



**ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

**39η ΕΤΗΣΙΑ
ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ
ΣΥΝΟΔΟΣ**

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

**ΧΑΛΚΙΔΑ
9-11 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2004**

Το όνομα του συγγραφέα που θα παρουσιάσει την ανακοίνωση αναγράφεται υπογραμμισμένο.

1. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΩΝ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΩΝ

Γαβριήλ Σ, Λούμου Π, Μελακόπουλος Ι

Τα κριτήρια που οδηγούν τους ασθενείς με τραχηλοπροσωπικές λοιμώξεις σε εισαγωγή στο νοσοκομείο, είναι καθοριστικά και για την άμεση κινητοποίηση του οδοντιάτρου. Η χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής χωρίς την παράλληλη παρακολούθηση του ασθενούς, μπορεί να αποβεί επικίνδυνη. Σκοπός της εργασίας είναι να αναφερθούν τα κριτήρια που πιστεύεται ότι πρέπει να οδηγούν το γενικό οδοντίατρο σε παραπομπή οδοντογενούς αποστήματος στον ειδικό ή στο νοσοκομείο. Ως κριτήρια παραπομπής θεωρούνται η πυρετική κίνηση μεγαλύτερη από 38°C, ο τρισματός, η δυσκαταποσία και η δυσχέρεια στην αναπνοή, καθώς και το βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς. Το ίδιο σοβαρές καταστάσεις είναι η επέκταση της λοί-

μωξης σε περισσότερους από έναν χώρους και ιδιαίτερα στον πλαγιοφαρυγγικό και πτερυγογναθιαίο. Τα υπομασητήρια αποστήματα, λόγω της δυσκολίας διάνοιξής τους και των συνοδών συμπτωμάτων, είναι εξίσου επικίνδυνα. Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι εάν για οποιοδήποτε λόγο δεν είναι δυνατή η παραχέτευση του αποστήματος και η άρση του αιτιολογικού παράγοντα που το δημιούργησε, είναι καλό να γίνει παραπομπή στον ειδικό ή το νοσοκομείο. Η γρήγορη και σωστή αντιμετώπιση ενός οδοντοφατνιακού αποστήματος θα μειώσει την ταλαιπωρία και τον κίνδυνο για παραπέρα επιπλοκές για τον ασθενή, και θα περιορίσει τον όγκο και τις ημέρες χορήγησης φαρμακευτικών σκευασμάτων.

2. Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ

Τσόβα Σ, Μπουλούχου Ο, Γιαμαρέλος Γ, Δενδρινός Χ

Τα τελευταία χρόνια είναι περισσότερο έκδηλη η συνεργασία του γενικού οδοντιάτρου με τις διάφορες ειδικότητες της Οδοντιατρικής. Ακόμη και μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων, είναι χρήσιμη και σε πολλές περιπτώσεις απαραίτητη η συνεργασία και η από κοινού αντιμετώπιση των ασθενών. Τα Γναθοχειρουργικά Τμήματα των Νοσοκομείων συνεργάζονται με όλες τις ειδικότητες της Οδοντιατρικής, αλλά περισσότερο συχνή είναι η συνεργασία τους με την ειδικότητα της ορθοδοντικής. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιάσει με κλινικά παραδείγματα τις περιπτώσεις εκείνες που η συνεργασία γναθοχειρουργικής και ορθοδοντικής είναι απαραίτητη. Έτσι, για παράδειγμα, η χειρουργική αποκάλυψη της μύλης ενός έγκλειστου κυνόδοντα καθιστά εφικτή την με ορθοδοντικά μέσα μετακίνησή του στον οδοντικό φραγμό, ή η χειρουργική αφαίρεση εγκλειστών σωφρονιστήρων παρέχει τη δυνατότητα της προς

τα άπω μετακίνησης των οπισθίων δοντιών και συμβάλλει στην αποφυγή εμφάνισης δευτερογενούς συνωστισμού ή υποτροπής του επιτευχθέντος θεραπευτικού ορθοδοντικού αποτελέσματος. Περιπτώσεις ασθενών με σχιστίες και σύνδρομα απαιτούν το συνδυασμό ορθοδοντικής και γναθοχειρουργικής θεραπευτικής αντιμετώπισης. Περιπτώσεις ενηλίκων ασθενών με εκσεσημασμένες οδοντοσκελετικές ανωμαλίες απαιτούν τη στενή συνεργασία ορθοδοντικής και γναθοχειρουργικής, τόσο σε ό,τι αφορά στην κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας όσο και σε αυτή καθαυτή τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους, ώστε να επιτευχθεί ένα άρτιο αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα. Στην εργασία αυτή παρουσιάζονται χαρακτηριστικές περιπτώσεις ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με τη συνεργασία ορθοδοντικής και γναθοχειρουργικής, στο Γναθοχειρουργικό Τμήμα του «Ιπποκρατείου» Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.

3. ΣΥΝΔΡΟΜΟ SOTOS. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Μπάρκας Ι, Παπανδρέου Α, Μεσσήνη Μ, Γεωργιάδης Μ

Από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Παιδων Πεντέλης

Οι Sotos και συνεργάτες το 1964 πρώτοι περιέγραψαν στη βιβλιογραφία το σύνδρομο αυτό, ενώ ήταν ήδη γνωστό στην παιδιατρική. Τα περισσότερα χαρακτηριστικά του συνδρόμου αναπτύσσονται μεταξύ τέταρτου και πέμπτου έτους της ζωής. Εμφανίζεται σποραδικά, αλλά μερικές φορές είναι κληρονομούμενο με δεσπόζουσα την αυτοχρωμοσωματική μεταφορά. Το σύνδρομο παρουσιάζει: εγκεφαλικό γιγαντισμό, υπέρμετρη ανάπτυξη με αναλογικά μεγάλα πόδια και χέρια, υψηλή και γωνιώδη υπερώα, προεξέχον μετωπιαίο οστό, προγναθισμό, σπασμούς, μολύνσεις αυτιών, άσθμα, αλλεργίες, δυσκοιλιότητα, νυσταγμό, στραβισμό, αυξημένη εφίδρωση, διαταραχές από τη λειτουργία του θυρεοειδούς. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι αφ' ενός μεν η παρουσίαση των ιατρικών και οδοντιατρικών ευρημάτων μιας περίπτωσης με σύνδρομο Sotos που αντιμετωπίστηκε στην Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Παιδων Πεντέλης και αφ' ετέρου η περιγραφή της προεγχειρητικής, διεγχειρητικής και

μετεγχειρητικής αντιμετώπισης του ασθενή. Αφορά σε αγόρι, ηλικίας 7,5 ετών, που παραπέμφθηκε για οδοντιατρική θεραπεία στην παρπάνω Κλινική ως μη συνεργάσιμος ασθενής, από ιδιώτη οδοντίατρο. Εκτός από τα γενικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου, στη στοματική κοιλότητα ο ασθενής παρουσίαζε άφθονη πλάκα, εντοπισμένη ουλίτιδα κάτω, έντονη αποτριβή των εναπομεινάντων νεογιλών δοντιών, γωνιώδη υπερώα, πρόσθια χασμοδοντία. Ο προεγχειρητικός έλεγχος ήταν κατά φύση. 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 δε τακτική επίσκεψη στον οδοντίατρο για έγκαιρη διάγνωση της τερηδονικής προσβολής και της περιοδοντικής νόσου θα προλάβει τη βαρύτητά τους.

4. ΣΤΟΜΑΤΟ-ΠΡΟΣΩΠΟ-ΔΑΚΤΥΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΥΠΟΥ II Ή ΣΥΝΔΡΟΜΟ MOHR. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Δημητρίου Α, Μεσσήνη Μ, Φανδρίδης Ι, Μπούρας Θ, Γεωργιάδης Μ, Κωστάκη Σ

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

Το στοματο-προσωπο-δακτυλικό σύνδρομο αφορά σε ένα φάσμα γενετικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται κλινικά από ανωμαλίες στα δάκτυλα και το σκελετό, δερματικές βλάβες, νοητική υστέρηση και στοματικές εκδηλώσεις. Το σύνδρομο αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1954 και η συχνότητα εμφάνισής του στη λευκή φυλή είναι μία στις 50.000 γεννήσεις. Με βάση τις κύριες δυσμορφίες που παρατηρούνται και το γενετικό τύπο μεταβίβασής τους, διακρίνονται σήμερα επτά τύποι (I-VII) του συνδρόμου. Στην εργασία αυτή περιγράφεται η πε-

ρίπτωση άνδρα ηλικίας 25 ετών, η κλινική εικόνα του οποίου είναι συμβατή με το στοματο-προσωπο-δακτυλικό σύνδρομο τύπου II ή σύνδρομο Mohr. Λόγω της σοβαρής νοητικής υστέρησης που παρουσίαζε και της αδυναμίας συνεργασίας με τον οδοντίατρο, ο ασθενής προσήλθε με τους γονείς του για οδοντιατρική θεραπεία στην Ειδική Μονάδα για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες του Ασκληπιείου Βούλας. Σημειώτέον ότι ήταν η πρώτη φορά που ο ασθενής επισκεπτόταν οδοντίατρο. Οι σκελετικές ανωμαλίες που παρουσίαζε ο νεαρός ασθενής στα

άκρα ήταν κεντρική εξαδακτυλία αμφοτερόπλευρα στα άνω άκρα, υποτυπώδες έβδομο δάκτυλο στο αριστερό άνω άκρο, γενική βραχυδακτυλία και κλινοδακτυλία κάτω άκρου. Στο πρόσωπο υπήρχε μεγάλη απόσταση μεταξύ των έσω κανθών με επιπέδωση της ρίζας της ρινός, προγναθισμός της κάτω γνάθου και υποπλασία της μέσης μοίρας του προσώπου με στενή και υποπλαστική άνω γνάθο. Ξηροδερμία παρατηρήθηκε σε πολλά σημεία του σώματος. Στο ιστορικό του ασθενή αναφέρεται ότι γεννήθηκε με υπερωισχιστία, η οποία διορθώθηκε χειρουργικά. Κατά την εξέταση της στοματικής του κοιλότητας παρατηρήθηκε υψηλή και

γωνιώδης υπερώα, σταυροειδής σύγκλειση, υπεράριθμα δόντια, πολλαπλοί βραχείς χαλινοί και μεγάλη γλώσσα με οζίδια. Ο δείκτης τερηδόνας DMFT του ασθενή ήταν 9, ο οποίος, για την τηρούμενη στοματική υγιεινή βρισκόταν εντός των αναμενομένων ορίων, ενώ δεν καταγράφηκε ιδιαίτερο πρόβλημα στην υγεία των ούλων. Το σχέδιο θεραπείας του περιελάμβανε επτά εμφράξεις αμαλγάματος, τρεις εξαγωγές, εκ των οποίων η μία αφορούσε σε υπεράριθμο δόντι και αποτρύγωση/στίλβωση όλων των δοντιών. Κατά τη χορήγηση της αναισθησίας, την οδοντοθεραπεία και την ανάνηψη δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα προβλήματα.

