδο από 6 έως 23 χρόνια, προοπτικά τα αποτελέσματα υπήρξαν αντικρουόμενα. Αυτό πιθανότατα οφείλεται στο διαφορετικό σχεδιασμό αυτών των μελετών, στα διαφορετικά χαρακτηριστικά των εξετασθέντων πληθυσμών και στα διαφορετικά καταληκτικά σημεία τους (endpoints). Ακόμα και στις μελέτες όπου διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση της ύπαρξης της περιοδοντικής νόσου με τον κίνδυνο για ισχαιμική καρδιοπάθεια, η πολυπαραγοντική ανάλυση δεν ανέδειξε την περιοδοντική νόσο ως ανεξάρτητη μεταβλητή.

Συμπεράσματα: Παρά τον αρχικό ενθουσιασμό, ότι η διάγνωση περιοδοντικής νόσου και η αντιμετώπισή της θα μπορούσε να συμβάλει στην πρωτογενή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου, τα βιβλιογραφικά δεδομένα δεν φαίνεται τελικά να υποστηρίζουν αυτή τη θεώρηση κατά τρόπο ξεκάθαρο και ανεξάρτητο από άλλες κοινές μεταβλητές.

26. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ, ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΟ ΟΞΥΓΟΝΟ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ανδρειωτέλλη Μ, Βασιλείου ΛΒ, Παραρά Ε, Ζαχαριάδης Β, Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε

Η οστεομυελίτιδα αποτελεί φλεγμονή του μυελού των οστών, η οποία μπορεί να παρατηρηθεί και στις γνάθους. Εντοπίζεται συνηθέστερα στην κάτω γνάθο και εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες απ' ό,τι στους άντρες. Στη χρόνια πυώδη μορφή κλινικά παρατηρείται πόνος, δημιουργία συριγγίου, παραισθησία ή αναισθησία του κάτω χείλους όταν εντοπίζεται στην κάτω γνάθο, καθώς και επώδυνη διόγκωση των επι-

χώριων λεμφαδένων, ενώ χαρακτηριστική είναι η ακτινογραφική εικόνα του «σκοροφαγωμένου» οστού, λόγω της δημιουργίας οστικών απολυμάτων. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η περιγραφή περίπτωσης οστεομυελίτιδας άρρενος ασθενούς, ηλικίας 40 ετών. Ο ασθενής, που προσήλθε με υπολειπόμενες οδοντικές ρίζες του 38, ανέφερε υπαισθησία του κάτω χείλους αριστερά και εργώδη προσπάθεια εξαγωγής του

38 ένα μήνα πρωύτερα. Ο ακτινογραφικός έλεγχος αποκάλυψε απολυματοποίηση του οστού της κάτω γνάθου στην περιοχή. Υπό αντιβιοτική αγωγή, ο ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική εξαγωγή των ριζών και καθαρισμό του οστού από τα απολύματα. Η μη συμμόρφωση του ασθενούς σε μετεγχειρητικές οδηγίες που αφορούσαν σε προσεκτική κινητοποίηση και φαρμακευτική αγωγή, είχε σαν αποτέλεσμα την επανέλευσή του 20 ημέρες μετεγχειρητικά, με εικόνα παθολογικού κατάγματος της γωνίας της κάτω γνάθου αριστερά και δημιουργία εξωστοματικού αποστήματος. Ο ασθενής παραπέμφθηκε για συνεδρίες με υπερβαρικό οξυγόνο, στις οποίες υποβλήθηκε για τρεις μήνες, ενώ πα-

ράλληλα έγινε και χειρουργικός καθαρισμός της περιοχής εξωστοματικά. Εννέα περίπου μήνες μετά την πρώτη επέμβαση η οστική αναδιαμόρφωση της περιοχής ήταν ικανοποιητικού βαθμού, ενώ ο ασθενής δεν παρουσίασε καμία υποτροπή. Συμπερασματικά, στη θεραπευτική αντιμετώπιση της χρόνιας οστεομυελίτιδας των γνάθων, παράλληλα με τη χειρουργική απομάκρυνση των οστικών απολυμάτων και τη χορήγηση των κατάλληλων χημειοθεραπευτικών, ιδιαίτερα χρήσιμη κρίνεται και η συνδυασμένη χρήση του υπερβαρικού οξυγόνου, καθώς επιτυγχάνει την καλύτερη οξυγόνωση, επαναγγείωση και αναγέννηση του οστού, ενεργοποιώντας την οστεοβλαστική δραστηριότητα.

27. ΚΥΣΤΗ ΤΟΥ ΡΙΝΟΥΪΠΕΡΩΙΟΥ ΠΟΡΟΥ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Τσαμπού Γ, Βασιλείου ΛΒ

Η κύστη του ρινοϋπερωίου πόρου (τομικού πόρου) κατατάσσεται στις επιθηλιακές αναπτυσσικές, μη οδοντογενείς κύστεις (WHO 1992). Οφείλεται σε επιθηλιακά υπολείμματα του ρινοϋπερωίου πόρου. Παρατηρείται προτίμηση στο ανδρικό φύλο και παρουσιάζεται συχνότερα μεταξύ τέταρτης και έκτης δεκαετίας της ζωής. Συνήθως αποκαλύπτεται τυχαία, σε ακτινογραφικό έλεγχο. Το μέγεθός της κυμαίνεται περίπου από 1 μέχρι 2,5cm. Ακτινογραφικά, εμφανίζεται σαν καλά περιγεγραμμένη, στρογγυλή, ωοειδής ή καρδιόσχημη διαύγαση στη μεσότητα της άνω γνάθου. Ιστολογικά, το επενδυτικό επιθήλιο της κύστης μπορεί να εμφανίζεται πολύστιβο πλακώδες, ψευδοπολύστιβο κυλινδρικό, κροσσωτό, ή συνδυασμός τους. Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική, ακτινογραφική

και ιστολογική εικόνα της εξεργασίας και θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική αφαίρεση. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση μιας περίπτωσης άνδρα ηλικίας 30 ετών με κυστική εξεργασία στην πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου. Τα δόντια 12, 11, 21, 22 του ασθενούς ήταν ενδοδοντικά θεραπευμένα και έφεραν άξονες με προσθετικές εργασίες. Οι ενδοδοντικές θεραπείες ήταν ατελείς. Τέθηκε θέμα διαφορικής διάγνωσης μεταξύ ακρορριζικής κύστης, κύστης της μεσότητας της υπερώας και του ρινοϋπερωίου πόρου. Η σαφής ακτινογραφική εικόνα όσον αφορά στη συνέχεια της lamina dura, απέκλεισε την περίπτωση ακρορριζικής κύστης, η δε τελική διάγνωση κύστης του ρινοϋπερωίου πόρου έγινε μετά την ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος.

28. ΣΥΝΔΡΟΜΟ SECKEL: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κριθιώτης Ν, Μεσσήνη Μ, Πολλάτου Τ, Δημητρίου Α, Ρίζου Α, Γεωργιάδης Μ
Από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης

Το σύνδρομο περιγράφηκε λεπτομερώς από τον Αμερικανό παιδίατρο Seckel το 1960, αν και

από το 18ο αιώνα ο Γερμανός παθολόγος Virchow είχε αναφέρει τα χαρακτηριστικά ευρή-

ματα του συνδρόμου, σαν στοιχεία μιας ευρύτερης παθολογικής οντότητας. Είναι σχετικά σπάνιο και στις βιβλιογραφικές αναφορές αναφέρεται ευρύ φάσμα εκδηλώσεων από όλα τα συστήματα, που όμως εμφανίζονται σποραδικά στις διάφορες περιπτώσεις. Κληρονομείται με αυτόσωμο υπολειπόμενο χαρακτήρα. Το σύνδρομο Seckel χαρακτηρίζεται από αξιοσημείωτη ενδομήτρια και μεταγεννητική καθυστέρηση της ανάπτυξης, νοητική καθυστέρηση και τυπικό προσωπίο με ραμφόμορφη προπέτεια του μέσου προσώπου. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να παρουσιάσει τα ιατρικά και οδοντιατρικά ευρήματα μιας περιπτώσεως με σύνδρομο Seckel που αντιμετωπίστηκε στην Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Παιδών Πεντέλης και να περιγράψει την προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική αντιμετώπιση του ασθενή. Αφορά σε κορίτσι, ηλικίας 17 ετών, που παραπέμφθηκε για οδοντιατρική θεραπεία, ως μη συνεργάσιμος ασθενής, από ιδιώτη οδοντίατρο.

Εκτός από τα γενικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου, από τη στοματική κοιλότητα παρουσίαζε υποπλασία αδαμαντίνης, συνοστισμό δοντιών, μικρογναθία, ανωμαλία σύγκλεισης και ορθοδοντική ανωμαλία II τάξης. Ο προεγχειρητικός έλεγχος ήταν κατά φύση και χορηγήθηκε προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά ενδοφλέβια χημειοπροφύλαξη, λόγω της πιθανής μικρής μεσοκοιλιακής επικοινωνίας, όπως αναφέρεται στο ιστορικό της, η οποία όμως δεν διαπιστώθηκε με μεταγενέστερο καρδιολογικό έλεγχο. Η οδοντιατρική αποκατάσταση έγινε με γενική αναισθησία. Μετεγχειρητικά η ανάνηψη και νοσηλεία ήταν χωρίς προβλήματα. Στα άτομα που δεν συνεργάζονται και θεραπεύονται με γενική αναισθησία η πρόληψη αποτελεί κορυφαία αναγκαιότητα για τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος και της στοματικής υγείας. Η τακτική επίσκεψη στον οδοντίατρο για έγκαιρη διάγνωση της τερηδονικής προσβολής και της περιοδοντικής νόσου θα προλάβει τη βαρύτητά τους.

29. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ ΣΩΣΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Καλαμάτας Β

Η αντιμετώπιση των οδοντοφατνιακών και σκελετικών προβλημάτων με την ορθοδοντική πραγματοποιείται ευκολότερα και με περισσότερο μόνιμα αποτελέσματα, όταν εκτός των άλλων παραγόντων λαμβάνεται υπ' όψιν η χρονολογική και η οδοντική ηλικία του νεαρού ασθενή. Δεν φτάνει μόνο η εφαρμογή του κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος, αλλά αυτή πρέπει να γίνεται την κατάλληλη χρονική στιγμή. Ακολουθεί ανάλυση των πλεονεκτημάτων που παρουσιάζει μία τέτοια αντιμετώπιση, ενώ ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στα προβλήματα που προκύπτουν όταν αυτή η λογική καταστρατηγείται. Συγκεκριμένα, η τροποποίηση της αύξησης του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος είναι δυνατή μόνον όταν η έναρξη της θεραπείας γίνει πριν από αυτό που ονομάζεται «αιχμή της αύξησης». Καθυστέρηση σημαίνει ελαχιστοποίηση των δυνατοτήτων παρέμβασης με ορθοπεδικούς μηχανισμούς και, εφόσον υπάρχει έντονο σκελετικό πρόβλημα, προσφυγή στην ορθογναθική χειρουργική.

Η πολύ πρόωρη έναρξη της θεραπείας μπορεί να έχει αποτελέσματα αντίθετα από τα προσδοκώμενα. Ο νεαρός ασθενής είναι δυνατόν να κουραστεί από την πολυετή θεραπεία και να μην συνεργάζεται στη χρήση του ορθοπεδικού μηχανισμού που του εφαρμόστηκε, είτε στην τήρηση του επιπέδου στοματικής υγιεινής που είναι απαραίτητο για την επιτυχία της θεραπείας. Κάτι τέτοιο είναι πολύ πιθανό να έχει δυσμενείς επιπτώσεις τόσο στην πραγματοποίηση των στόχων της θεραπείας όσο και στην υγεία των δοντιών και των περιοδοντικών ιστών. Επίσης, μία μακροχρόνια θεραπεία μπορεί να αποδειχθεί αδικαιολόγητα ακριβή και με αποτελέσματα φτωχότερα από τα αναμενόμενα. Τέλος, γίνεται αναφορά στις λίγες εκείνες περιπτώσεις που η ορθοδοντική θεραπεία πρέπει να ξεκινήσει νωρίτερα, με σκοπό την αποφυγή δυσμενών εξελίξεων, που είναι βέβαιο ότι θα περιπλέξουν το πρόβλημα και θα κάνουν δυσκολότερη την ορθοδοντική του αντιμετώπιση στο μέλλον.

30. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΤΗΣ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗΣ

Λαζαρίδου-Τερζούδη Θ, Melsen B

Από το Τμήμα Ορθοδοντικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Άρχους Δανίας

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία αύξηση των οδοντογναθικών ανωμαλιών, οι οποίες με έγκαιρη προληπτική ή κατασταλτική προσέγγιση θα είχαν θεραπευτεί με πολύ απλά μέσα ή θα κατέληγαν σε πιο ικανοποιητικό και σταθερό αποτέλεσμα. Η παρατήρηση αυτή οδήγησε σε εξέταση παιδιών ηλικίας επτά ετών σε σχολεία της περιοχής του Άρχους Δανίας, με σκοπό να καταγραφεί η ανάγκη για προληπτική και κατασταλτική παρέμβαση στη φάση της οδοντικής και σκελετικής ανάπτυξης του παιδιού. Το συμπέρασμα είναι ότι ο κλινικός οδοντίατρος πρέπει να εντοπίσει έγκαιρα τους παράγοντες που επηρεάζουν δυσμενώς τη διαμόρφωση της σύγκλεισης και να προχωρήσει στις απαραίτητες παρεμβάσεις, οι οποίες θα έχουν σαν στόχο την απομάκρυνση των βλαπτικών παραγόντων και την καταστολή ή τον περιορισμό της εξέλιξης των αρχόμενων οδο-

ντογναθικών ανωμαλιών. Η εφαρμογή μιας προληπτικής ή κατασταλτικής αγωγής απαιτεί προσεκτική αξιολόγηση βιολογικών διαδικασιών, που πραγματοποιούνται σε ορισμένα χρονολογικά πλαίσια και δεν επαναλαμβάνονται κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Κατά την ηλικία των 6-7 ετών ελέγχεται ο οδοντικός φραγμός όσον αφορά στον αριθμό, μέγεθος, σχήμα και θέση των δοντιών, και ανωμαλίες στις σχέσεις των φραγμών κατά το προσθιοπίσθιο, κατακόρυφο και οριζόντιο επίπεδο. Στην ηλικία των 10-11 ετών αξιοποιούνται οι δυνατότητες που προσφέρονται για έλεγχο και καθοδήγηση της ανατολής των δοντιών, της λειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος και της σκελετικής ανάπτυξης. Με την έγκαιρη προληπτική ή κατασταλτική παρέμβαση, ο κλινικός οδοντίατρος προσφέρει ουσιαστική και σημαντική βοήθεια στους νεαρούς ασθενείς του.

31. ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ ΑΠΟ ΣΠΑΝΙΕΣ ΑΙΤΙΕΣ

Ζώταλης Ν, Μπότσιος Σ, Αρεταίου Π, Λιούμπας Δ, Γκαβάκος Κ, Γεωργιάδης Μ, Μαρουδιάς Ν

Από τη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και το Ωτορινολαρυγγολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας «ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ»

Εισαγωγή: Από το 1918, ήδη ο Summa και ο Prentis ανέφεραν προβλήματα στην κροταφογναθική διάρθρωση (ΚΓΔ) εξ αιτίας κακής οδοντικής σύγκλεισης, ενώ ο Laskin και ο Greene (1972) θεώρησαν τη δυσλειτουργία της ΚΓΔ σαν ψυχοσωματικό σύνδρομο. Σήμερα οι δυσλειτουργίες της ΚΓΔ πιστεύεται ότι είναι αποτέλεσμα πολυπαραγοντικών αιτιών.

Σκοπός της εργασίας είναι η αναφορά στις πλέον σπάνιες αιτίες που μπορούν να παρουσιάσουν προβλήματα στη λειτουργία της ΚΓΔ, όπως π.χ. είναι η αγκύλωση από παραμελημένο εξάρθρωμα των κονδύλων, τραυματικές κακώσεις και τέλος φλεγμονές που πιθανόν να

δημιουργήσουν μειωμένη κινητικότητα στην άρθρωση ή ακόμη και αγκύλωση.

Υλικό και μέθοδος: Το υλικό της παρουσίας απετέλεσαν τέσσερις επιλεγμένες χαρακτηριστικές περιπτώσεις, που αντιπροσωπεύουν σπάνιες περιπτώσεις δυσλειτουργίας της ΚΓΔ. Η πρώτη αναφέρεται σε νεαρό ασθενή με κάταγμα κονδύλου που χρειάστηκε, μετά από συντηρητική αγωγή, χειρουργική ανοικτή ανάταξη και οστεοσύνθεση, προκειμένου να αποκτήσει φυσιολογική κίνηση της άρθρωσής του. Η δεύτερη αναφέρεται σε νεαρή ασθενή, της οποίας η δυσμορφία της κάτω γνάθου της δημιουργούσε δυσλειτουργία της ΚΓΔ, η οποία

διορθώθηκε με ορθοδοντική και γναθοχειρουργική παρέμβαση. Η τρίτη αναφέρεται σε μικρό παιδί, το οποίο είχε υποστεί μερική ακύλωση εξ αιτίας φλεγμονής μικροβιακής αιτιολογίας, μετά από χειρουργική επέμβαση κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης. Απέκτησε ικανοποιητική κινητικότητα της ΚΓΔ με συντηρητική θεραπεία. Η τέταρτη αναφέρεται σε θήλυ ασθενή της τρίτης ηλικίας με ψυχιατρικά προβλήματα, που είχε παραμελημένο εξάρθημα για τρεις μήνες, με αποτέλεσμα να χρειαστεί μικτή χειρουργική και συντηρητική αγωγή, προ-

κειμένου να λυθεί η ίνωση στην κροταφογναθική της διάρθρωση.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Τα πλέον μόνιμα και καλύτερα αποτελέσματα από την αντιμετώπιση των ασθενών με δυσλειτουργία της ΚΓΔ λόγω τραυματισμού, έχουν ανάλογα με τη βαρύτητα, η συντηρητική και ενίοτε η χειρουργική αντιμετώπιση, καθώς και ο συνδυασμός τους. Η κάθε σπάνια περίπτωση έχει το δικό της θεραπευτικό πρωτόκολλο, που εξαρτάται από την προσεκτική μελέτη των αιτίων πρόκλησής της και την εμπειρία του θεράποντος ιατρού.

32. ΕΞΑΡΘΗΜΑΤΑ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

Μάκος Χ

Από το Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς

Στο εξάρθημα της κροταφογναθικής διάρθρωσης, που αναφέρεται συνήθως σε πρόσθια παρεκτόπιση, ο κόνδυλος της κάτω γνάθου μεταφέρεται συνήθως μπροστά και επάνω από το πρόσθιο αρθρικό φύμα με διάταση του αρθρικού θυλάκου. Το εξάρθημα μπορεί να συμβεί κατά την ενεργητική ευρεία διάνοιξη του στόματος, όπως σε γέλιο, χάσημα, προσπάθεια δαγκώματος ογκωδών σκληρών τροφών ή αντικειμένων και σε ευρεία και παρατεταμένη διάνοιξη του στόματος για οδοντιατρικές επεμβάσεις, αλλά και κατά την παθητική διάνοιξη του στόματος, όπως για παράδειγμα σε λαρυγγοσκόπηση για ενδοτραχειακή διασωλήνωση του ασθενή στη γενική αναισθησία. Το εξάρθημα χαρακτηρίζεται οξύ όταν συμβαίνει για πρώτη φορά χωρίς άλλο παρόμοιο επεισόδιο στο ίδιο άτομο, χρόνια όταν το οξύ εξάρθημα δεν ανταχθεί και μένει παραμελημένο για μεγάλο χρονικό διάστημα και υποτροπιάζον όταν συμβαίνει κατ' επανάληψη. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση περιπτώσεων εξαρθήματος της κροταφογναθικής διάρθρωσης κα-

τά τη διάρκεια οδοντιατρικών επεμβάσεων, οι οποίες παραπέμφθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς για την αντιμετώπισή τους και η συζήτηση των τρόπων αντιμετώπισης αυτής της επιπλοκής. Τα αποτελέσματα της εργασίας συνηγορούν στο ότι το εξάρθημα της κροταφογναθικής διάρθρωσης δεν είναι συχνό στην καθημέρα οδοντιατρική πράξη, αλλά εάν συμβεί, θέτει σε ανησυχία τον οδοντίατρο, συνήθως πανικοβάλλει τον ασθενή και επιβάλλει τη διακοπή ή την τροποποίηση της θεραπείας. Συμπερασματικά, το εξάρθημα της κροταφογναθικής διάρθρωσης μπορεί να συμβεί σε μία οδοντιατρική πράξη, σε συνδυασμό με μία ευρεία, εργώδη και παρατεταμένη διάνοιξη του στόματος, κυρίως για επεμβάσεις σε οπίσθια δόντια. Ο οδοντίατρος θα πρέπει να εκτιμά τις ικανές συνθήκες για ένα πιθανό εξάρθημα, να λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα για την αποτροπή του, να προσπαθεί ο ίδιος για μία άμεση ανάταξη σε περίπτωση συμβάντος και σε δύσκολες περιπτώσεις να φροντίζει για την παραπέρα αντιμετώπιση του ασθενή.

33. ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΗΣ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ

Πανταζής Γ

Παρόλο που η αρθροσκόπηση έχει περιγραφεί από τον Takagi από το 1918 και έκτοτε έχει εξελιχθεί και αποτελεί πλέον ευρέως εφαρμοζόμενη και καθιερωμένη μέθοδο διάγνωσης και θεραπείας από τους ορθοπεδικούς, η αρθροσκόπηση της ΚΓΔ στον άνθρωπο περιγράφηκε για πρώτη φορά μόλις στο 1975 από τον Ohnishi. Η αρθροσκόπηση της ΚΓΔ είναι μία επεμβατική μέθοδος, που συνεισφέρει σημαντικά στη διάγνωση και συμβάλλει στη θεραπεία των παθήσεων της άρθρωσης αυτής. Η ΚΓΔ είναι δύσκολο να εξετασθεί κλινικά και ακτινογραφικά, αν και προσφάτως εφαρμόζονται τρισδιάστατες λήψεις MRI κατάλληλα επεξεργασμένες σε προγράμματα Η/Υ, οι οποίες προσφέρουν εξαιρετικά απεικονιστικά αποτελέσματα. Αναμφίβολα όμως, το πλεονέκτημα που παρέχει μία διαγνωστική και θεραπευτική επεμβατική μέθοδος, όπως η αρθροσκόπηση, είναι προφανές. Η αρθροσκόπηση έχει εμπλουτίσει τις γνώσεις μας σχετικά με την παθολογία της ΚΓΔ κατά τα τελευταία έτη, καθώς έχουν αναπτυχθεί ερευνητικά μοντέλα που στηρίζονται

στο συνδυασμό της απευθείας εξέτασης των παθολογικών μορφολογικών στοιχείων αρθροσκοπικά και της βιοχημικής ανάλυσης του αρθρικού υγρού. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των τεχνικών της αρθροσκόπησης και της αρθροσκοπικής χειρουργικής στην ΚΓΔ, των ενδείξεων εφαρμογής και των πιθανών επιπλοκών. Παρουσιάζεται ο τεχνικός εξοπλισμός και περιγράφεται η αρθροσκοπική εικόνα της ανατομίας της περιοχής και διαφόρων παθολογικών καταστάσεων, καθώς και η αρθροσκοπική χειρουργική θεραπεία αυτών. Τέλος, αναδεικνύονται τα κύρια πλεονεκτήματα της αρθροσκόπησης της ΚΓΔ, τα οποία είναι η άμεση εξέταση της άρθρωσης και των αλλοιώσεων αυτής, η βιοψία των παθολογικών ιστών όταν είναι απαραίτητο, η λύση των συμφύσεων, η άμεση εφαρμογή σε φλεγμαίνοντες αρθρικούς ιστούς και η θεραπευτική αποκατάσταση των αρθρικών στοιχείων, καθώς και η συσχέτιση των κλινικών ευρημάτων με την πραγματική φυσιολογική ή παθολογική κατάσταση της άρθρωσης.

34. ΗΛΕΚΤΡΟΜΥΟΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΡΑΝΙΟΓΝΑΘΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Λομβαρδάς Π, Καρκαζής Η

Οι ασθενείς με κρανιογναθικές διαταραχές (επώδυνη ή ασυμπτωματική μυϊκή δυσλειτουργία) αποτελούν ένα δύσκολο και πολυσύνθετο πρόβλημα στη σύγχρονη οδοντιατρική. Ο κλινικός οδοντίατρος, πέρα από το ιστορικό του ασθενή, μόνο με την ψηλάφηση και τον αμφίπλευρο χειρισμό της γνάθου μπορεί να αξιολογήσει τη φυσική και λειτουργική κατάσταση των μυών του στοματογναθικού συστήματος που εμπλέκονται στη δυσλειτουργία. Η ψηλάφηση και ο αμφίπλευρος χειρισμός της γνάθου, ενώ είναι καθιερωμένες κλινικές μέθοδοι, δεν είναι εύκολα αποδεκτές σαν ερευνητικές μέθοδοι αξιο-

λόγησης. Αντίθετα, η ηλεκτρομυογραφία των μυών του στοματογναθικού συστήματος θεωρείται πιο αντικειμενική μέθοδος σε ερευνητικό επίπεδο. Στην εργασία αυτή μελετήθηκαν ηλεκτρομυογραφικά οι μασητήρες μύες ασθενών με κρανιογναθικές διαταραχές, πριν και μετά τη θεραπεία. Η θεραπευτική παρέμβαση στόχευε στην εξάλειψη του κύριου αιτιολογικού παράγοντα της δυσλειτουργίας, δηλαδή της συγκλεισιακής δυσαρμονίας. Ο τρόπος που επιτεύχθηκε ο στόχος δεν είναι πάντα κοινός. Εξαγωγές σωφρονιστήρων, εκλεκτικός τροχισμός, προσθετική αποκατάσταση, κατασκευή συγκλει-

σιακού νάρθηκα ή συνδυασμός των παραπάνω, είναι τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για την αποκατάσταση της συγκλεισιακής δυσαρμονίας. Εφόσον ολοκληρώθηκε επιτυχώς η θεραπεία, ο ασθενής ήταν ασυμπτωματικός και η κλινική εξέταση ήταν αρνητική για σημεία δυσ-

λειτουργίας, πραγματοποιήθηκε η δεύτερη ηλεκτρομυογραφική καταγραφή του μασητήρα. Περιγράφονται τα αποτελέσματα της ηλεκτομυογραφικής καταγραφής, αλλά και της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών με κρανιογναθικές διαταραχές.

35. ΒΙΟΨΙΑ ΜΕ ΒΟΥΡΤΣΑΚΙ. ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Πολίτης Θ, Κουρή-Καφαμπέλη Ε

Από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

Η βιοψία με βουρτσάκι (Oral brush biopsy) είναι μία νέα μέθοδος βιοψίας των προκαρκινικών και καρκινικών βλαβών του στοματικού βλεννογόνου. Σκοπός της εργασίας είναι η ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας και η παροχή πληροφοριών για τη νέα μέθοδο βιοψίας. Το σύστημα βιοψίας αποτελείται από ένα αποστειρωμένο teflon βουρτσάκι, ένα γυάλινο πλακίδιο, ένα έντυπο οδηγιών, ένα φιαλίδιο με στερεωτικό υγρό και ένα δοχείο στο οποίο τοποθετείται το κυτταρικό δείγμα πριν σταλεί για εξέταση. Η βιοψία με βουρτσάκι εφαρμόζεται σε ερυθρές, λευκές ή μικτές βλάβες (ερυθροπλακία και λευκοπλακία), σε χρόνιες ελκώσεις, σε βλάβες με ασυνήθεις επιφανειακές αλλαγές, σε υποτροπιάζουσες βλάβες με καλοήγη πρόγνωση από προηγούμενη βιοψία και σε ασθενείς με ιστορικό καρκίνου. Το ειδικό βουρτσάκι εξασφαλίζει

πλήρες επιθηλιακό δείγμα και από τις τρεις κύριες στοιβάδες του επιθηλίου: την κερατίνη, την ακανθωτή και τη βασική. Η μέθοδος δεν προκαλεί αιμορραγία ή πόνο. Η χορήγηση τοπικού αναισθητικού όχι μόνο δεν είναι αναγκαία, αλλά πρέπει να αποφεύγεται, αφού μπορεί να αλλοιώσει το κυτταρικό δείγμα. Βιβλιογραφικά, η μέθοδος έχει μεγάλη διαγνωστική ακρίβεια. Με τη βοήθεια του υπολογιστή OralCDx είναι εφικτός ο εντοπισμός μη φυσιολογικών κυττάρων ανάμεσα σε εκατοντάδες κύτταρα του επιθηλίου. Στους περιορισμούς της νέας μεθόδου βιοψίας περιλαμβάνονται το κόστος και η κλινική ευαισθησία της μεθόδου. Συμπερασματικά, η νέα μέθοδος βιοψίας με βουρτσάκι αποτελεί ένα χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο για τις προκαρκινικές βλάβες του στοματικού βλεννογόνου σε πρώιμο στάδιο, όπου η θεραπεία τους είναι εφικτή.

36. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΠΟ ΕΝΑ ΜΟΝΟ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παπαθανασίου Γ

Ο οδοντίατρος βρίσκεται συχνά αντιμέτωπος με το πρόβλημα της αποκατάστασης ενός πλήρως αποδιοργανωμένου φραγμού. Προκειμένου να μπορέσει να τον αποκαταστήσει, είναι πολλές φορές υποχρεωμένος να χρησιμοποιήσει στο σχεδιασμό αλλά και στην εκτέλεση της θεραπεί-

ας τεχνικές από πολλά γνωστικά αντικείμενα της Οδοντιατρικής. Στην εργασία παρουσιάζεται ασθενής με προχωρημένη περιοδοντίτιδα ενηλίκων, απώλειες μεμονωμένων δοντιών, καθώς και με συγκλεισιακές διαταραχές που εκφράζονταν αφενός μεν από την αδυναμία λειτουργίας του

πρόσθιου οδηγού λόγω μετανάστευσης των πρόσθιων εξαιτίας της περιοδοντικής νόσου, αφετέρου από την απώλεια στήριξης των οπισθίων δοντιών. Το σχέδιο θεραπείας σε πρώτη φάση περιελάμβανε τη συντηρητική θεραπεία του περιοδοντίου, την ενδοδοντική θεραπεία δοντιών που θα διατηρούνταν στο φραγμό, καθώς και την εξαγωγή άλλων που είχαν κακή πρόγνωση. Η δεύτερη φάση περιελάμβανε την ορθοδοντική θεραπεία, που δημιούργησε τις προϋποθέσεις αποκατάστασης του πρόσθιου οδηγού στην επόμενη φάση, καθώς και την ακινητοποίηση των δοντιών, αφενός μεν για τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος, αφετέρου για την καλύτερη κατανομή των φορτίσεων κατά την

μάσηση. Η τρίτη φάση περιελάμβανε την παρασκευή των δοντιών και την κατασκευή ακίνητων μεταβατικών αποκαταστάσεων. Στη συνέχεια και μετά την απρόσκοπτη λειτουργία των μεταβατικών αποκαταστάσεων για ικανό διάστημα, ακολουθεί η τελευταία φάση αποκατάστασης σε πλήρως προσαρμοζόμενο αρθρωτήρα, αξιοποιώντας όλα τα δεδομένα, όπως κεντρική σχέση, πρόσθιο οδηγό, κονδυλική κλίση κλπ. Ο οδοντίατρος, σαν αρχιτέκτονας της στοματικής κοιλότητας, πρέπει να μπορεί να συλλάβει ένα ολοκληρωμένο σχέδιο θεραπείας και με τη βοήθεια όλων των γνωστικών αντικειμένων της επιστήμης του, στα μέτρα των δυνατοτήτων του, να το φέρνει εις πέρας.