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

5. ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ. ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ

Γρηγοράκης Γ

Το σύνολο των ατόμων που η φυσική, νοητική ή συναισθηματική τους κατάσταση επηρεάζει τη φυσιολογική τους διαβίωση, αποτελεί την ομάδα των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Πιο ειδικά, στην κατηγορία των οδοντιατρικών ασθενών με ειδικές ανάγκες περιλαμβάνονται ασθενείς με φυσική αναπηρία, νοητική υστέρηση ή ειδικά ιατρικά προβλήματα. Συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό, παρουσιάζουν υψηλότερο δείκτη οδοντιατρικών προβλημάτων, τα οποία σχετίζονται με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τόσο με την τήρηση σωστής στοματικής υγιεινής όσο και με την πρόσβασή τους στην οδοντιατρική περίθαλψη. Στην κατηγορία αυτή των ασθενών η ανάγκη πρόληψης είναι επιτακτική, καθώς περιορίζει την ανάγκη εκτεταμένων θεραπευτικών αποκαταστάσεων, οι οποίες πολλές φορές είναι δύσκολες, χρονοβόρες, δαπανηρές και επικίνδυνες, λόγω των

γενικών προβλημάτων υγείας. Το προληπτικό οδοντιατρικό πρόγραμμα περιλαμβάνει τις ίδιες βασικές μεθόδους πρόληψης σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, προσαρμοσμένες όμως στις ιδιαιτερότητες των παραπάνω ατόμων. Η διδασκαλία της στοματικής υγιεινής τροποποιείται, τόσο ανάλογα με το βαθμό αντίληψης του ατόμου όσο και τις κινητικές του δυνατότητες. Η χρήση φθοριούχων είναι αυξημένη, λόγω αυξημένων αναγκών πρόληψης. Στην οδοντιατρική αντιμετώπιση ειδικών ασθενών, το τρίγωνο οδοντίατρος - ασθενής - οικογένεια είναι αδιάσπαστο. Οι γονείς, καθώς και όσοι φροντίζουν τα ειδικά άτομα, πρέπει να συνειδητοποιήσουν την αξία της πρόληψης και να ενθαρρυνθούν να πιστέψουν ότι δεν είναι κάτι ακατόρθωτο. Οι γονείς με τη στάση τους, συνειδητά ή ασυνείδητα, μεταδίδουν στα παιδιά τους αξίες και πεποιθήσεις.

6. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΤΗΛΕ-ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ

Πολίτης Θ

Η τηλε-οδοντιατρική πρωτοεμφανίστηκε το 1997 σαν προέκταση της τηλεϊατρικής και απο-

τελεί ένα νέο τρόπο επικοινωνίας μεταξύ των οδοντιάτρων, αποσκοπώντας στην καλύτερη και

πληρέστερη οδοντιατρική φροντίδα των ασθενών. Εξ ορισμού, η τηλε-οδοντιατρική είναι η μέθοδος που χρησιμοποιεί την τεχνολογία της τηλεδιάσκεψης, της ανταλλαγής οδοντιατρικών δεδομένων διαμέσου των ηλεκτρονικών υπολογιστών, του τηλεφώνου ή του φαξ, για την εξ αποστάσεως διάγνωση και σχεδιασμό της οδοντιατρικής θεραπείας. Σκοπός της εργασίας είναι η ανασκόπηση των διαφόρων συστημάτων τηλεοδοντιατρικής, η ανάλυση των πλεονεκτημάτων και των περιορισμών τους και η παράθεση προτάσεων για την εφαρμογή της τηλεοδοντιατρικής στην Ελλάδα. Ένα σύστημα τηλεοδοντιατρικής για να λειτουργήσει, πρέπει να περιλαμβάνει ηλεκτρονικό υπολογιστή πολυμέσων με σύνδεση στο διαδίκτυο, λογισμικό τηλεδιάσκεψης, μισθωμένη τηλεφωνική γραμμή ή γραμμή δικτύου ISDN. Οι τεχνολογίες που θεωρούνται απαραίτητες για ένα σύστημα τηλεοδοντιατρικής είναι ο χρονοπρογραμματισμός των συναντήσεων, ο διαμοιραζόμενος ηλεκτρονικός πίνακας, η ταυτόχρονη ανταλλαγή μηνυμάτων, η φωνητική ή/και οπτική επικοινωνία διαμέσου τηλεφώνου, διαδικτύου ή δορυφόρου. Αρχικά, ο γενικός οδοντίατρος αποστέλλει με ηλεκτρονικό τρόπο το φάκελο του ασθενή στον ειδικευμένο οδοντίατρο, ο οποίος απαντά ηλεκτρονικά, παραθέτοντας τη διάγνωση και προτείνοντας το σχέδιο θεραπείας. Σε περίπτωση που χρειαστούν περαιτέρω εξηγήσεις ή κάποιο σημείο του σχεδίου θεραπείας δεν είναι κατανοητό, ακολουθεί

η τηλεδιάσκεψη. Από τη μέχρι σήμερα διαθέσιμη βιβλιογραφία, διαφαίνεται ότι η τηλεοδοντιατρική αποτελεί ένα σημαντικό βοηθητικό στοιχείο για τους οδοντιάτρους που εργάζονται σε απομονωμένες ή δυσπρόσιτες γεωγραφικά περιοχές (νησιά), όπου δεν υπάρχει εύκολη πρόσβαση σε ειδικευμένο οδοντίατρο ή δεν υπάρχει ειδικός. Η ηλεκτρονική επικοινωνία των δύο πλευρών, εξασφαλίζει την έγκαιρη έναρξη της σωστής θεραπείας, τη μείωση του αριθμού των άσκοπων παραπομπών και την επαγγελματική αναβάθμιση των οδοντιατρικών υπηρεσιών. Παρόλα όμως τα θετικά στοιχεία, στην εφαρμογή της τηλεοδοντιατρικής υπάρχουν αρκετοί περιορισμοί, όπως η ασφάλεια πρόσβασης στα στοιχεία, η προσωπική ζωή, η ηθική, η υπευθυνότητα, η αντιεπαγγελματική συμπεριφορά. Επιπλέον, ο χρόνος που απαιτείται για την προετοιμασία και την αποστολή του οδοντιατρικού ιστορικού είναι μεγαλύτερος από αυτόν που απαιτείται για ένα απλό παραπεμπτικό. Συμπερασματικά, οι τεχνολογικές εξελίξεις καθιστούν σήμερα εφικτή την υλοποίηση του συστήματος της τηλεοδοντιατρικής μεταξύ οδοντιάτρων, παρά τους περιορισμούς. Το κόστος του τεχνολογικού εξοπλισμού και της υποδομής που απαιτείται, μπορεί να καλυφθεί με την εξασφάλιση πόρων από κοινοτικά προγράμματα για την υγεία. Με σωστό προγραμματισμό και οργάνωση, η τηλεοδοντιατρική έχει ένα ελπιδοφόρο μέλλον και στην Ελλάδα.

7. ΜΟΥΣΙΚΗ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ

Μαρίνη Σ, Σελλής Δ

Ο φόβος για την οδοντιατρική καρέκλα οφείλεται πολλές φορές στα συναισθήματα που βιώνει ο ασθενής στο χώρο αναμονής του ιατρείου. Η μουσική είναι αγχολυτικό μέσο που μειώνει το προεπεμβατικό άγχος, αλλά και κάνει τους ασθενείς να αισθάνονται πιο άνετα στο χώρο της αίθουσας αναμονής και του κυρίως ιατρείου. Σε έρευνα σχετική με οφθαλμιατρικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση καταρράκτη με τοπική αναισθησία, βρέθηκε ότι οι ασθενείς σε χώρους όπου ακουγόταν μουσική δήλωσαν περισ-

σότερο ικανοποιημένοι από τη διαδικασία της επέμβασης. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να παρουσιαστούν οι απόψεις της βιβλιογραφίας για το εάν και ποιο είδος μουσικής βοηθά αγχολυτικά στο χώρο του ιατρείου, καθώς και ο πιθανός τρόπος αυτής της δράσης. Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει, ότι ο πιθανότερος μηχανισμός μοιάζει με το μηχανισμό που λειτουργούν τα φάρμακα ως placebo. Το φαινόμενο δηλαδή φαίνεται να είναι ίδιο με αυτό της χορήγησης ενός μη δραστικού φαρμάκου, που

όμως δρα ευεργετικά στον ασθενή. Τα αγχολυτικά πρωτόκολλα πολλές φορές περιλαμβάνουν και μουσική στο χώρο του ιατρείου. Η ανάγκη για μείωση του stress σε ειδικές ομάδες ασθενών (παιδιά, ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα, αγ-

χώδεις ασθενείς), αλλά και η φροντίδα του ιατρού ώστε ο ασθενής να έχει όσο το δυνατόν πιο ευχάριστη την εμπειρία του οδοντιατρείου, φαίνεται ότι βοηθείται από την κατάλληλη μουσική υπόκρουση στο χώρο του ιατρείου.

8. ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΟΒΛΑΣΤΙΚΟ ΙΝΩΜΑ ΤΗΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Βασιλείου Λ

Το αδαμαντινοβλαστικό ίνωμα αποτελεί καλοήγητη εξεργασία, που σύμφωνα με την ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας υπάγεται στους επιθηλιακούς οδοντογενείς όγκους με ενεργοποίηση του μεσεγχύματος. Συνιστά σχετικά σπάνια οντότητα, που εμφανίζεται συνηθέστερα σε άτομα νεαρής ηλικίας και συχνότερα προσβάλλει την κάτω γνάθο. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η περιγραφή περίπτωσης νεαρού άνδρα 23 ετών, που προσήλθε σε ιδιωτικό ιατρείο για την εξαγωγή εγκλείστου 18. Κατά τον προεγχειρητικό ακτινογραφικό έλεγχο, στο αντίστοιχο δόντι παρατηρήθηκε περιγεγραμμένη μονόχωρη περιμυλική διαύγαση, που παρέπεμπε σε διευρυμένο οδοντοθυλάκιο ή σε οδοντοφόρο κύστη. Σε συνάρτηση με τη χειρουργική εξαγωγή του 18, αφαιρέθηκε η εν λόγω εξεργασία και στάλθηκε για ιστολογική εξέταση. Κατά τη μικροσκοπική παρατήρηση αποκαλύφθηκε διευ-

ρυμένο οδοντοθυλάκιο, στο συνδετικό υπόστρωμα του οποίου εντοπίζονταν νησίδες οδοντοβλαστικού επιθηλίου, απαρτιζόμενες από κυβοειδή κύτταρα. Η τελική διάγνωση ανέφερε αδαμαντινοβλαστικό ίνωμα. Το αδαμαντινοβλαστικό ίνωμα είναι σχετικά σπάνια οντότητα και παρουσιάζει ιστολογικό ενδιαφέρον, λόγω της ταυτόχρονης συμμετοχής του επιθηλιακού και του μεσεγχυματικού στοιχείου στην παθογένεσή του. Αυτό το διαχωρίζει από τους διάφορους τύπους αδαμαντινοβλαστώματος, όπως το τοιχωματικό αδαμαντινοβλάστωμα. Ταυτόχρονα, η διαφορική του διάγνωση από άλλες περιμυλικές διαυγαστικές εξεργασίες είναι σημαντική, εφόσον το αδαμαντινοβλαστικό ίνωμα υποτροπιάζει σε ποσοστό περίπου 20%, γεγονός που καταδεικνύει την ανάγκη ένταξης των ασθενών αυτών σε πρόγραμμα τακτικής μετεγχειρητικής παρακολούθησης.

9. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΥΣΤΗ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Γεωργοπούλου-Μπάδα Μ, Χούπης Κ, Τόσιος Κ

Από το Εργαστήριο Στοματολογίας, τη Γναθοχειρουργική Κλινική και το Εργαστήριο Βασικών Ιατροβιολογικών Επιστημών της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Η μετεγχειρητική κύστη της άνω γνάθου ή χειρουργική κροσσωτή κύστη, είναι αληθής κύστη του ιγμορείου που αναπτύσσεται αρκετά χρόνια μετά από χειρουργικές επεμβάσεις που εμπλέκουν τα ιγμόρεια (Cadwell-Luc, οστεοτομία), ή μετά από βλάβη του εδάφους των ιγμορείων (π.χ. στη διάρκεια εργαδών εξαγωγών).

Αν και είναι πολύ συχνή στην Ιαπωνία, στην προσιτή αγγλόφωνη βιβλιογραφία βρέθηκαν μόλις 43 περιπτώσεις σε Καυκάσιους, ενώ στην ελληνική βιβλιογραφία εντοπίστηκε μόνον μία ανάλογη περίπτωση. Περιγράφεται περίπτωση μετεγχειρητικής κύστης της άνω γνάθου σε άνδρα ηλικίας 76 χρονών, που εκδηλώθηκε 30 χρό-

νια μετά από επέμβαση Cadwell-Luc. Η κύστη έγινε αντιληπτή ως επώδυνη διόγκωση που εμπόδιζε την τοποθέτηση της ολικής οδοντοστοιχίας του ασθενούς. Κλινικά είχε μορφή κλυδάζουσας διόγκωσης στην προστομιακή αύλακα, η οποία καλυπτόταν από φυσιολογικό βλενογόνο. Ο ακτινογραφικός έλεγχος έδειξε καλά περιγεγραμμένη διαύγαση, σε συνέχεια με το σύστοιχο ιγμόρειο. Διαπιστώθηκε, επίσης, η παρουσία καλά περιγεγραμμένης ελαφράς σκία-

σης με μορφή τρούλου, που κατελάμβανε το οπίσθιο ημιμόριο του ιγμορείου. Έγινε χειρουργική αφαίρεση των κύστεων, το τοίχωμα των οποίων επενδυόταν μικροσκοπικά από κροσσωτό κυλινδρικό επιθήλιο. Από τη συνεκτίμηση των στοιχείων του ιστορικού και των κλινικών, ακτινογραφικών, διεγχειρητικών και μικροσκοπικών ευρημάτων, τέθηκε η διάγνωση μετεγχειρητικής κύστης της άνω γνάθου, σε συνδυασμό με ψευδοκύστη του ιγμορείου.

ΣΙΑΛΟΛΙΘΙΑΣΗ.

10. ΜΕΛΕΤΗ 42 ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κολόμβος Ν, Hassen Μ, Φούγια Α, Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε

Από την Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Η σιαλολιθίαση συνήθως παρουσιάζεται στον υπογνάθιο αδένα και λιγότερο συχνά στην παρωτίδα, ενώ ο υπογλώσσιος και οι ελάσσονες σιαλογόνοι αδένες προσβάλλονται σπάνια. Οι σιαλόλιθοι διαφέρουν σε μέγεθος, σχήμα και μορφολογία και απαντούν κυρίως ως μονήρεις στον εκφορητικό πόρο των σιαλογόνων αδένων, ενώ μπορεί να συνυπάρχουν και πολλαπλοί λίθοι εντός του παρεγχύματος. Παρατηρείται κυρίως στους μεσήλικες, ενώ όσον αφορά στο φύλο, απαντάται συχνότερα στους άνδρες από τις γυναίκες, σε αναλογία 2:1. Για την αιτιοπαθογένειά της ενοχοποιούνται τοπικοί μηχανικοί και βιοχημικοί παράγοντες. Κλινικά, όταν οι λίθοι μεγεθυνθούν αρκετά ώστε να παρακωλύουν τη ροή του σάλιου, προκαλούν περιοδική απόφραξη του εκφορητικού πόρου, ιδίως κατά τη διάρκεια λήψης γεύματος, οπότε εμφανίζονται συμπτώματα σιαλικού κωλικού και διόγκωσης του υπεύθυνου αδένα. Η διαγνωστική διερεύνηση της σιαλολιθίαςης επιτυγχάνεται με την κλινική εξέταση, τις συμβατικές ακτινογραφίες, το υπερηχογράφημα και πιθανόν τη σιαλογραφία. Η θεραπεία της σιαλολιθίαςης είναι η χειρουργική αφαίρεση του λίθου με ενδοστοματική ή/και εξωστοματική προσπέλαση, η οποία

μπορεί να συνοδεύεται και από αφαίρεση του υπεύθυνου αδένα. Στην παρούσα εργασία γίνεται αναδρομική μελέτη, με σκοπό τη διερεύνηση της συχνότητας εντόπισης των σιαλόλιθων στους σιαλογόνους αδένες, καθώς και τη σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα ισχύοντα στη διεθνή βιβλιογραφία. Μελετήθηκαν 42 περιπτώσεις ασθενών με λιθίαση των σιαλογόνων αδένων, οι οποίοι εξετάστηκαν και αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κατά το χρονικό διάστημα 1993 - 2003. Από αυτούς, 26 ήταν άνδρες και 16 γυναίκες (αναλογία 1,6:1) και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 51,5 χρόνια. Από τις 42 περιπτώσεις, οι 32 αφορούσαν στον υπογνάθιο σιαλογόνο αδένα, 3 στην παρωτίδα, μία στον υπογλώσσιο και 6 στους ελάσσονες σιαλογόνους αδένες. Σε όλες τις περιπτώσεις η θεραπευτική αντιμετώπιση επιτεύχθηκε με χειρουργική αφαίρεση του λίθου, ενώ η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία οι σιαλόλιθοι ανευρέθησαν στον εκφορητικό πόρο του υπογνάθιου σιαλογόνο αδένα, εύρημα που συμφωνεί με τα αναγραφόμενα στη διεθνή βιβλιογραφία.

11.

ΧΡΟΝΙΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ. ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ 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 πόσον 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 η αύξηση των κυκλοφορούντων φλεγμονωδών κυτοκινών (IL-6, TNF-α, κ.ά.), η αύξηση του ινωδογόνου, η αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων, η αύξηση της έκφρασης του παράγοντα Von Willibrand και της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας. Επίσης, παθογόνα μικροβιακά αίτια που απαντώνται στην περιοδοντική νόσο, όπως ο

Str. Sanguis και τα χλαμύδια 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 περισσότερα από 77.000 άτομα που παρακολουθήθηκαν 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 χρόνιων φλεγμονών στη στοματική κοιλότητα και η αντιμετώπισή τους θα μπορούσε να συμβάλει στην πρωτογενή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου, τα βιβλιογραφικά δεδομένα δεν φαίνεται τελικά να υποστηρίζουν αυτή τη θεωρηση κατά τρόπο ξεκάθαρο και ανεξάρτητο από άλλες κοινές μεταβλητές.

12.

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΗ-HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΕ HIV-ΟΡΟΘΕΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ, ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Τσιάνου Α, Χατζηγιάνης Ν, Νικολάτου-Γαλίτη Ο, Παπαδόπουλος Α, Παπαδάκη Θ, Παναγόπουλος Π, Παπανικολάου Σ

Από την Κλινική Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, την Δ' Παθολογική Κλινική του Αττικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αθηνών και το Αιμοπαθολογοανατομικό Εργαστήριο του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

Το μη-Hodgkin λέμφωμα είναι το δεύτερο σε συχνότητα απαντώμενο νεόπλασμα σε ασθε-

νείς με AIDS. Προέρχεται κυρίως από τα Β-κύτταρα και είναι υψηλής κακοήθειας λέμ-

φωμα με πτωχή πρόγνωση. Συχνότερες ενδοστοματικές εντοπίσεις του λεμφώματος αποτελούν τα ούλα και η υπερώα. Κλινικά εμφανίζεται ως διόγκωση, συχνά εξελκωμένη, ανώδυνη ή επώδυνη. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να μιμείται κλινικά βλάβες, όπως το οδοντοφατνιακό απόστημα, την ελκονεκρωτική ουλίτιδα, την περιστεφανίτιδα και άλλες φλεγμονώδεις νόσους του περιοδοντίου. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η περιγραφή περίπτωσης HIV-οροθετικού ασθενούς που εκδήλωσε μη-Hodgkin λέμφωμα στη στοματική κοιλότητα, ως πρώτο σημείο λεμφώματος με σπλαχνικές εντοπίσεις. Άνδρας, ηλικίας 38 ετών, διαγνωσμένος HIV-οροθετικός από το 1987, προσήλθε το 2002 στον οδοντίατρο, παραπονούμενος για επώδυνη ενδοστοματική διόγκωση. Κλινικά, παρατηρήθηκε ερυθροϊώδης μαλακή μάζα άπω του τελευταίου άνω γομφίου δεξιά, η οποία αξιολογήθηκε ως οδοντοφατνιακό απόστημα. Στον ασθενή χορηγήθηκε ερυθρομυκίνη για δύο εβδομάδες, χωρίς ανταπόκριση. Ακολούθησε αξιολόγηση από τη μονάδα Λοιμώξεων του Σισμανογλείου Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών. Παραπέμφθηκε για περαιτέρω στοματολογική

αξιολόγηση, όπου επιπλέον παρατηρήθηκε ερυθρηματώδης καντιντίαση στη ράχη της γλώσσας και περιορισμένες εστίες τριχωτής λευκοπλακίας στα πλάγια χείλη της. Η διαφορική διάγνωση της διόγκωσης στο στόμα περιελάμβανε το σάρκωμα Kaposi και το μη-Hodgkin λέμφωμα. Στα πλαίσια της γενικής αξιολόγησης του ασθενούς, αποκαλύφθηκαν πολλαπλές διάσπαρτες βλάβες στο γαστρεντερικό σωλήνα, την κοιλία και τον αριστερό νεφρό. Οι βιοψίες που διενεργήθηκαν, τόσο σε βλάβη του εντέρου, όσο και στη βλάβη του στόματος, αποκάλυψαν μετά από ιστολογική εξέταση και ανοσοϊστοχημικό έλεγχο, ότι πρόκειται για λέμφωμα Burkitt. Ο ασθενής ταξινομήθηκε στο στάδιο C3 κατά CDC και ακολούθησε αντινεοπλασματική χημειοθεραπεία και αντιρετροϊκή αγωγή, με καλά αποτελέσματα. Η αυξημένη υποψία του οδοντιάτρου για τη HIV λοίμωξη, σε συνδυασμό με την καλή γνώση των βλαβών που συσχετίζονται με αυτήν, είναι απαραίτητη και μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση του μη-Hodgkin λεμφώματος, με σκοπό τη βελτίωση της πρόγνωσης του ασθενούς.