37. ΑΓΚΥΛΩΣΗ ΤΗΣ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κολόμβος Ν, Παπαδογεωργάκης Ν, Σκουτέρης Χ, Αγγελόπουλος Α

Από την Πανεπιστημιακή Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Περιφερικού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ». Διευθυντής: Ο Καθηγητής Α. Π. Αγγελόπουλος

Ο όρος «αγκύλωση της κροταφογναθικής διάρθρωσης» χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη μόνιμη δυσλειτουργία της κάτω γνάθου, που οφείλεται σε ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ή οστίτου ιστού στην κροταφογναθική διάρθρωση (ΚΓΔ), ετερόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα. Όταν οφείλεται σε εξωαρθρικά αίτια αναφέρεται σαν εξωαρθρική αγκύλωση ή ψευδαγκύλωση, ενώ όταν οφείλεται σε ενδοαρθρικά αίτια αναφέρεται σαν αληθής αγκύλωση. Τα αίτια που οδηγούν σε αγκύλωση της ΚΓΔ μπορεί να είναι συγγενή (π.χ. λόγω μαιευτικής κάκωσης) ή επίκτητα (κακώσεις, αρθρίτιδες που οδηγούν σε συνοστέωση, ίνωση, υπερπλασία της κορωνοειδούς απόφυσης κ.ά.). Η κατάσταση αυτή συνοδεύεται από δυσλειτουργία της κάτω γνάθου και ως εκ τούτου παρουσιάζονται προβλήματα σίτισης, φώνησης και οδοντοστομολογικής φροντίδας. Στα παιδιά συνοδεύεται από διαταραχή της αύξησης του προσωπικού κρανίου, ασυμμετρία (όταν εντοπίζεται ετερόπλευρα) ή πτηνομορφία (όταν εντοπίζεται αμφοτερόπλευρα). Θεραπευτικά, έχουν χρησιμοποιηθεί πολλές τεχνικές με αυτομοσχεύματα ή

αλλομοσχεύματα για τη λύση της αγκύλωσης και την αποκατάσταση, τόσο του κονδύλου όσο και της κροταφικής γλήνης. Τις περισσότερες φορές η αντιμετώπιση απαιτεί συνδυασμό χειρουργικής και φυσιοθεραπείας, με σκοπό να αποκατασταθεί η λειτουργικότητα της κάτω γνάθου και να εμποδιστεί η υποτροπή. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται περίπτωση ετερόπλευρης αγκύλωσης της ΚΓΔ συγγενούς αιτιολογίας (λόγω εμβρυουλκίας), στην οποία μετά τη λύση της, την ευρεία εκτομή του νεοσχηματισθέντος οστού και την κορωνοειδεκτομή, έγινε αποκατάσταση του κονδύλου με χονδροπλευρικό μόσχευμα από την έκτη πλευρά του ασθενή, ενώ μετά τη διαμόρφωση μιας νέας κροταφικής γλήνης, κινητοποιήθηκε η κροταφική περιτονία προς αντικατάσταση του διάρθριου δίσκου. Μετά την επέμβαση ο ασθενής ακολούθησε πρόγραμμα ενεργητικής κινησιοθεραπείας και δύο χρόνια μετά τη χειρουργική του αντιμετώπιση και την αποκατάσταση του οδοντικού του φραγμού, δεν έχει παρουσιάσει υποτροπή και διατηρείται σταθερό το μετεγχειρητικό του αποτέλεσμα.

38. ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΤΡΙΤΩΝ ΓΟΜΦΙΩΝ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ ΣΕ ΔΥΣΜΕΝΕΣΤΕΡΗ ΘΕΣΗ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ανδριόλα Λ

Εισαγωγή: Ο οδοντίατρος συχνά καλείται να αποφασίσει για την παραμονή ή μη εγκλείστων τρίτων γομφίων καθώς και για το χρόνο εξαγωγής τους. Η απόφαση αυτή για ασυμπτωματικούς σωφρονιστήρες, είναι συχνά δύσκολη, καθώς εκτός από ιατρικής φύσης προβλήματα, ενίοτε εμπλέκονται νομικά, οικονομικά ή ασφαλιστικά ζητήματα. Θα πρέπει να συνεκτιμώνται παράγοντες, όπως διαθέσιμος χώρος για τη διευθέτηση του τρίτου γομφίου, γωνιώδης κλίση του τρίτου γομφίου, σχέση του εγκλείστου με τον αυχένα του δεύτερου γομφίου, πιθανές βλάβες από την παραμονή ή επιπλοκές από την εξαγωγή του εγκλείστου, ηλικία του ασθενούς. Πιθανές μετακινήσεις εγκλείστων, αν και συνήθως έχουν ευνοϊκό αποτέλεσμα, δεν αποκλείεται να φέρουν το δόντι σε δυσμενέστερη θέση, ιδιαίτερα αν συνυπάρχει παθολογική εξεργασία.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση περίπτωσης, στην οποία διαπιστώθηκε ακτινογραφικά, σε διάστημα 6 ετών, μετακίνηση των εγκλείστων σωφρονιστήρων της κάτω γνάθου σε θέση δυσμενέστερη της αρχικής, χωρίς την ύπαρξη παθολογίας.

Περιγραφή περίπτωσης: Σε ασθενή ηλικίας 26 ετών, ζητήθηκε πανοραμική ακτινογραφία προκειμένου να ελεγχθεί η θέση των εγκλείστων τρίτων γομφίων. Σύγκριση με μία παλαιότερη

(προ 6 ετών), έδειξε σημαντική μετακίνηση αμφοτέρων των γομφίων σε δυσμενέστερη θέση. Κατόπιν μελέτης των δύο ακτινογραφιών, αποκλείστηκε η πιθανότητα η μετακίνηση να οφείλεται σε διαφορές τεχνικής λήψης.

Συζήτηση: Αν και η αλλαγή θέσης σε εγκλείστους τρίτους γομφίους είναι ένα φαινόμενο που αφορά κυρίως σε νέους έως 18 ετών, έχει παρατηρηθεί και σε μεγαλύτερες ηλικίες. Αναφέρονται αρκετές πιθανές ερμηνείες του φαινομένου, μεταξύ των οποίων η παράταση της αυξητικής δραστηριότητας στην οπισθογόμφια περιοχή έως την ηλικία των 25 και η επίδραση των δυνάμεων ανατολής στην άπω επιφάνεια του δεύτερου γομφίου. Σημαντική συσχέτιση φαίνεται να υπάρχει μεταξύ αρχικής ηλικίας ασθενούς και ποσοστού μεταβολής της κλίσης του εγκλείστου. Επίσης, το ποσοστό αρχικής κλίσης του δοντιού συσχετίζεται με το είδος της παρατηρούμενης μεταβολής (αύξηση ή ελάττωση της κλίσης).

Συμπέρασμα: Το ενδεχόμενο μιας μελλοντικής αλλαγής στη θέση ενός εγκλείστου τρίτου γομφίου και η πιθανή κατεύθυνση της μετακίνησης αυτής προς ευνοϊκότερη ή μη θέση, είναι μία από τις παραμέτρους που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, προκειμένου να αποφασιστεί η προληπτική εξαγωγή του ή η υπό παρακολούθηση παραμονή του.

39. ΤΡΑΧΗΛΟΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΑΜΥΝΑ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Σιώχος Κ, Ψωμαδέρης Κ, Μαγγούδη Δ, Κομματά Α, Τριανταφυλλίδου Α

Από τη Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Οι περισσότερες από τις τραχηλοπροσωπικές λοιμώξεις είναι οδοντογενούς αιτιολογίας και αποτέλεσμα περιακρορριζικών ή περιοδοντικών αποστημάτων, καθώς επίσης και

περιστεφανίτιδων ημιέγκλειστων τρίτων γομφίων της κάτω γνάθου. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επέκταση των λοιμώξεων αυτών σχετίζονται με τους υπεύθυνους μικρο-

οργανισμούς, με το ανατομικό υπόστρωμα της περιοχής και βέβαια καθοριστικός παράγοντας είναι η άμυνα του ξενιστή οργανισμού. Σε υγιή άτομα με φυσιολογική άμυνα, η αντίσταση στις λοιμώξεις είναι υπέρ του ξενιστή οργανισμού, με την ενεργοποίηση του αμυντικού συστήματος. Αν εξασθενίσει το αμυντικό σύστημα, υπερνικούν αμέσως οι μικροβιακοί παράγοντες με αποτέλεσμα την εμφάνιση της λοίμωξης, η παθογένεια της οποίας έχει σχέση με το είδος και την τοξικότητα των μικροβίων. Οι παράγοντες άμυνας του οργανισμού είναι τοπικοί (φραγμός του δέρματος και του βλεννογόνου), χυμι-

κοί (αντισώματα, συμπλήρωμα) και κυτταρικοί (φαγοκύτταρα, λεμφοκύτταρα). Παθολογικές καταστάσεις στις οποίες έχουμε πτώση της άμυνας του οργανισμού είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, λευχαιμίες, αβιταμινώσεις, ηπατοπάθειες, αλκοολισμός, ασθενείς που βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή κλπ. Στην εργασία αυτή θα συζητηθούν οι παραπάνω νόσοι και οι μηχανισμοί με τους οποίους επιδρούν στην εκδήλωση των τραχηλοπροσωπικών λοιμώξεων. Επίσης, θα αναφερθούν πρωτόκολλα αντιμετώπισής τους, με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία.

40. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΧΛΩΡΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ, ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Παπαδημητρίου Α

Από το Εργαστήριο Στοματολογίας του Οδοντιατρικού Τμήματος του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Σύγχρονες απόψεις σχετικά με την αιτιοπαθογένεια της περιοδοντικής νόσου, δίνουν έμφαση στην «ειδική» μικροβιακή χλωρίδα και στη μεταβολή, σε σχέση με το χρόνο, της ανοσολογικής απάντησης του ξενιστή. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις για τη σημασία γενετικών παραγόντων στη δημιουργία και εξέλιξη της περιοδοντικής νόσου. Στην εργασία αυτή, που αποτελεί τμήμα ενός πολυπαραγοντικού μοντέλου ανάλυσης του σχετικού κινδύνου δημιουργίας περιοδοντικής νόσου, γίνεται προσπάθεια για την ανάδειξη συγκεκριμένου συνδυασμένου «προφίλ» μικροβιακού φορτίου και τίτλου αντισωμάτων και στο κατά πόσο ένα τέτοιο «προφίλ» μπορεί να διαχωρίσει τους περιοδοντικά υγιείς από τους πάσχοντες. Συγκεκριμένα, με τη βοήθεια δύο παρόμοιων εργαστηριακών τεχνικών (DNA-DNA checkerboard hybridization - Socransky et al 1994 και checkerboard immunoassay - Sakellari et al 1997) καθίσταται σχετικά απλή η ταυτόχρονη ανάλυση δειγμάτων υποουλικής πλάκας σε 19 διαφορετικά μικροβιακά είδη, όπως επίσης και η ταυτόχρονη ανάλυση 10ml ορού σχετικά με

τους συγκεκριμένους 19 αντίστοιχους τίτλους αντισωμάτων. Τα αποτελέσματα σύγκρισης 131 ασθενών με 74 περιοδοντικά υγιείς μάρτυρες, έδειξαν ότι συγκεκριμένα στοιχεία μικροβιακής αποίκησης και ανοσολογικής απάντησης σε ένα μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης, διαχωρίζουν σωστά το 81,1% των υγιών από τους πάσχοντες, με ευαισθησία 83,1% και ειδικότητα 77,8%, θετική προγνωστική αξία 86% και αρνητική προγνωστική αξία 73,7%. Αναμφίβολα, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που μπορούν να βελτιώσουν την απόδοση ενός τέτοιου μοντέλου. Σημαντικό επίσης είναι να παρακολουθηθούν οι ασθενείς, να αναλυθούν εκ νέου οι ίδιες παράμετροι μετά τη θεραπεία της περιοδοντικής νόσου, και να συσχετιστούν συγκεκριμένες μεταβολές με την πλήρη ή μη θεραπεία. Αυτές οι πληροφορίες δυνητικά θα μπορούσαν να βοηθήσουν τον κλινικό οδοντίατρο να παρακολουθεί στενότερα τους ασθενείς που είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση περιοδοντικής νόσου και πιθανότατα θα βοηθούσαν στην καταλληλότερη επιλογή θεραπευτικού σχήματος.

41. ΜΕΤΕΞΑΚΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Στεφανόπουλος Π, Τριανταφυλλίδου Α, Καλούδη Ε

Από την Πανεπιστημιακή Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Νοσοκομείου «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Οι μετεξακτικές λοιμώξεις αποτελούν σχετικά σπάνιες επιπλοκές των εξαγωγών δοντιών, θεωρούνται όμως δυνητικά επικίνδυνες καταστάσεις και απαιτούν άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση.

Σκοπός της εργασίας είναι η κλινική μελέτη των μετεξακτικών λοιμώξεων και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της εμπειρικής χορήγησης αντιμικροβιακής θεραπείας.

Υλικό και Μέθοδος: Η μελέτη επεκτάθηκε αναδρομικά κατά τους προηγούμενους 36 μήνες στις εισαγωγές ασθενών με εικόνα λοίμωξης μετά από εξαγωγή δοντιού για νοσηλεία στην Πανεπιστημιακή Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Γενικού Περιφερικού Νοσοκομείου «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης. Οι φάκελοι των ασθενών που πληρούσαν τα κριτήρια μετεξακτικής λοίμωξης, μελετήθηκαν αναφορικά με την αιτιολογία, την κλινική εικόνα και το λανθάνοντα χρόνο εμφάνισης της λοίμωξης, καθώς επίσης τη συνύπαρξη τυχόν προδιαθεσικών παραγόντων.

Αποτελέσματα: Οι λοιμώξεις οφείλονταν συχνότερα σε εξαγωγές δοντιών της κάτω γνάθου

και εμφανίζονταν κλινικά ως τραχηλοπροσωπικά αποστήματα. Πυρετική κίνηση καταγράφηκε σε όλες τις περιπτώσεις, με σημαντική όμως διακύμανση. Η παρουσία οιδήματος συνήθως συνοδεύεται από τρισμό και σε μικρότερο ποσοστό από δυσκαταποσία. Η σχάση της πυώδους συλλογής στις περισσότερες περιπτώσεις απέδωσε δύσοσμο πύο, ενδεικτικό της επικράτησης αναερόβιων μικροοργανισμών.

Συμπεράσματα: Οι μετεξακτικές λοιμώξεις εμφανίζονται συνήθως ως επιπλοκή των εξαγωγών των τρίτων γομφίων. Η εκδήλωση της λοίμωξης συμβαίνει μεταξύ δεύτερης και έβδομης μετεγχειρητικής ημέρας, με την εμφάνιση προοδευτικά επεκτεινόμενου οιδήματος που συνοδεύεται από πυρετική κίνηση. Η εμπειρική αντιμικροβιακή κάλυψη της συνήθους αερόβιας και ανερόβιας χλωρίδας των οδοντογενών αποστημάτων, σε συνδυασμό με την εγκατάσταση χειρουργικής ή και αυτόματης παροχέτευσης της πυώδους συλλογής, κατά κανόνα ελέγχουν αποτελεσματικά τις μετεξακτικές λοιμώξεις.

42. Η ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΣΑΝ ΜΙΚΡΟΣΥΣΤΗΜΑ: ΟΛΟΓΡΑΦΙΚΗ ΣΩΜΑΤΟΤΟΠΙΑ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Παπαθανασίου Γ

Μικροσυστήματα θεωρούνται χαρτογραφημένες περιοχές οργάνων, συστημάτων και λειτουργιών του οργανισμού, που αποτελούνται από πολυάριθμα σημεία και βρίσκονται σε συγκεκριμένες σαφώς καθορισμένες περιοχές του σώματος. Η ομοιότητα με το γνωστό ανθρωπάριο του αισθητικού και κινητικού φλοιού, μας δίνει το δικαίωμα να μιλάμε για σωματοτοπικά

συστήματα. Το πρώτο μικροσύστημα περιγράφηκε πριν από περίπου πενήντα χρόνια και αφορούσε στο αυτί, θέτοντας τις βάσεις του ωτοβελονισμού και της θεραπείας μέσω ανακλαστικών τόξων με απομακρυσμένες περιοχές του σώματος. Ο στοματικός βλεννογόνος προσφέρει ένα σύστημα σημείων, κατάλληλο για διάγνωση αλλά και για θεραπεία. Σε

λειτουργικές βλάβες διαφόρων οργάνων και συστημάτων του οργανισμού παρατηρείται ευαισθησία συγκεκριμένων σημείων στο προστόμιο και στην όπισθεν των σωφρονιστήρων περιοχή και μάλιστα με συγκεκριμένη σωματοτοπική κατανομή. Η απενεργοποίηση των σημείων αυτών με έγχυση ελάχιστης ποσότητας τοπικού αναισθητικού, χρησιμοποιείται για την αφάρ-

μακο και αντανακλαστική θεραπεία των λειτουργικών αυτών διαταραχών. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται με επιτυχία τα τελευταία τριάντα χρόνια και μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό θεραπευτικό εργαλείο στα χέρια του οδοντίατρου για την αντιμετώπιση λειτουργικών διαταραχών, αλλά και για τον έλεγχο του πόνου.

43. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΟΓΚΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΙΑΙΑΣ - ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ

Παπαδογεωργάκης Ν, Κολόμβος Ν, Κορμά Μ, Γκουτζάνης Α

Η πρωτιαία και παρωτιδική χώρα είναι ανατομικές περιοχές σχετικά περιορισμένες σε έκταση, που φιλοξενούν όμως σημαντικά ανατομικά στοιχεία. Η διάγνωση των παθήσεων σε αυτές τις περιοχές ενδιαφέρει πολύ το γναθοχειρουργό, αλλά και το γενικό οδοντίατρο, μιας και πολλές φορές παθολογικές οντότητες της στοματικής κοιλότητας και των επικουρικών της στοιχείων εκδηλώνονται ως διογκώσεις αυτής της περιοχής. Στις περιοχές αυτές μπορεί να αναπτυχθούν καλοήθεις και κακοήθεις όγκοι με προέλευση από διάφορους ιστούς. Επίσης, μπορεί να αναπτυχθούν φλεγμονώδεις εξεργασίες από επέκταση από τα δόντια, τόσο της άνω

όσο και της κάτω γνάθου, που σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να υποδύονται ογκωτικές εξεργασίες. Υποχρέωση του οδοντίατρου είναι να διαφοροδιαγιγνώσκει την προέλευση της διογκωσης και να κατευθύνει τον ασθενή του. Η διάγνωση υποβοηθείται από την κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο, που εκτός των άλλων μπορεί να περιλαμβάνει απεικονιστικό έλεγχο της περιοχής, υπέρηχους, FNA, ή ακόμη και βιοψία. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται ασθενείς με διογκώσεις της πρωτιαίας ή/και της παρωτιδικής χώρας και γίνεται εκτενής αναφορά στις μεθόδους προσέγγισης, προκειμένου να ορισθεί η ακριβής διάγνωση.

44. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΩ ΧΕΙΛΟΥΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΧΙΣΤΙΕΣ

Χατζημανώλης Π, Κονσολάκη Ε, Χαμαλάκη Ε

Από τη Γναθοχειρουργική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Είναι γνωστό ότι τα παιδιά που γεννιούνται με σχιστίες, από τη βρεφική ηλικία και μέχρι την ενηλικίωση υφίστανται πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις, που σκοπό έχουν τη λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση της στοματογναθοπροσωπικής περιοχής. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι επεμβάσεις αυτές στους μικρούς ασθενείς δημιουργούν ουλές και συμφύσεις, οι οποίες παρεμβαίνουν στις αναπτυξιακές διαδικασίες της άνω γνάθου και του άνω χείλους. Η υποπλασία και ο οπισθογναθισμός

της άνω γνάθου που δημιουργείται εξ αιτίας των επεμβάσεων αυτών σε μικρή ηλικία, διορθώνεται με ορθογναθικές επεμβάσεις μετά την συμπλήρωση της σκελετικής ανάπτυξης του ατόμου. Το δύσμορφο και υποπλαστικό άνω χείλος χρειάζεται την τελική του διαμόρφωση και αύξηση μετά τη συμπλήρωση των λειτουργικών αποκαταστάσεων στην άνω γνάθο. Στην εργασία αυτή, από μία σειρά 22 ασθενών με σχιστίες που χειρουργήθηκαν στη Γναθοχειρουργική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσο-

κομείου Ηρακλείου την τελευταία δεκαετία, παρουσιάζονται δύο περιπτώσεις χειρουργικής αύξησης του άνω χείλους, έξι μήνες μετά από την ορθογναθική επέμβαση, για την τελική διόρθωση της λειτουργικότητας και της αισθητικής

του αποκατάστασης. Η χειρουργική επέμβαση αφορούσε στη χρήση περιστρεφόμενου κρημνού από τη μεσότητα του κάτω χείλος, με πολύ καλά λειτουργικά και αισθητικά αποτελέσματα.

45. ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΝΟΣΟΥ CROHN. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Μαραγκού Σ, Παπαδημητρίου Δ, Παναγιώτου Ι, Θεοδωροπούλου-Παπαδημητρίου Κ

Η νόσος Crohn είναι χρόνια φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, που προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, από τη στοματική κοιλότητα έως τον πρωκτό. Η φλεγμονή δεν περιορίζεται στο βλεννογόνο, αλλά έχει διατοχωματικό χαρακτήρα και εξελίσσεται συνήθως έκκεντρα, αφήνοντας υγιείς περιοχές ανάμεσα στις βλάβες. Παρουσιάζει αυξημένη επίπτωση στο τέλος της εφηβείας και μετά την τέταρτη δεκαετία της ζωής. Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή των στοματικών εκδηλώσεων σε μία ασθενή ηλικίας 15 ετών με πρόσφατα διαγνωσμένη νόσο Crohn, η οποία παραπέμφθηκε από το Παιδογαστρεντερολογικό στο Οδοντιατρικό Τμήμα για διερεύνηση και αντιμετώπιση υποτροπιάζοντων αφθωδών ελκών. Η στοματική κοιλότητα παρουσίαζε εντοπισμένες ελκώσεις, υποτροπιάζουσες άφθες, έντονη υπεραίμια προσπεφυκώτων ούλων και επίχρισμα κιτρινοφαιού χροιάς στο οπίσθιο τριτημόριο της γλώσσας. Σε επανεξέταση παρατηρήθηκε επέκταση σε βάθος της έλκωσης της υπερώας, με μετάπτωση της

στιλπνής λείας όψης σε στικτή, ανώμαλη, αδρή επιφάνεια, δίνοντας την τυπική μορφή λιθοστρώματος. Ακολουθήθηκε συντηρητική θεραπεία με τήρηση άριστης στοματικής υγιεινής, χρήση αντισηπτικών (χλωρεξιδίνη 0,12%) και αντιμυκητιασικών διαλυμάτων (νυστατίνη), καθώς και τοπικών επιθέσεων με σαλικυλικά. Υποτροπή των εκδηλώσεων αντιμετωπίστηκε με τοπική χορήγηση μετρονιδαζόλης. Η σε βάθος επέκταση της έλκωσης της υπερώας αντιμετωπίστηκε με τοπικό καυτηριασμό με τριχλωροξικό οξύ και επάλειψη με γέλη χλωρεξιδίνης, με σημαντική βελτίωση. Από το ιστορικό προκύπτει η εμφάνιση των στοματικών εκδηλώσεων, με συνύπαρξη ωχρότητας και στασιμότητας σωματικού βάρους, έξι μήνες πριν από την εισβολή των αιματηρών κενώσεων που οδήγησαν στη διάγνωση της νόσου. Συμπεραίνουμε ότι οι στοματικές εκδηλώσεις δυνατόν να αποτελούν πρόδρομα συμπτώματα της νόσου Crohn. Η έγκαιρη συστηματική διερεύνησή τους θα μπορούσε να οδηγήσει σε πρόωμη διάγνωση της νόσου.

46. ΤΡΟΠΟΙ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΦΥΡΑΜΑΤΩΝ ΥΔΡΟΞΕΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΓΙΑ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΠΛΗΡΩΣΗ ΤΩΝ ΡΙΖΙΚΩΝ ΣΩΛΗΝΩΝ

Παπαδημόπουλος Δ, Δρούγκας Δ, Παπανδριανός Δ, Δήμα Π

Εισαγωγή: Η αντιμικροβιακή δράση του υδροξειδίου του ασβεστίου κατά τη χρήση του στην ενδοδοντία οφείλεται στο έντονα αλκαλικό περιβάλλον που δημιουργείται τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον των ριζικών σωλήνων, λόγω της απε-

λευθέρωσης ιόντων υδροξυλίου που προέρχονται από την υδρόλυσή του. Οι τιμές των ιόντων υδροξυλίου επηρεάζονται άμεσα από το διοξείδιο του άνθρακα των ιστών ή της ατμόσφαιρας, το οποίο αντιδρά με το υδροξείδιο του ασβεστίου, δίνοντας ένα ασθενές

οξύ που μειώνει το pH του φυράματος. Υψηλές τιμές pH προσφέρουν ένα μεγάλο ποσό υδροξυλιόντων, επηρεάζοντας τη βιωσιμότητα των μικροοργανισμών.

Σκοπός της εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών που αναφέρονται στους τρόπους παρασκευής φυραμάτων υδροξειδίου του ασβεστίου στους ριζικούς σωλήνες και πώς αυτοί επηρεάζουν την αντιμικροβιακή τους δράση. Έχουν κατά καιρούς προταθεί διάφορες ουσίες ανάμιξης (άλατα, υποχλωριώδες νάτριο, CMCP, χλωρεξιδίνη, ιωδίνη, φαινόλες, διαιθυλαιθέρας, αντιβιοτικά κτλ), που ενισχύουν την αντιμικροβιακή δράση των φυραμάτων. Επίσης, η παρασκευή φυραμάτων με ουσίες που ενισχύουν τη διάσταση του υδροξειδίου του ασβεστίου (φυσιολογικός ορός, αναισθητικά διαλύματα, απιονισμένο νερό) δείχνει να επηρεάζει το pH

των φυραμάτων, λόγω της ισχυρής τους υδρολυτικής ικανότητας. Η διαφοροποίηση της αναλογίας σκόνης - υγρού δημιουργεί πυκνά ή αραιά φυράματα, αυξάνοντας ή μειώνοντας αντίστοιχα το pH.

Συμπεράσματα: Ο τρόπος παρασκευής των φυραμάτων υδροξειδίου του ασβεστίου επηρεάζει τις φυσικοχημικές ιδιότητές τους, επομένως και το pH. Φυράματα με προσθήκες ουσιών δεν υπερτερούν έναντι των φυραμάτων που παρασκευάζονται με απιονισμένο νερό ή φυσιολογικό ορό, διότι το υδροξείδιο του ασβεστίου είναι μία έντονα αλκαλική βάση, της οποίας το pH δεν υφίσταται σημαντικές μεταβολές όταν προστίθενται σε αυτό ασθενή οξέα, βάσεις ή άλλες ουσίες. Τα καλύτερα αποτελέσματα αναφέρονται για φυράματα που παρασκευάζονται με φυσιολογικό ορό ή απιονισμένο νερό.

47. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΠΕΡΙΑΚΡΟΡΡΙΖΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΥΔΡΟΞΕΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ

Παπαδημόπουλος Δ

Η χρήση του υδροξειδίου του ασβεστίου ως αντισηπτικού των ριζικών σωλήνων είναι γνωστή στην ενδοδοντία από το 1920. Το υδροξείδιο του ασβεστίου ενσωματωμένο με διαλυτικά μέσα (απιονισμένο νερό, φυσιολογικός ορός) έχει καλή βιολογική συμπεριφορά, αντιμικροβιακές ιδιότητες και δυνατότητες ιστικής αναγέννησης. Οι αντιμικροβιακές του ιδιότητες οφείλονται στην απελευθέρωση ιόντων υδροξυλίου, δημιουργώντας υψηλό pH, κυμαινόμενο από 7 έως 8 στο εξωτερικό και από 11 έως 12 στο εσωτερικό των ριζικών σωλήνων, το οποίο παραμένοντας υψηλό για περίπου από 1 έως 21 ημέρες, με υψηλότερες τιμές από 1 έως 14 ημέρες, επηρεάζει τη βιωσιμότητα των μικροοργανισμών. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση περιπτώσεων ενδοδοντικής θεραπείας δοντιών με περιακρορριζικές βλάβες, που αντιμετωπίστηκαν σε ιδιωτικό ιατρείο με χρήση ιδιοσκευάσματος υδροξειδίου του ασβεστίου και η μελέτη των αποτελεσμάτων σε ότι αφορά στην οστική αποκατάσταση. Για το σκοπό αυτό μελετήθηκαν

τέσσερις περιπτώσεις δοντιών με περιακρορριζικές βλάβες, που αντιμετωπίστηκαν με ενδοδοντική θεραπεία, με τη χρήση crown down τεχνικής, υποχλωριώδους νατρίου 5,25% και ιδιοσκευάσματος υδροξειδίου του ασβεστίου, το οποίο παρέμεινε στους ριζικούς σωλήνες για τουλάχιστον τρεις έως τέσσερις εβδομάδες. Το φύραμα υδροξειδίου του ασβεστίου παρασκευάστηκε σε αναλογία σκόνης υγρού 1:1. Το διαλυτικό μέσο που χρησιμοποιήθηκε ήταν απιονισμένο νερό. Η σκόνη περιείχε υδροξείδιο του ασβεστίου και θειικό βάριο, σε αναλογία 5:4,3. Η τοποθέτηση στους ριζικούς σωλήνες έγινε με σύριγγα 21G και κώνους γουταπέρκας Νο 70 και 80, που δρούσαν σαν έμβολο για την πλήρωση των ριζικών σωλήνων. Η οστική αποκατάσταση της περιοχής μετρήθηκε με τεχνική ψηφιακής απεικόνισης, 6 έως 15 μήνες μετά τη θεραπεία. Τα αποτελέσματα, σε ότι αφορά στην οστική αποκατάσταση των βλαβών και την κλινική κατάσταση των θεραπευμένων δοντιών, δείχνουν ικανοποιητικά.

48. ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΕΣ ΠΡΟΣΤΟΜΙΑΚΕΣ ΟΨΕΙΣ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Παπασωτηρίου Ο

Οι ολοκεραμικές όψεις είναι αισθητικές αποκαταστάσεις των προστομιακών επιφανειών των προσθίων κυρίως δοντιών. Έχουν άριστη αισθητική απόδοση και η τεχνική τους απαιτεί μικρή απώλεια σκληρών οδοντικών ιστών. Αποτελούν εναλλακτική λύση στις στεφάνες ολικής κάλυψης, καθώς και στις όψεις με σύνθετες ρητίνες. Οι ολοκεραμικές όψεις παρουσιάζουν πλεονεκτήματα, όπως καλύτερη απόδοση αισθητικής και μορφολογίας, αντοχή, σταθερότητα χρώματος, συντηρητική προσέγγιση, πολύ καλή συμπεριφορά στους περιοδοντικούς ιστούς. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάλυση των βασικών σταδίων προετοιμασίας των ολοκεραμικών όψεων, η επισήμανση των σημείων που καθορίζουν την επιτυχία των αποκαταστάσεων, η τεκμηρίωση αυτών με βάση την τρέχουσα βιβλιογραφία και η παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων. Ενδείξεις στην τοποθέτηση ολοκεραμικών όψεων αποτελούν οι διάφορες ατέλειες στο χρώμα, το σχήμα και τη θέση των προσθίων δοντιών, όπως δυσχρωμίες, κα-

τάγματα ή φθορά δοντιών, παλαιές επικαλύψεις, μεσοδόντια διαστήματα. Οι αποκαταστάσεις με ολοκεραμικές όψεις απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή σε όλα τα κλινικά τους βήματα. Προϋπόθεση για την επιτυχία τους είναι η σωστή τοποθέτηση των ορίων της παρασκευής του δοντιού και η διατήρηση της υγείας των περιοδοντικών ιστών. Σημαντικό είναι να γνωρίζει ο κλινικός οδοντίατρος τις φυσικές και μηχανικές ιδιότητες των ολοκεραμικών υλικών. Απαραίτητη είναι η εξοικείωση του οδοντίατρου με τους συγκολλητικούς παράγοντες και με τις σύνθετες ρητίνες, τόσο για την κατασκευή των προσωρινών αποκαταστάσεων, όσο και για την τελική συγκόλληση των ολοκεραμικών όψεων. Η προσεκτική επιλογή των περιπτώσεων, αποτελεί καθοριστικό βήμα στην επιτυχία των ολοκεραμικών όψεων. Κακή πρόγνωση έχουν οι ασθενείς με κακή στοματική υγιεινή, οι βρυγγομανείς, καθώς επίσης και οι περιπτώσεις στις οποίες παρουσιάζεται σημαντικό έλλειμμα σκληρών οδοντικών ιστών.

49. ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΠΩΣ Η ΜΥΛΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Προύντζος Ν, Παναγιωτόπουλος Κ

Εδώ και πολλά χρόνια στον οδοντιατρικό κόσμο έχει επικρατήσει η αντίληψη πως η επιτυχία μιας ενδοδοντικής θεραπείας, κατά κύριο λόγο εξαρτάται από τη σωστή προπαρασκευή και ερμητική έμφραξη του ριζικού σωλήνα. Ιδιαίτερη επίσης αναφορά κατά καιρούς έχει γίνει στη σημασία της «ακρορριζικής στένωσης» και για το λόγο αυτό οι προσπάθειες των κλινικών με νέα υλικά και βελτιωμένες τεχνικές, αποσκοπούν στην παρεμπόδιση βακτηρίων να εισέρχονται μέσω του ακρορριζικού τρήματος σε ατελώς εμφραγμένους ριζικούς σωλήνες. Τα τελευταία όμως χρόνια το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών έχει επικεντρωθεί στη μυλική διεύ-

δυση μικροοργανισμών, τεκμηριώνοντας τον ισχυρισμό πως αυτή αποτελεί σημαντικότερο αίτιο αποτυχίας μιας ενδοδοντικής θεραπείας. Ένας μεγάλος αριθμός ενδοδοντικών θεραπειών καταλήγει σε αποτυχία, είτε γιατί η μυλική τους αποκατάσταση παραμελείται, είτε γιατί η σχεδίασή της γίνεται εσφαλμένα. Έτσι, όλο και περισσότερο παγιώνεται η συνείδηση πως η σωστή μυλική αποκατάσταση, πέρα από τη λειτουργική επανένταξη του δοντιού, συμβάλει και στη διατήρηση του ενδοδοντικού θεραπευτικού αποτελέσματος. Στην εργασία αυτή γίνεται προσπάθεια αναφοράς στην προστασία της έμφραξης μέχρι την τελική μυλική αποκατάσταση,

στις τεχνικές προετοιμασίας των ριζικών σωλήνων που προορίζονται για ενδορριζικούς άξο-

νες και ταυτόχρονη προβολή κλινικών περιστατικών.

50.

ΙΑΤΡΟΓΕΝΗ ΑΙΤΙΑ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΑΚΡΟΡΡΙΖΕΚΤΟΜΗΣ

Παπαδογεωργάκης Ν, Νιαμονητός Κ, Μάγκος Σ, Μουρελάτος Φ

Στο χώρο της χειρουργικής ενδοδοντίας υπάρχουν πολλές τεχνικές, ως μέθοδοι που εφαρμόζονται εξειδικευμένα για μία επιτυχή θεραπευτική αντιμετώπιση. Η κυριότερη επέμβαση που αφορά στην περιακρορριζική περιοχή, είναι η ακρορριζεκτομή με ή χωρίς ανάστροφη έμφραξη. Απλή ακρορριζεκτομή ορίζεται η χειρουργική εκτομή του ακρορριζικού τμήματος της οδοντικής ρίζας με συναφαίρεση των παθολογικών περιακρορριζικών ιστών. Ακρορριζεκτομή με ανάστροφη έμφραξη ορίζεται η χειρουργική αφαίρεση με λοξοτομή του ακρορριζικού τμήματος της ρίζας και η έμφραξη του ή των ριζικών τρημάτων με διαφορετικού τύπου εμφρακτικά υλικά. Οι τεχνικές αυτές αποσκοπούν στη διακοπή της εξόδου από το ακρορριζικό τρήμα μικροβίων και προϊόντων διάσπασης των οργανικών υπολειμμάτων από τη νέκρωση και μόλυνση του παραμένοντος πολφικού ιστού στο ριζικό σωλήνα, καθώς επίσης και στην απομάκρυνση του παθολογικού περιακρορριζικού ιστού. Ενδείξεις για ακρορριζεκτομή αποτελούν όλες εκείνες οι περιπτώσεις, στις οποίες για οποιοδήποτε λόγο δεν επιτυγχάνεται ερμητική τρισδιάστατη έμφραξη του συστήματος των ριζικών σωλήνων, εφόσον τούτο είναι αδύνατο με τη συντηρητική ενδοδοντική θεραπεία.

Η αποτυχία μιας ακρορριζεκτομής μπορεί να οφείλεται στις ακόλουθες αιτίες: 1) Λανθασμένη διάγνωση. 2) Ανατομικές δυσκολίες κατά τη διάρκεια της επέμβασης, λόγω της θέσης του δοντιού, της μορφολογίας του ακρορριζικού τρήματος, την παρουσία παράπλευρων ριζικών σωλήνων κ.ά. 3) Ιατρογενή σφάλματα κατά τη διάρκεια της επέμβασης, που αφορούν στο σχεδιασμό του κρημνού, την τεχνική αποκοπής του ακρορριζίου (ύψος και επίπεδο εκτομής) και τη διαδικασία της ανάστροφης έμφραξης (εντοπισμός ακρορριζίου, τεχνική παρασκευής κοιλότητας, εμφρακτικά υλικά). 4) Έλλειψη εμπειρίας και δεξιοτεχνίας του επεμβαίνοντα. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιαστούν κλινικές περιπτώσεις αποτυχίας της ακρορριζεκτομής, που οφείλονται σε ιατρογενή αίτια και να συζητηθούν οι τρόποι πρόληψης και αντιμετώπισής τους. Τα αίτια αυτά αφορούν σε κακό σχεδιασμό του κρημνού, διάτρηση της ρίζας κατά την παρασκευή κοιλότητας για ανάστροφη έμφραξη, ατελή έμφραξη του νεοσχηματισθέντος ακρορριζικού τρήματος, διασπορά υλικού ανάστροφης έμφραξης στους περιακρορριζικούς ιστούς, εκτομή μεγάλου τμήματος της ρίζας, κακή αξιολόγηση των ανατομικών στοιχείων της περιοχής.

51.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΛΦΟΥ ΣΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ. ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

Τσιάρας Π

Ο πολφός του δοντιού, ως ζωντανός ιστός, αντιδρά σε κάθε ερέθισμα του περιβάλλοντος

που είναι ικανό δυνητικά να προκαλέσει διαταραχή της ομοιοστασίας ή και βλάβη του. Η αντί-

δραση αυτή του πολφού μπορεί να κυμαίνεται από μία παροδική υπεραιμία μέχρι πιο έντονη φλεγμονή και νέκρωση. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η καταγραφή των απόψεων που επικρατούν στη σύγχρονη βιβλιογραφία, σχετικά με τις επιπτώσεις που έχουν στον πολφό του δοντιού οι ενέργειες του οδοντιάτρου στην οδοντίνη. Επίσης, γίνεται αναφορά στις αντιδράσεις του πολφού στα τοπικά αναισθητικά και τη συνέργιά τους με τα ακολουθούμενα επεμβατικά στάδια. Τέλος, καταγράφονται οι συνέπειες της τραυματογόνου σύγκλισης στην ομαλή λειτουργία του πολφού, αφού η επίτευξη ομαλής σύγκλισης των δοντιών με τους ανταγωνιστές τους αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι και έναν από τους στόχους της επανορθωτικής οδοντιατρικής. Τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγουν οι περισσότεροι ερευνητές,

είναι ότι ο πολφός του δοντιού αντιδρά στις ενέργειες του οδοντιάτρου στην οδοντίνη, από ήπια και αντιστρεπτά, μέχρι χρόνια και ακόμη και με απώλεια της ζωτικότητάς του. Οι αντιδράσεις αυτές εξαρτώνται αφενός από την ένταση και διάρκεια του ερεθίσματος και αφετέρου από την προϋπάρχουσα κατάσταση του πολφού. Επίσης, εξαρτώνται από το πάχος της εναπομένουσας οδοντίνης, καθώς και από την έκταση της αποκαλυμμένης οδοντίνης. Επιπρόσθετα, η τραυματογόνος σύγκλιση έχει άμεσες επιπτώσεις στην ανάπτυξη και τη διατήρηση της φλεγμονής του πολφού. Τέλος, η εγκατάσταση ή όχι μικροβίων εντός των οδοντινοσωληναρίων, καθώς και η μυλική μικροδιείσδυση, αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την εξέλιξη της βλάβης που προκλήθηκε στο πολφό, προς νέκρωση ή επούλωση.

52. ΑΚΡΟΡΡΙΖΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΕΜΦΡΑΞΗ ΡΙΖΙΚΩΝ ΣΩΛΗΝΩΝ. ΤΙ ΤΟ ΝΕΟΤΕΡΟ

Μάγκος Σ, Παπαδογεωργιάκης Ν, Μουρελάτος Φ, Νικολάου Ζ

Στο χώρο της χειρουργικής ενδοδοντίας η ακρορριζεκτομή αποτελεί καθιερωμένη τεχνική που εφαρμόζεται εξειδικευμένα για μία θεραπευτική αντιμετώπιση. Κατά τη διαδικασία αυτή αφαιρούνται τα 2-3 ακρορριζικά χιλιοστά της ρίζας με τις πιθανές διακλαδώσεις του ριζικού σωλήνα, το μολυσμένο περιεχόμενο των οποίων μπορεί να αποτελεί την αιτία για αποτυχία της συντηρητικής ενδοδοντικής θεραπείας. Ταυτόχρονα ελέγχεται κλινικά η ερμητικότητα της έμφραξης στο επίπεδο της εκτομής. Στις περιπτώσεις εκείνες όπου μετά την ακρορριζεκτομή διαπιστώνεται μη ερμητική έμφραξη του ριζικού σωλήνα, ή όταν από τον προεγχειρητικό ακτινογραφικό έλεγχο εκτιμάται ότι δεν είναι εφικτή η ερμητική έμφραξη στο επίπεδο εκτομής, ακολουθεί η δημιουργία κοιλότητας

στο νεοσχηματισμένο ριζικό τρήμα και η ανάστροφη έμφραξη του με διαφορετικού τύπου εμφρακτικά υλικά. Σκοπός της παρουσίασης αυτής είναι να γίνει μία σύντομη περιγραφή στις σύγχρονες απόψεις που αφορούν 1) στην τεχνική εκτομής του ακρορριζίου (ύψος εκτομής, γωνία επίπεδου εκτομής με τον επιμήκη άξονα του δοντιού), 2) στην τεχνική της ανάστροφης έμφραξης του νεοσχηματισμένου ακρορριζίου (εντοπισμός ριζικού τρήματος, δημιουργία κοιλότητας, έμφραξη της κοιλότητας) και 3) στα πλέον συχνά αλλά και τα εντελώς πρόσφατα χρησιμοποιούμενα υλικά για ανάστροφη έμφραξη. Επίσης, θα παρουσιαστούν κλινικές περιπτώσεις ακρορριζεκτομών με ανάστροφη έμφραξη και θα σχολιαστούν οι τεχνικές που εφαρμόστηκαν σε κάθε περίπτωση.

53. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΡΟΥΤΙΝΑΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Μεσσήνη Μ, Ξηρομερίτου Μ, Ζώταλης Ν, Δημητρίου Α, Γεωργιάδης Μ

Από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Παιδων Πεντέλης

Προεγχειρητικές εξετάσεις ρουτίνας (μη επιλεκτικές) είναι αυτές που γίνονται σε όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από τα ευρήματα που προκύπτουν από το ιστορικό και τη φυσική εξέταση του ασθενή. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να δώσει απάντηση στο ερώτημα, εάν είναι απαραίτητο να γίνονται προεγχειρητικά εργαστηριακές δοκιμασίες, στην οδοντιατρική με γενική αναισθησία σε φυσιολογικά άτομα. Ο προεγχειρητικός έλεγχος του ασθενή βασίζεται στο ατομικό και οικογενειακό ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό και τη φυσική εξέταση του ασθενή, ιατρική και οδοντιατρική. Εάν πρόκειται για ασθενή παιδί ή έφηβο που είναι υγιής, όπως διαπιστώνεται από το ατομικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό και τη φυσική εξέταση, πρέπει να αποφεύγονται εργαστηριακές εξετάσεις ρουτίνας, που στον ενήλικα θεωρούνται απαραίτητες. Εάν πρόκειται για ασθενή, ανεξάρτητα ηλικίας, που έχει ήδη διαγνωσμένη ασθένεια ή υπάρχουν υποψίες ύπαρξης κάποιας ανωμαλίας, τότε γίνονται επιλεγμένες εργαστηριακές εξετάσεις, με κατεύθυνση τη γνωστή ή πιθανολογούμενη διαταραχή. Συνηθέστατα οι ασθε-

νείς που οδηγούνται στο χειρουργείο για οδοντιατρική αποκατάσταση, πάσχουν από νοητική υστέρηση, η οποία όταν αποτελεί το μόνο πρόβλημα υγείας, ο ασθενής αντιμετωπίζεται στον προεγχειρητικό εργαστηριακό έλεγχο ως υγιής. Στην περίπτωση όμως που η νοητική υστέρηση έχει συνοδά προβλήματα, οι προεγχειρητικές εξετάσεις είναι επιλεκτικές και υπαγορεύονται από την προϋπάρχουσα διαταραχή. Για την οδοντιατρική θεραπεία με γενική αναισθησία το σύνηθες περιεχόμενο των προεγχειρητικών εξετάσεων ρουτίνας είναι ο πλήρης αιματολογικός έλεγχος, ο έλεγχος της πηκτικότητας του αίματος, η ανάλυση ούρων, η ακτινογραφία θώρακος και το ηλεκτροκαρδιογράφημα. Η οδοντιατρική θεραπεία με γενική αναισθησία είναι μία εκλεκτική επέμβαση. Η διάρκεια της επέμβασης μπορεί να κυμαίνεται από λίγα λεπτά μέχρι λίγες ώρες. Σε φυσιολογικά άτομα προεγχειρητικές εξετάσεις ρουτίνας δεν χρειάζονται, ανεξάρτητα από τη χρονική διάρκεια της επέμβασης και με το δεδομένο ότι στο είδος αυτό των επεμβάσεων δεν υπάρχουν εξωνεφρικές απώλειες υγρών (μεγάλη αιμορραγία κλπ).

54. Ο ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΔΟΝΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑμΕΑ ΥΠΟ ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟΥ ΒΟΥΛΑΣ

Μεσσήνη Μ, Φανδρίδης Ι, Δημητρίου Α, Μπούρας ΕΑ, Γεωργιάδης Μ, Λαμπαδάκης Ι, Μελά Α, Στυλιανίδου Μ, Ζωτιάδου Φ, Κωστάκης Σ

Από το Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑμΕΑ Ενηλίκων υπό Γενική Αναισθησία και το Αναισθησιολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου «ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ» Βούλας

Από τη στιγμή που ο οδοντίατρος αποφασίζει ότι η οδοντοθεραπεία σε ένα ΑμΕΑ πρέπει να γίνει υπό γενική αναισθησία, ο σωστός και

ολοκληρωμένος προεγχειρητικός έλεγχος είναι το πρώτο και βασικότερο στάδιο, προκειμένου να διασφαλισθεί η υγεία και η ασφάλεια του

ασθενή. Ο προεγχειρητικός έλεγχος περιλαμβάνει τη λήψη του ιστορικού, καθώς και τη διενέργεια εργαστηριακών και κλινικών εξετάσεων. Αυτά πρέπει να γίνουν με λεπτομέρεια και ιδιαίτερη προσοχή, λόγω των ιδιαίτερων προβλημάτων υγείας που τα άτομα αυτά μπορεί να παρουσιάζουν (καρδιολογικά, αναπνευστικά, ανατομικά κλπ), αλλά και της εν γένει επιρρέπειάς τους και παραμελημένης παρακολούθησής τους. Το ιστορικό που θα ληφθεί είναι και ιατρικό και οδοντιατρικό. Το ιατρικό ιστορικό περιλαμβάνει την αναλυτική καταγραφή της γενικής κατάστασης του ασθενή, των οργανικών προβλημάτων του, των φαρμάκων που λαμβάνει, των προδιαθεσικών του καταστάσεων κλπ. Επίσης σημαντικό είναι το εάν έχει λάβει γενική αναισθησία στο παρελθόν και εάν υπήρχαν επιπλοκές. Το οδοντιατρικό ιστορικό περιλαμβάνει την αιτία προσέλευσής του, την παρούσα οδοντοστοματική του κατάσταση κλπ.

Σημαντικότετη βοήθεια προσφέρει η λήψη μιας πανοραμικής ακτινογραφίας των γνάθων, παρότι πολλές φορές δεν καθίσταται εφικτή. Στις εργαστηριακές εξετάσεις ρουτίνας περιλαμβάνονται η αιμοληψία για πλήρη αιματολογικό, βιοχημικό και αιμορραγικό έλεγχο, η ακτινογραφία θώρακος και το ηλεκτροκαρδιογράφημα. Στις κλινικές εξετάσεις του προεγχειρητικού ελέγχου περιλαμβάνονται η καρδιολογική εκτίμηση, η οδοντιατρική κλινική εξέταση και η προεγχειρητική αναισθησιολογική εκτίμηση. Συμπερασματικά, η οδοντοθεραπεία των ΑμΕΑ υπό γενική αναισθησία είναι μία ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος, εφόσον χρησιμοποιείται όταν ενδείκνυται, γίνεται ο σωστός προεγχειρητικός έλεγχος, ο οποίος έχει μεγάλη σημασία για την επέμβαση, ακολουθούνται οι ενδεδειγμένοι κανόνες και προφυλάξεις σε Ειδική Μονάδα και εκτελείται από εκπαιδευμένο προσωπικό και σε οργανωμένο χειρουργείο.

55. ΜΕΣΑ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΣΕ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΜΑΛΓΑΜΑΤΟΣ

Μαρίνη Σ, Σελλής Δ

Καθημερινά, ο κλινικός οδοντίατρος βρίσκεται αντιμέτωπος με το πρόβλημα της συντηρητικής αποκατάστασης οπίσθιων δοντιών, τα οποία παρουσιάζουν έλλειψη ενός ή περισσότερων φυμάτων, καθώς και μεγάλου τμήματος της κλινικής τους μύλης. Το αμάλγαμα εξακολουθεί να αποτελεί ένα αξιόπιστο υλικό αποκατάστασης γι' αυτές τις περιπτώσεις και στην προσπάθεια να αυξηθεί η συγκράτησή του στην κοιλότητα έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα συγκρατητικά μέσα. Σκοπός της εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και η προσπάθεια να βρεθεί ποια μέθοδος είναι η ενδεδειγμένη για την αντιμετώπιση παρόμοιων περιπτώσεων στην οδοντιατρική πράξη. Στην εργασία αυτή μελετήθηκαν τα κάτω-

θι: 1) καρφίδες και άξονες από αμάλγαμα (amalgarins, amalgarosts), 2) κυκλοτερείς περιφερικές αύλακες (slots) και κάθετες σχισμές (grooves), 3) καρφίδες (pins), 4) προκατασκευασμένοι άξονες (posts) και 5) ρητινώδεις συγκολλητικοί παράγοντες (bonding resins). Αναφέρονται οι ενδείξεις και αντενδείξεις χρήσης τους, καθώς και ο συνδυασμός τους και η συγκρατητική ικανότητά τους και γίνεται προσπάθεια σύγκρισης μεταξύ τους, καθώς και των συνδυασμών τους. Συμπερασματικά και μετά από σύγκριση των μεθόδων, η βιβλιογραφική ανασκόπηση καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι η μεγαλύτερη συγκράτηση προσδίδεται με συνδυασμό όλων των μηχανικών μέσων με συγκολλητικούς παράγοντες.