13.

ΚΑΛΟΗΘΕΣ ΙΝΩΔΕΣ ΙΣΤΙΟΚΥΤΩΜΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Γεωργοπούλου-Μπάδα Μ, Σκλαβούνου Α

Από το Εργαστήριο Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Στην εργασία παρουσιάζεται περίπτωση ασυμπτωματικού καλοήθους ινώδους ιστιοκύτωματος στη γλώσσα γυναίκας ηλικίας 58 ετών, η οποία αποτελεί την τέταρτη αναφορά της αγγλόφωνης βιβλιογραφίας, και συγχρόνως επιχειρείται ανασκόπηση των περιπτώσεων με προσβολή των μαλακών ιστών του στόματος. Το καλοήθους ινώδες ιστιοκύτωμα είναι ένας καλοήθους όγκος, αποτελούμενος από μικτό πληθυσμό ινοβλαστών και ιστιοκυττάρων, που διατάσσονται σε στροβιλοειδείς σχηματισμούς και συνοδεύονται από φλεγμονώδη, διαυγή και σι-

δεροφάγα κύτταρα. Πιο συχνά εμφανίζεται στο δέρμα, ενώ στη στοματική κοιλότητα είναι σπάνιο. Πολλοί συγγραφείς υποθέτουν ότι το καλοήθους ινώδες ιστιοκύτωμα μπορεί να σχετίζεται με τραύμα ή φλεγμονή και θα πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκεται από το κακόηθους ινώδες ιστιοκύτωμα, που έχει επιθετική συμπεριφορά και κακοήθη πορεία. Το πρόβλημα της διαφοροδιάγνωσης οδήγησε σε σύγχυση και πολλαπλές ταξινομήσεις, αλλά σύμφωνα με την επικρατούσα σήμερα άποψη οι βλάβες αυτές διακρίνονται σε καλοήθεις, κακοήθεις και άτυπες.

Στη διαγνωστική μεθοδολογία πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η ανοσοϊστοχημεία, όπου το αντίσωμα CD-68 υποδηλώνει την ιστοκυτταρική προέλευση του όγκου. Ο παρειαικός βλεννογόνος αποτελεί τη συχνότερη θέση εντόπισης και ακολουθούν η γλώσσα, τα ούλα η κάτω γνάθος,

τα άνω και κάτω χείλη και το έδαφος του στόματος. Οι γυναίκες προσβάλλονται πιο συχνά, σε αναλογία 2:1 σε σχέση με τους άνδρες. Η θεραπεία του έγκειται στην καθολική αφαίρεση του όγκου, με εξαιρετική πρόγνωση και μηδενική υποτροπή.

14. ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΝ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ 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). 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 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.

15. ΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΑΠΩΛΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗΣ

Κόκκας Α

Οι τραυματισμοί στο πρόσωπο είναι πολύ πιθανοί σε περίπτωση αθλητικού ή άλλου ατυχήματος. Η απώλεια ενός ή περισσότερων προσθίων δοντιών και ειδικά των κεντρικών τομέων, είναι σχετικά συχνή και αποτελεί μεγάλο πρό-

βλημα για τους ασθενείς. Η ειδικότητα της ορθοδοντικής καλείται, με τις δικές της δυνάμεις, να θεραπεύσει αυτά τα περιστατικά. Η παρουσίαση καταδεικνύει τη δυνατότητα της ορθοδοντικής για μετατραυματική αντιμετώπιση της έλ-

λειψης προσθίων δοντιών, που αποτελεί μία εναλλακτική πρόταση στις συνηθέστερες λύσεις της προσθετικής ή του εμφυτεύματος. Συγκεκριμένα, η ορθοδοντική θεραπεία έχει σαν στόχο τη μετακίνηση υπαρχόντων δοντιών προς το κενό, έτσι ώστε να υπάρξει αισθητική και λειτουργική αποκατάσταση. Το βασικό πλεονέκτημά της είναι ότι ο ασθενής δεν χρειάζεται μεγάλες προσθετικές αποκαταστάσεις ή εμφύτευμα με την αντίστοιχη χειρουργική επέμβαση, ενώ συγχρόνως διατηρείται ανέπαφη η φατνιακή απόφυση στο σημείο της απώλειας του δοντιού. Επίσης, η ορθοδοντική φαίνεται να είναι σαν λύση, αρκετά αποδεκτή από τους ασθενείς και το περιβάλλον τους. Βέβαια υπάρχουν και μειονεκτήματα, τα οποία και θα πρέπει να αναφερθούν. Για παράδειγμα, ο χρόνος της θεραπείας είναι αρκετά μεγάλος και μπορεί να φτάσει ή να ξεπεράσει τα δύο χρόνια, ενώ υπάρχει προβληματισμός αφ'

ενός για το κατά πόσον το τελικό αποτέλεσμα είναι αισθητικά τέλειο, αφού γίνεται μετακίνηση άλλου δοντιού σε άλλη θέση, και αφ' ετέρου για το εάν η τελική σύγκλιση είναι αποδεκτή. Τέλος, προκειμένου για ενήλικες ασθενείς, υπάρχει και το ζήτημα της εμφάνισης των ορθοδοντικών συσκευών όσο διαρκεί η θεραπεία. Εδώ έρχεται να δώσει λύση η γλωσσική ορθοδοντική, στην οποία οι συσκευές είναι εντελώς άορατες, αφού τοποθετούνται στη γλωσσική επιφάνεια των δοντιών. Παρουσιάζονται δύο αντιπροσωπευτικές περιπτώσεις ορθοδοντικής αποκατάστασης ατυχήματος, ενώ γίνεται και αναφορά των δυνατοτήτων της γλωσσικής ορθοδοντικής. Συμπερασματικά, η σύγχρονη οδοντιατρική έχει πολλές και μεγάλες δυνατότητες αποκατάστασης απωλειών δοντιών μετά από τραυματισμούς. Η ορθοδοντική προσφέρει και αυτή λύσεις με αρκετά πλεονεκτήματα για τον ασθενή κάθε ηλικίας.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

16. ΣΤΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δενδρινός Χ, Τσόβα Σ, Γιαμαρέλος Γ

Οι παθήσεις των σιαλογόνων αδένων αποτελούν ένα σημαντικό μέρος της γναθοπροσωπικής παθολογίας. Η ασφαλής διάγνωσή τους απαιτεί την εφαρμογή μιας σειράς ειδικών διαγνωστικών μέσων, μεθόδων και τεχνικών. Τα διαγνωστικά μέσα που χρησιμοποιούνται είναι: 1) Ο απλός απεικονιστικός έλεγχος, που περιλαμβάνει εξωστοματικές ακτινογραφίες της παρωτίδας ή του υπογναθίου αδένου, την πανοραμική ακτινογραφία και την ακτινογραφία δήξης κάτω γνάθου και χρησιμοποιείται για την αναζήτηση ακτινοσκιερών λίθων. 2) Ο ειδικός απεικονιστικός έλεγχος, που περιλαμβάνει το υπερηχοτομογράφημα για ανίχνευση ενδοαδενικής μάζας (συμπαγούς, κυστικής, κ.ά.), το σπινθηρογράφημα, τη σιαλογραφία του πάσχοντα σιαλογόνου αδένου για τη διαπίστωση ακτινοδιαφανών λίθων, την ακριβή εντόπιση της θέσης των λίθων, για έλεγχο του συστήματος των σιαλογόνων πόρων και του αδενικού παρεγχύματος στα πλαίσια λειτουργικού ελέγχου των σιαλογόνων αδένων, την

αξονική και μαγνητική τομογραφία, που χρησιμοποιείται για έλεγχο του πάσχοντα αδένου και των γύρω ιστών για τη διάγνωση ενδοαδενικής μάζας, τη διαφορική διάγνωση ενδοαδενικών και εξωαδενικών μαζών, την αναζήτηση πιθανών διογκώσεων τραχηλικών λεμφαδένων και τη σταδιοποίηση της βλάβης σε περίπτωση κακοήθους όγκου. 3) Η κυτταρολογική εξέταση κατόπιν βιοψίας με λεπτή βελόνα (FNAC), η οποία εφαρμόζεται πάντα στις περιπτώσεις χωροκατακτητικών εξεργασιών, έχει υψηλό βαθμό εξειδίκευσης και ευαισθησίας, ιδιαίτερα στη διαφορική διάγνωση μεταξύ καλοήθων και κακοήθων βλαβών (Chen και συν. 1996, Daskalorouli και συν. 1997). 4) Η βιοψία του αδένου. Εκτός όμως από αυτά, υπάρχουν και ειδικές εξετάσεις του σάλιου, όπως η σιαλομετρία, η οποία μετρά το ρυθμό της σιαλικής έκκρισης και η σιαλοχημεία, η οποία μελετά τη συγκέντρωση των διαφόρων συστατικών του σάλιου. Οι διαγνωστικές αυτές εξετάσεις δίνουν πολύτιμες πληροφορίες για τη λειτουργική

κατάσταση των αδένων και για τα συστατικά του σάλιου, στοιχεία που αφορούν όχι μόνο στους ίδιους τους αδένες, αλλά και σε άλλες καταστάσεις του οργανισμού όπου εμπλέκονται και οι σιαλογόνοι. Στην ανακοίνωση αυτή, μέσα από το υλικό του Γναθοχειρουργικού Τμήματος του Ιππο-

κρατείου Νοσοκομείου Αθηνών, επιχειρείται η αξιολόγηση της διαγνωστικής αξίας των ανωτέρω διαγνωστικών μέσων και παρουσιάζεται η διαγνωστική μεθοδολογία, όπως εφαρμόζεται στο παραπάνω Τμήμα, στις παθήσεις των σιαλογόνων αδένων.

17. ΚΕΚΛΙΜΕΝΗ ΘΕΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΟΠΙΣΘΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ, ΓΙΑ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΟΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Μποχλόγυρος Π, Χλωροκώστας Γ, Παπαδόπουλος Τ

Η ύπαρξη ιδιαίτερων μορφολογικών και εμβιομηχανικών συνθηκών στις ατροφικές γνάθους, αποτέλεσε ανέκαθεν μία σοβαρή πρόκληση για τον επεμβαίνοντα, σε ότι αφορά στη χειρουργική και προσθετική τους αντιμετώπιση. Οστό κακής ποιότητας με μικρότερη ανοχή στις φορτίσεις, ύπαρξη ανατομικών περιορισμών και ελλιπής χώρος στην κάθετη διάσταση, έθεταν συχνά σε κίνδυνο την επιτυχία της θεραπείας. Η κεκλιμένη τοποθέτηση των εμφυτευμάτων αποτελεί μία ικανοποιητική τεχνική, που συμβάλλει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών, ενώ παράλληλα προσφέρει μία σειρά από πλεονεκτήματα, που είναι: 1) μέγιστη

αξιοποίηση του υπολειπόμενου οστού, 2) χειρουργικό πρωτόκολλο ίδιο με αυτό της συμβατικής τοποθέτησης, 3) απλούστερη χειρουργική με λιγότερες επιπλοκές συγκριτικά με την τεχνική ανύψωσης του ιγμορείου, 4) επέκταση της στήριξης προς τα άνω, με αποτέλεσμα μικρότερα πρόβλα στην πρόσθεση, 5) αποφυγή οστικών μοσχευμάτων και μεμβρανών με τις συμπαραομαρτούσες επιπλοκές και 6) μεγαλύτερο μέγεθος εμφυτευμάτων. Η αναδρομή στη βιβλιογραφία δείχνει ότι η συγκεκριμένη τεχνική δεν παρουσιάζει οποιοδήποτε βιολογικό μειονέκτημα. Αντίθετα, φαίνεται να πλεονεκτεί, τόσο κλινικά όσο και βιολογικά.

18. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΥΛΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

Παπασωτηρίου Α

Σκοπός της ουλοβλεννογονίας χειρουργικής είναι η διευθέτηση των μαλακών περιοδοντικών ιστών και η διόρθωση ανατομικών ή παθολογικών εξεργασιών, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η περιοδοντική υγεία. Ένας σημαντικός σταθμός στην εξέλιξη της ουλοβλεννογονίας χειρουργικής είναι η χρήση του ελεύθερου ουλικού μοσχεύματος, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις υφίζήσεων και χαλινών. Στην τεχνική αυτή γίνεται η προετοιμασία του σημείου που θα δεχθεί το μόσχευμα με παρασκευή κρημνού μερικού πάχους και στη συνέχεια γίνεται η παρασκευή και αποκόλληση του μοσχεύματος από την υπερώα. Τέλος, γίνεται η συρραφή του μοσχεύματος, ώστε να διασφαλισθεί η σταθερότη-

τα και η αιμάτωσή του. Ο επόμενος σημαντικός σταθμός είναι η ανάπτυξη τεχνικών για την επικάλυψη υφίζήσεων, ιδιαίτερα με τη χρήση του μοσχεύματος συνδετικού ιστού. Σε αυτή την τεχνική δεν αφαιρείται το επιφανειακό τμήμα του υπερώιου επιθηλίου, αλλά γίνεται παρασκευή ενός μισχωτού κρημνού, ο οποίος ανοίγει σαν καταπακτή. Στη συνέχεια γίνεται η παρασκευή και αφαίρεση του μοσχεύματος συνδετικού ιστού. Στο σημείο που θα δεχθεί το μόσχευμα γίνεται παρασκευή κρημνού μερικού πάχους, και το μόσχευμα τοποθετείται ανάμεσα στο σταθερό και κινητό μέρος του κρημνού, διασφαλίζοντας έτσι αιμάτωση και από τις δύο πλευρές. Τα τελευταία

χρόνια η τεχνική αυτή έχει δεχθεί πολλές παραλλαγές και βελτιώσεις, με αποτέλεσμα να έχει μεγάλο φάσμα ενδείξεων με πολύ καλά αποτελέσματα. Η ουλοβλεννογόνια χειρουργική με τη χρήση αυτών των τεχνικών παίζει σημαντικό ρόλο και στην προετοιμασία των περιοδοντικών ιστών για να δεχθούν μία προσθετική αποκατάσταση.

Σκοπός της ομιλίας αυτής είναι η παρουσίαση των διαφόρων τεχνικών της ουλοβλεννογόνιας χειρουργικής, με βάση κλινικές περιοδοντικές και προπροσθετικές περιπτώσεις, όπως επίσης και η κριτική αξιολόγηση των ενδείξεων και κλινικών αποτελεσμάτων, όπως αυτά προκύπτουν από τη βιβλιογραφία.

19. ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ. ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Φελουτζής Α

Η χρήση των οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων έχει ανοίξει νέους ορίζοντες στην αντιμετώπιση της έλλειψης δοντιών. Αρχικά τα εμφυτεύματα είχαν χρησιμοποιηθεί στη στήριξη ολικών οδοντοστοιχιών, για την αντιμετώπιση της ολικής ανοδοντίας της κάτω γνάθου. Εν τούτοις, τα ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά επιτυχίας τους, που προκύπτουν από μακροχρόνιες έρευνες κατά την εφαρμογή τους και σε άλλες ενδείξεις, έχουν οδηγήσει στην ευρεία χρήση τους για την αντιμετώπιση τόσο της μερικής όσο και της ολικής νωδότητας σε όλες τις περιοχές της στοματικής κοιλότητας. Η αποκατάσταση της νωδότητας της πρόσθιας περιοχής της άνω γνάθου με τη χρήση εμφυτευμάτων παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αφού σε αυτή την περίπτωση το ζητούμενο δεν είναι μόνο το υψηλό ποσοστό επιτυχίας, αλλά και η ικανοποίηση των αισθητικών απαιτήσεων του ασθενούς. Κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι, ειδικά σε

νεαρά άτομα, η υψηλή γραμμή γέλωτος είναι φαινόμενο ιδιαίτερα συνηθισμένο. Έτσι, η επίτευξη αποκαταστάσεων υψηλής αισθητικής είναι μία ιδιαίτερα απαιτητική διαδικασία, στην οποία ο προσεκτικός προεγχειρητικός σχεδιασμός καθώς και η ορθή χειρουργική τοποθέτηση των εμφυτευμάτων είναι απολύτως αναγκαία. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση των δυνατοτήτων που προσφέρει η χρήση των οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων στην αποκατάσταση της νωδότητας της πρόσθιας περιοχής της άνω γνάθου αλλά και η επεξήγηση των κρίσιμων κλινικών παραγόντων και βιολογικών περιορισμών που πρέπει να διερευνηθούν κατά τον προεγχειρητικό σχεδιασμό, ώστε να μπορεί να προβλεφθεί σε ποιες περιπτώσεις οι αισθητικές προσδοκίες θα ικανοποιηθούν, αλλά και σε ποιες κατηγορίες ασθενών το αισθητικό αποτέλεσμα θα είναι πιθανώς περιορισμένο.

20. ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΠΤΕΡΥΓΟΕΙΔΟΥΣ

Αναστασιάδης Π, Δατσέρης Γ, Μελακόπουλος Ι

Εμφυτεύματα πτερυγοειδούς αποφύσεως θεωρούνται αυτά που τοποθετούνται στο οπίσθιο άκρο της άνω γνάθου στην περιοχή του γναθιαίου κυρτώματος και επεκτείνονται προς την πτερυγοειδή απόφυση του σφηνοειδούς οστού, στο σημείο που η οπίσθια επιφάνεια της άνω γνάθου βρίσκεται σε επαφή με την πτερυγοειδή απόφυση σχηματίζοντας την πτερυγοειδή συνένωση. Έτσι το εμφύτευμα στηρίζεται σε σκληρό οστόν, αποκτώντας την πρωταρχική σταθερότητα που

είναι απαραίτητη για την οστεοενσωμάτωση. Η είσοδος του εμφυτεύματος γίνεται στο γναθιαίο όγκωμα με φορά προς τα άνω, άπω και έσω προς την πτερυγογναθιαία συνένωση. Χαμηλά, μεταξύ της άνω γνάθου και της πτερυγοειδούς αποφύσεως, παρεμβάλλεται η πυραμοειδής απόφυση του υπερωίου οστού, στην οποία επίσης μπορεί να εισέρχεται το εμφύτευμα. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση των ενδείξεων και του τρόπου τοποθέτησης των εμφυτευμάτων της

πτερυγοειδούς αποφύσεως, καθώς και η παρουσίαση περιπτώσεων τοποθέτησής τους. Τα εμφυτεύματα της πτερυγοειδούς αποφύσεως δίνουν λύσεις σε περιπτώσεις νωδότητας στις οπίσθιες περιοχές της άνω γνάθου, όπου το έδαφος του ιγμορείου εκτείνεται χαμηλά κοντά στο ελεύ-

θερο χείλος του οστού και δεν υπάρχει επαρκές οστό για τοποθέτηση άλλου τύπου εμφυτευμάτων. Στις περιπτώσεις αυτές η επιλογή είναι ή η προσθήκη οστικού μοσχεύματος και ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου ή τα εμφυτεύματα της πτερυγοειδούς αποφύσεως.

21. Η ΥΠΕΡΕΚΦΥΣΗ ΤΩΝ ΟΠΙΣΘΙΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΑΠΟΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΟΜΑΛΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Γεωργούλα Χ, Γεωργακοπούλου-Μπαρούτσου Ε

Σύμφωνα με τις βασικές αρχές της σύγκλεισης, για να υπάρχει ομαλή λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση η σύμπτωση των μέγιστων επαφών των δοντιών με την κεντρική σχέση των γνάθων στη σωστή κατακόρυφη διάσταση, με ταυτόχρονη ομαλή λειτουργία του πρόσθιου οδηγού, που θα πρέπει να εξασφαλίζει την αποσυναρμογή των οπίσθιων δοντιών κατά την προσθιολίσθηση. Κάθε στοιχείο που έρχεται σε αντίθεση με τις βασικές αρχές της σύγκλεισης αποτελεί παράγοντα αποσταθεροποίησης και οδηγεί στη συγκλεισιακή δυσαρμονία, με ενδεχόμενο να παρουσιαστεί δυσλειτουργία με όλα τα γνωστά επακόλουθα. Στην κλινική πράξη συχνά παρατηρείται υπερέκφυση των σωφρονιστήρων της κάτω γνάθου λόγω έλλειψης ανταγωνιστή, που οδηγεί σε δυσλειτουργία, επώδυνη ή ασυμπτωματική. Η δυσαρμονία αυτή επιτρέπει συνήθως την ύπαρξη κεντρικών επαφών των δοντιών, αλλά αντιστρέφει την ομα-

λή λειτουργία του πρόσθιου οδηγού κατά την προσθιολίσθηση, προκαλώντας αποσυναρμογή των προσθίων δοντιών αντί των οπίσθιων. Σκοπός της εργασίας είναι, μέσα από την παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων, η διερεύνηση της επίπτωσης της υπερέκφυσης των σωφρονιστήρων της κάτω γνάθου στην ομαλή λειτουργία του πρόσθιου οδηγού κατά την προσθιολίσθηση, καθώς και η αγωγή η οποία πρέπει να ακολουθείται για να διορθωθεί η δυσαρμονία. Συμπερασματικά, η απουσία οποιασδήποτε από τις βασικές αρχές της σύγκλεισης πρέπει να εντοπίζεται κατά τη συνήθη κλινική εξέταση και να αντιμετωπίζεται, επειδή ακόμα και όταν είναι ασυμπτωματική θα έχει επιπτώσεις σε βάθος χρόνου. Η εξασφάλιση της δια βίου ομαλής λειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος επιτυγχάνεται μόνο με την εφαρμογή των βασικών αρχών της σύγκλεισης. Η δυσαρμονία που εξετάζεται, είναι από τις διαταραχές που μπορούν να αντιμετωπιστούν με ευκολία.

22. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΚΑΙ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ

Βούλγαρη Μ

Είναι γνωστό ότι η κλινική εξέταση των ασθενών ξεκινά από τη στιγμή της εισόδου τους στο ιατρείο. Οι πρώτες εντυπώσεις του ιατρού αφορούν στη γενική τους εμφάνιση. Αμέσως μετά, κατά τη διάρκεια της λήψης του ιστορικού, γίνεται μία λεπτομερέστερη εξέταση και αξιολόγηση των ιδιαίτερων μορφολογικών τους χαρακτηριστικών. Η

εξέταση αυτή γίνεται κατά μέτωπο και από τα πλάγια. Στη φάση αυτή αναζητούνται ασυμμετρίες ή παρεκκλίσεις από τη μέση γραμμή του προσώπου, ύπαρξη δεύτερης ή τρίτης τάξης, ανοικτής ή κλειστής δήξης κλπ. Ακολουθεί η αξιολόγηση λειτουργικών στοιχείων του στοματογναθικού συστήματος, όπως τύπος κατάποσης, τρόπος

αναπνοής, ύπαρξη στοματικών έξεων, διαταραχές στην ομιλία κ.ά. Τέλος, γίνεται εξέταση των μαστητήριων μυών και της κροταφογναθικής διάρθρωσης. Τα λειτουργικά στοιχεία τεκμηριώνουν τις αρχικές μορφολογικές παρατηρήσεις (ορθογναθικό, κοντό ή μακρύ πρόσωπο, ασυμμετρίες κλπ). Η λεπτομερής εξέταση της σύγκλεισης που ακολουθεί και που ενδέχεται να αποκαλύψει κάποια

δυσαρμονία, δίνει μία πιθανή ερμηνεία των μηχανισμών πρόκλησης της οδοντοσκελετικής ανωμαλίας. Έτσι, ο κλινικός οδοντίατρος είναι σε θέση να αποσαφηνίσει τον πιθανό ρόλο του ορθοδοντικού ή και του γναθοχειρουργού, αλλά και το δικό του, ώστε λαμβάνοντας υπόψη όλες τις παραμέτρους, να εκπονήσει ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό σχέδιο στοματικής αποκατάστασης.

23. ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΟ

Μπαρούτσου-Γεωργακοπούλου Ε, Παπαδάκης Μ

Στην κλινική οδοντιατρική πράξη, μεταξύ των παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία ή τη νοσηρότητα του περιοδοντίου μελετάται και η σχέση που υπάρχει ανάμεσα σε αυτό και τη συγκλεισιακή κατάσταση των ασθενών. Η έως τώρα κυριαρχούσα άποψη, ότι οι νόσοι του περιοδοντίου οφείλονται αποκλειστικά στο μικροβιακό παράγοντα, αρχίζει να ατονεί και η άποψη της πολυπαραγοντικότητας τείνει να την αντικαταστήσει. Η παρουσία των βακτηρίων καθ' εαυτή είναι απαραίτητη, αλλά από μόνη της δεν αρκεί για την πρόκληση της περιοδοντικής νόσου. Παράγοντες όπως η κληρονομική προδιάθεση του ξενιστή, το κάπνισμα, το στρες κλπ, μπορούν να επηρεάσουν καθοριστικά την εμφάνιση και την εξέλιξη της νόσου. Για το λόγο αυτό θεωρείται ότι οι περιοδοντικές νόσοι, στην πλειονότητά τους αποτελούν ευκαιριακές λοιμώξεις, οφειλόμενες στην ενδογενή μικροβιακή χλωρίδα. Γνωστό είναι επίσης, ότι ειδικές ομάδες περιοδοντοπαθογόνων μικροοργανισμών που αναπτύσσονται κάτω από

συγκεκριμένες συνθήκες, σχετίζονται με την εμφάνιση των νόσων του περιοδοντίου. Κάποιοι συγγραφείς δίνουν μεγαλύτερο βάρος στις συγκλεισιακές δυνάμεις που ασκούνται στο περιοδόντιο, ενώ η διευθέτησή τους έχει επανειλημμένα απασχολήσει την ειδικότητα της ορθοδοντικής. Στην κλινική αυτή μελέτη εξετάστηκαν τριάντα περιπτώσεις ασθενών με περιοδοντίτιδα, οι οποίοι εμφάνιζαν ταυτόχρονα προβλήματα σύγκλεισης. Στη διάρκεια μιας πενταετίας καταγράφηκαν στοιχεία για το βαθμό της περιοδοντικής νόσου σε σχέση με τη σύγκλειση. Τα στοιχεία αναλύθηκαν στατιστικά με τη μέθοδο της στατιστικής παλινδρόμησης, όπου επιχειρείται να εξετασθεί ο βαθμός συσχέτισης της εξαρτημένης μεταβλητής με τα στοιχεία της περιοδοντίτιδας, με την ανεξάρτητη μεταβλητή της σύγκλεισης. Το μέτρο που χρησιμοποιείται είναι ο συντελεστής Pearson, του οποίου όσο η τιμή πλησιάζει στη μονάδα, τόσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός συσχέτισης των δύο μεταβλητών.

24. ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΕΙ Ή ΟΧΙ Η ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ;

Καλαμάτας Β, Κοντοπούλου Α, Αβραμίδου Γ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διερευνηθεί τη συχνότητα διαταραχών της κροταφογναθικής διάρθρωσης σε ασθενείς που έχουν ολοκληρώσει ορθοδοντική θεραπεία πριν από 1 έως 6 έτη, ενώ σαν ομάδα ελέγχου ορίστηκε ομάδα

ατόμων αντίστοιχης ηλικίας και φύλου που δεν είχε ποτέ κάνει ορθοδοντική θεραπεία. Το δείγμα αποτέλεσαν 91 ασθενείς που είχαν θεραπευτεί με ακίνητους ορθοδοντικούς μηχανισμούς τύπου Edgewise, στο άνω και κάτω οδοντικό τόξο. Από

αυτούς, 72 είχαν θεραπευτεί χωρίς εξαγωγές μονίμων δοντιών, ενώ οι υπόλοιποι 19 είχαν προβεί σε εξαγωγές 2 ή 4 πρώτων ή δεύτερων προγομφίων. Οι 23 από αυτούς τους ασθενείς έφεραν ακόμη συγκρατητικό μηχανισμό, ενώ οι υπόλοιποι 68 ήταν εκτός συγκράτησης. Οι ορθοδοντικοί ασθενείς, όπως και τα άτομα της ομάδας ελέγχου, συμπλήρωσαν ένα κατάλληλα διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο και υποβλήθηκαν σε κλινική εξέταση της κροταφογναθικής διάρθρωσης και των μυών της μάσησης. Σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν στο ερωτηματολόγιο, το

28,5% των ορθοδοντικών ασθενών βρέθηκε να πάσχει από ήπιου βαθμού δυσλειτουργία της ΚΓΔ, το 5,5% από μέτριου βαθμού δυσλειτουργία ενώ ένας ασθενής (1,1%) έπασχε από σοβαρή δυσλειτουργία. Τα αντίστοιχα ποσοστά για την ομάδα ελέγχου ήταν 25,3%, 7,7% και 0%. Η συσχέτιση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην εμφάνιση συμπτωμάτων δυσλειτουργίας της κροταφογναθικής διάρθρωσης ανάμεσα σε άτομα αντίστοιχου φύλου και ηλικίας, ανάλογα με το εάν είχαν ή όχι υποβληθεί σε ορθοδοντική θεραπεία.

25. ΔΕΣΜΟΠΛΑΣΤΙΚΟ ΙΝΩΜΑ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Χαμαλάκη Ε, Κονσολάκη Ε, Ρωμάνος Γ, Χατζημανώλης Π

Από την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Το δεσμοπλαστικό ίνωμα των γνάθων είναι ένας καλοήθης ενδοστικός όγκος που ανήκει στις ινωματώσεις. Δεν μεθίσταται, αλλά αναφέρεται ότι υποτροπιάζει τοπικά. Εμφανίζεται συνήθως σε άτομα νεαρής ηλικίας, με προτίμηση τη δεύτερη δεκαετία της ζωής, ενώ το 75% των περιπτώσεων αναφέρεται ότι ανήκει σε ηλικίες κάτω των 30 ετών. Από τα οστά των γνάθων, η κάτω γνάθος φαίνεται να προσβάλλεται περισσότερο και ως θέση προτίμησης αναφέρεται η περιοχή του σώματος, της γωνίας και του κλάδου. Αναπτύσσεται συνήθως ασυμπτωματικά ή μπορεί να γίνει αντιληπτό όταν εμφανισθεί διόγκωση στην περιοχή, ενώ σπάνια ο ασθενής μπορεί να αναφέρει αμβλύ πόνο ή πόνο κατά την ψηλάφηση. Στον απεικονιστικό έλεγχο, εμφανίζεται ως σαφώς περιγεγραμμένη ακτινοδιαγνωστική περιοχή με κυψελιδωτή ή δοκιδώδη μορφή,

ενώ σύνηθες εύρημα είναι η απορρόφηση των ακρορριζίων των δοντιών της περιοχής που βρίσκονται σε στενή σχέση με τον όγκο. Παρά το γεγονός ότι ανήκει στους καλοήθεις όγκους, αρκετά συχνά είναι επιθετικός, διηθώντας τοπικά το οστό, γι αυτό και η τοπική απόξεση ενέχει τον κίνδυνο της υποτροπής. Θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική εκτομή σε κλινικά υγιή όρια. Στην εργασία αυτή παρουσιάζεται μία ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενούς, ηλικίας 34 ετών, με ένα εκτεταμένο δεσμοπλαστικό ίνωμα στο σώμα της κάτω γνάθου αριστερά, που είχε διηθήσει ολόκληρο το πάχος του οστού μέχρι το κάτω χείλος. Για τη ριζική αντιμετώπισή του, χρειάστηκε να γίνει εκτομή σημαντικού τμήματος του σώματος της γνάθου και άμεση αποκατάσταση του οστικού ελλείμματος, με τοποθέτηση λαγόνιου αυτομοσχεύματος.

26. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μελακόπουλος Ι, Λούμου Π, Λάσκαρης Γ, Γαβριήλ Σ

Ο καρκίνος του στόματος αποτελεί μία σημαντική αιτία θανάτου σε όλο τον κόσμο. Στο

Ηνωμένο Βασίλειο κάθε χρόνο παρουσιάζονται 3.520 νέες περιπτώσεις (1,2% από το σύνολο

των περιπτώσεων με καρκίνο) και 1.900 ασθενείς πεθαίνουν από τη νόσο. Παρά τις προόδους της ιατρικής, η πρόγνωση του καρκίνου του στόματος δεν είναι ιδιαίτερα ευνοϊκή και λιγότεροι από τους μισούς ασθενείς ζουν περισσότερο από πέντε χρόνια. Κλινικά, ο στοματικός καρκίνος εμφανίζεται με διάφορες μορφές, όπως ερυθρής ή λευκής πλάκας, έλκους, εξωφυτικής μάζας κ.ά. Πολλές από τις μορφές αυτές, ιδιαίτερα όταν παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στη στοματική κοιλότητα, είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικές και ευαισθητοποιούν τον ασθενή αλλά και τον οδοντίατρο. Άλλες όμως, ιδιαίτερα σε πρώιμο στάδιο, μπορούν να ξεφύγουν της έγκαιρης διάγνωσης. Προγνωστικοί παράγοντες στον καρκίνο του στόματος αποτελούν το μέγεθος του όγκου, η ύπαρξη ή όχι λεμφαδενικών μεταστάσεων, η εν τω βάθει διήθηση του όγκου,

καταστάσεις που τις περισσότερες φορές σχετίζονται με το χρόνο διάγνωσης της βλάβης. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να παρουσιάσει κλινικές εικόνες από περιπτώσεις με καρκίνο του στόματος και να συζητήσει τη σχέση του σταδίου που εντοπίστηκε η βλάβη με την ακολουθούμενη θεραπεία και το χρόνο επιβίωσης των ασθενών, τονίζοντας μέσα από αυτά την αξία της έγκαιρης διάγνωσης. Η πρώιμη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του στόματος αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα που μπορεί να βελτιώσει το χρόνο και την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών. Ο ρόλος του οδοντίατρου στην πρώιμη διάγνωση είναι καθοριστικός, μια και είναι ο πρώτος συνήθως ιατρός στον οποίο απευθύνονται ασθενείς με βλάβες στη στοματική κοιλότητα, ή αυτός που τυχαία ανακαλύπτει παρόμοιες βλάβες κατά τη διάρκεια οδοντιατρικής εξέτασης.

27. ΟΔΟΝΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ, ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»

Δημητρίου Α, Μεσσήνη Μ, Φανδρίδης Ι, Μπούρας Ε, Γεωργιάδης Μ, Κωστάκη Σ
Από το Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑμΕΑ Ενηλίκων με Γενική Αναισθησία και το Αναισθησιολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας»

Ο αυτισμός είναι μία οργανική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από ανωμαλίες στην νευροανάπτυξη και τη λειτουργία του εγκεφάλου, που εντοπίζονται ιδιαίτερα στην παρεγκεφαλίδα και το μεταιχμιακό σύστημα. Εμφανίζεται πιο συχνά στους άνδρες και αποτελεί την τρίτη πιο συχνή νοητική διαταραχή. Τα αυτιστικά άτομα παρουσιάζουν προβλήματα στη γλωσσική τους ανάπτυξη και διαταραγμένη συναισθηματική και κοινωνική συμπεριφορά. Η αδυναμία επικοινωνίας, η ανώμαλη διανοητική ανάπτυξη, οι ιδιόρρυθμες επαναλαμβανόμενες κινήσεις, η υπερκινητικότητα, αλλά κυρίως η απρόβλεπτη αντίδραση των ατόμων αυτών σε διάφορα ερεθίσματα, καθιστούν πολύ δύσκολη έως αδύνατη τη συνεργασία τους με τον οδοντίατρο. Κατά τη διάρκεια εννέα περίπου ετών (1995-2004) η Ειδική Μονάδα για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες του

Ασκληπιείου Βούλας παρέιχε οδοντοθεραπεία με γενική αναισθησία σε 80 αυτιστικά άτομα, τα οποία υπεβλήθησαν συνολικά σε 153 (λόγω των επανεξετάσεών τους) οδοντοθεραπευτικά χειρουργεία. Οι άνδρες ήταν σχεδόν τριπλάσιοι από τις γυναίκες και ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 24,5 έτη. Κατά την πρώτη επίσκεψή τους στη μονάδα, ο μέσος δείκτης τερηδόνας DMFT των ασθενών ήταν 13,4 και ο μέσος δείκτης αναγκών οδοντιατρικής περίθαλψης UTNT ήταν 81,8%. Ο μέσος όρος οδοντιατρικών πράξεων που πραγματοποιήθηκαν σε κάθε χειρουργείο με γενική αναισθησία ήταν 8,2 και όπως είναι αναμενόμενο ήταν μεγαλύτερος για τα αρχικά χειρουργεία από ότι για τις επανεξετάσεις. Οι πράξεις που έγιναν ανά χειρουργείο ήταν κατά μέσο όρο οι εξής: 5,2 εμφράξεις/ανασυστάσεις αμαλγάματος, 0,4 εμφράξεις/ανασυστάσεις σύνθετης ρη-

τίνης, 1,4 εξαγωγές δοντιών ή ριζών, 0,1 ενδοδοντικές θεραπείες. Επιπλοκές από την αναισθησία δεν παρουσιάστηκαν σε καμία περίπτωση και ο μέσος όρος ημερών νοσηλείας

ήταν 1,4 για κάθε ασθενή, ενώ όταν η μετεγχειρητική τους πορεία το επέτρεπε, οι ασθενείς έπαιρναν εξιτήριο την ίδια ημέρα της επέμβασης.

28.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΤΕΡΗΔΟΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΒΟΛΗΣ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΜΟΝΙΜΟΥ ΓΟΜΦΙΟΥ ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΝΗΣΟΥ ΛΕΡΟΥ

Παπανδρέου Α, Κουμπάρου Κ, Κριθιώτης Ν, Γεωργιάδης Σ, Μεσσήνη Μ, Γεωργιάδης Μ

Σκοπός της παρούσας επιδημιολογικής μελέτης είναι να καταγράψει την τερηδονική προσβολή του πρώτου μόνιμου γομφίου στο μαθητικό πληθυσμό της νήσου Λέρου, και να καταδείξει τις ανάγκες θεραπευτικής παρέμβασης και την αναγκαιότητα εφαρμογής προγραμμάτων οδοντιατρικής πρόληψης. Η μελέτη έγινε από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου και του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης.

Υλικό και Μέθοδος: Εξετάστηκαν 227 μαθητές, ηλικίας 6-11 ετών, σε δημοτικά σχολεία της νήσου Λέρου. Συνολικά εξετάστηκαν 838 πρώτοι μόνιμοι γομφίοι. Η εξέταση των μαθητών έγινε στα οδοντιατρεία των Εξωτερικών Ιατρείων του Κέντρου Υγείας με κάτοπτρο και ανιχνευτήρα και τεχνητό οδοντιατρικό φωτισμό. Τα ευρήματα καταγράφηκαν σε έντυπο, σύμφωνα με τις οδηγίες της Π.Ο.Υ., ενημερώθηκαν οι γονείς των μαθητών για την οδοντιατρική κατάσταση των παιδιών τους και δόθηκαν οδηγίες.

Αποτελέσματα: Ηλικία 6 ετών: προσβολή 3,4%, δείκτης αναγκών 100%, Ηλικία 7 ετών: προσβολή 5,6%, δείκτης αναγκών 100%. Ηλικία 8 ετών: προσβολή 9,9%, δείκτης αναγκών 86%. Ηλικία 9 ετών: προσβολή 19,8%, δείκτης αναγκών 73%. Ηλικία 10 ετών: προσβολή 24,3%, δείκτης αναγκών 76,3%. Ηλικία 11 ετών: προσβολή 37%, δείκτης αναγκών 42,4%. Σύνολο ηλικιών 6-11 ετών: προσβολή 19%, δείκτης αναγκών 63,3%. Σε ανάλογες μελέτες του Οδοντιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης, έχουν βρεθεί οι

εξής τιμές: Αθήνα (Β.Α. προάστια): προσβολή 34,2%, δείκτης αναγκών 58,5%. Νησιά Δ. Αιγαίου (χωρίς οδοντιατρικές υπηρεσίες): προσβολή 33,3%, δείκτης αναγκών 83,6%.

Συζήτηση: Από τη στατιστική ανάλυση των ευρημάτων προκύπτουν τα εξής: 1) Το ποσοστό προσβολής του πρώτου μόνιμου γομφίου στη νήσο Λέρο είναι μικρότερο από αυτό των νησιών του Δ. Αιγαίου και της Αθήνας. Αντίθετα, το ποσοστό προσβολής που καταγράφηκε στα νησιά του Δ. Αιγαίου και στην Αθήνα δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά. 2) Το ποσοστό ενεργού τερηδόνας (D) του πρώτου μόνιμου γομφίου στη νήσο Λέρο είναι μικρότερο από το αντίστοιχο των νησιών του Δ. Αιγαίου και της Αθήνας. Το ποσοστό αυτό στα νησιά του Δ. Αιγαίου είναι μεγαλύτερο από της Αθήνας με στατιστικά σημαντική διαφορά. 3) Το ποσοστό των πρώτων μόνιμων γομφίων που έχουν έμφραξη (F), στη νήσο Λέρο είναι μικρότερο και παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά από το αντίστοιχο των Αθηνών, ενώ με το αντίστοιχο ποσοστό των νησιών του Δ. Αιγαίου δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά. Το ποσοστό αυτό των νησιών του Δ. Αιγαίου παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά από το αντίστοιχο των Αθηνών, το οποίο είναι μεγαλύτερο. Σύμφωνα με τα ανωτέρω, στη νήσο Λέρο, παρότι υπάρχει ανάγκη για θεραπευτική παρέμβαση, προτεραιότητα πρέπει να δοθεί στην προληπτική οδοντιατρική, για την προαγωγή της στοματικής υγείας και τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

29. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Νικολόπουλος Γ, Μασγάλα Α, Παπαδημόπουλος Δ, Τσαντές Α, Παρασκευά Δ

Σκοπός: Ανάλυση και εκτίμηση της πορείας της HIV λοίμωξης στην Ελλάδα. Σύγκριση με τα Ευρωπαϊκά και Παγκόσμια επιδημιολογικά δεδομένα.

Υλικό και Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη. Τα επιδημιολογικά δεδομένα προέρχονται από το γραφείο HIV λοίμωξης του ΚΕΕΛ.

Αποτελέσματα: Από την αρχή της επιδημίας μέχρι το πρώτο εξάμηνο του 2003, έχουν δηλωθεί στην Ελλάδα 6.521 άτομα θετικά στον ιό HIV. Οι άνδρες αποτελούν τη συντριπτική πλειοψηφία (80,37%). Ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης είναι μέσω της σεξουαλικής επαφής, καθώς το 45,1% των περιστατικών είναι άνδρες που έχουν σεξουαλικές επαφές με άλλους άνδρες (MSM) και το 18,6% άνδρες και γυναίκες που μολύνθηκαν διαμέσου της ετεροφυλοφιλικής επαφής. Διαχρονικά, η αυξη-

τική τάση της επιδημίας στη δεκαετία του 90, ανακόπτεται το 2000. Οι αναλογίες ως προς τον τρόπο μόλυνσης δείχνουν μείωση για τους MSM από το 1996 έως 1999, με την τάση να σταθεροποιείται τα τελευταία χρόνια, ενώ παρατηρείται μία μικρή αλλά σταθερή αύξηση για τη μετάδοση μέσω της ετεροφυλοφιλικής επαφής. Ο αριθμός των περιπτώσεων AIDS ανέρχεται σε 2.394 και ο αριθμός των θανάτων σε 1.359.

Συμπεράσματα: Η HIV λοίμωξη αποτελεί την αιτία εκατομμυρίων θανάτων παγκοσμίως. Στη χώρα μας, αν και η επίπτωση βρίσκεται κάτω από τον κοινοτικό μέσο όρο, περίπου 400 νέες περιπτώσεις ατόμων θετικών στον ιό HIV δηλώνονται κάθε χρόνο. Ως εκ τούτου η ευρύτερη ενημέρωση και πρόληψη του πληθυσμού κρίνεται απαραίτητη.

30. ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟΝ ΙΟ HIV ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μασγάλα Α, Τσαντές Α, Νικολόπουλος Γ, Παπαδημόπουλος Δ, Παρασκευά Δ

Σκοπός: Ανάλυση και εκτίμηση των επιδημιολογικών δεδομένων που αφορούν στην επαγγελματική έκθεση των οδοντιάτρων στον ιό HIV.

Υλικό και Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη. Τα επιδημιολογικά δεδομένα προέρχονται από το γραφείο HIV λοίμωξης του ΚΕΕΛ και αφορούν σε επαγγελματική έκθεση στον ιό HIV από το 1996 έως σήμερα.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 121 περιστατικά επαγγελματικής έκθεσης στον ιό HIV έχουν καταγραφεί, τα 24 από τα οποία το 2003. Τα περιστατικά αυτά αφορούν σε ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Από το 1997 έως σήμερα έχουν καταγραφεί 5 περιστατικά επαγγελματικής έκθεσης σε οδοντιάτρους (3 γυναίκες και 2 άνδρες) και 1 σε βοηθό οδοντίατρο. Τα 4 από τα 6 δηλώθηκαν το 2003. Ο τρόπος έκθεσης ήταν τρύπημα από βελόνα αναι-

σθησίας (διαδερμική έκθεση). Ανάλογα με τη βαρύτητα της έκθεσης, δόθηκαν σε 2 από τους 6 το βασικό σχήμα (δύο νουκλεοσιδικοί αναστολείς αναστροφής μεταγραφάσης) και στους υπόλοιπους το ευρύ σχήμα (βασικό σχήμα + αναστολέας πρωτεάσης). Σε κανέναν από τους εκτεθειμένους (οδοντίατρος και μη), δεν καταδείχθηκε επαγγελματική μετάδοση.

Συμπεράσματα: Η πιθανότητα να μολυνθεί ένας οδοντίατρος κατά τη διάρκεια άσκησης του επαγγελματός του είναι μικρή αλλά υπαρκτή, καθώς ο μέσος κίνδυνος μετάδοσης από διαδερμική έκθεση είναι 0,3%, ενώ μετά από έκθεση βλενογόνου σε αίμα 0,09%. Έτσι, η γνώση που αφορά στους τρόπους προφύλαξης αλλά και στη σωστή αντιμετώπιση της έκθεσης στον ιό, κρίνεται επιβεβλημένη.

31. ΟΜΑΛΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΜΕ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ

Γεωργακοπούλου Ε, Λάσκαρης Γ, Μαλάμος Δ

Από το Στοματολογικό Τμήμα της Πανεπιστημιακής Δερματολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και το Νοσοκομείο «Α. ΣΥΓΓΡΟΣ»

Ο ομαλός λειχήνας είναι χρόνια δερματοβλεννογόνια φλεγμονώδης νόσος. Η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη, αν και υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι στην παθογένειά της συμμετέχουν ανοσολογικοί μηχανισμοί. Ο στοματικός βλεννογόνος προσβάλλεται αρκετά συχνά και μπορεί να αποτελέσει τη μοναδική εντόπιση της νόσου. Ο ομαλός λειχήνας εμφανίζεται κυρίως σε άτομα μέσης ηλικίας και σπάνια σε παιδιά. Στην εργασία αυτή γίνεται αναφορά δύο περιπτώσεων διαβρωτικής μορφής ομα-

λού λειχήνα με αποκλειστική εντόπιση στο στόμα, σε δύο παιδιά ηλικίας 6 και 10 ετών αντίστοιχα, τα οποία παρακολουθούνται στο Στοματολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Α. Συγγρός». Γίνεται λεπτομερής καταγραφή των κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων των ασθενών. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαφορική διάγνωση της νόσου, στην οποία γίνεται εκτενής αναφορά. Τέλος, συζητούνται τα προβλήματα της θεραπευτικής αγωγής των ασθενών, καθώς και η πορεία της νόσου.

32. ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΟΒΛΑΣΤΩΜΑ. ΚΛΙΝΙΚΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Κυριακόπουλος Β, Χρυσομάλη Ε, Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε, Παπανικολάου Σ

Από τον Τομέα Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Το περιφερικό αδαμαντινοβλάστωμα είναι ένας καλοήθης οδοντογενής όγκος που αναπτύσσεται στα ούλα ή στο φατνιακό βλεννογόνο νωδών περιοχών. Κλινικά εμφανίζεται ως ασυμπτωματική εξωφυτική εξεργασία, με ελαστική υφή, ευρεία βάση, επιφάνεια λεία, λοβωτή ή ακόμα και εξελκωμένη στις περιπτώσεις χρόνιου τραυματισμού. Η χροιά του όγκου είναι συνήθως φυσιολογική, ρόδινη έως και έντονα ερυθρή. Το περιφερικό αδαμαντινοβλάστωμα εντοπίζεται συχνότερα στην κάτω γνάθο, κυρίως στην περιοχή των προγομφίων, ενώ στην άνω γνάθο η γομφιακή περιοχή αναφέρεται ως η πιο συχνή θέση εμφάνισης αυτού του όγκου. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν υπάρχουν ακτινογραφικά ευρήματα, ωστόσο μπορεί να παρατηρηθεί κυπελλοειδής απορρόφηση της φατνιακής απόφυσης, λόγω πίεσης από τον όγκο. Ιστολογικά το περιφερικό αδαμαντινοβλάστωμα χαρακτηρίζεται από νησίδες, δοκίδες ή χορδές οδοντογενούς επιθηλίου σε υπόστρωμα ινώδους συν-

δετικού ιστού. Οι συνηθέστεροι ιστολογικοί τύποι είναι ο θυλακιώδης, ο ακανθωτός και ο δικτυωτός. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των κλινικών και ιστοπαθολογικών χαρακτηρισμών 7 περιπτώσεων περιφερικού αδαμαντινοβλαστώματος, που προέρχονται από το αρχείο του Εργαστηρίου της Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, μεταξύ των ετών 1970 και 2003. Οι περιπτώσεις αυτές συνιστούσαν το 0,03% του συνόλου των ιστολογικών διαγνώσεων της αντίστοιχης περιόδου. Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 52 μέχρι 81 έτη, με μέση ηλικία 64,3 έτη. Ως προς το φύλο, οι άνδρες υπερτερούσαν σε σχέση με τις γυναίκες, σε αναλογία 1,3 : 1. Αναφορικά με την εντόπιση, 5 περιπτώσεις αφορούσαν στην περιοχή των γομφίων της άνω γνάθου και μόνο 2 εντοπίζονταν στην κάτω γνάθο. Όσον αφορά στα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά, ο συχνότερος τύπος που παρατηρήθηκε ήταν ο θυλακιώδης και ο ακανθωτός.

33. ΛΕΥΚΟΠΛΑΚΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ. ΚΛΙΝΙΚΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 445 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Μακρή Α, Λάσκαρης Γ

Από το Στοματολογικό Τμήμα της Πανεπιστημιακής Δερματολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και το Νοσοκομείο «Α. ΣΥΓΓΡΟΣ»

Η λευκοπλακία είναι προκαρκινική βλάβη που εκδηλώνεται με τη μορφή λευκών πλάκων στο βλεννογόνο του στόματος, οι οποίες δεν αποκολλούνται και δεν μπορούν να ταξινομηθούν σε συγκεκριμένη νοσολογική οντότητα. Οι βλάβες αυτές είναι μορφολογικές και ιστολογικές αλλοιώσεις του βλεννογόνου, οι οποίες μπορεί να εμφανίσουν επιθηλιακή δυσπλασία και να αποτελέσουν έδαφος ανάπτυξης καρκίνου. Η αιτιολογία της λευκοπλακίας δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί. Διάφοροι τοπικοί παράγοντες, όπως το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοολούχων ποτών και η κακή στοματική υγιεινή σχετίζονται με την εμφάνιση της λευκοπλακίας. Επιπλέον, οι ιογενείς λοιμώξεις HPV, καθώς και η έλλειψη σιδήρου μπορεί να συμμετέχουν στην εκδήλωση της λευκοπλακίας. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η

κλινικοπαθολογική ανάλυση 445 περιπτώσεων λευκοπλακίας που μελετήθηκαν κατά το χρονικό διάστημα 1995 - 2003. Πιο συγκεκριμένα, αναλύονται: α) οι προδιαθεσικοί παράγοντες (κάπνισμα, αλκοόλ), β) η κατανομή κατά φύλο, ηλικία και εντόπιση της λευκοπλακίας, γ) η κλινική μορφή της νόσου και δ) τα ιστοπαθολογικά ευρήματα. Στην εισήγηση προσδιορίζονται οι εργαστηριακοί προκαρκινικοί δείκτες ή δείκτες πιθανής εξαλλαγής της λευκοπλακίας. Αναφέρονται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στη λευκοπλακία βάσει κλινικών και εργαστηριακών κριτηρίων και, τέλος, τονίζεται ο σημαντικός ρόλος του οδοντιάτρου στην αναγνώριση και διάγνωση της λευκοπλακίας και η σημασία της πρώιμης παρέμβασης στην πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου του στόματος.

34. ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Παραρά Ε, Κολόμβος Ν, Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε

Από τη Γναθοχειρουργική Κλινική της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εκτιμηθεί ο βαθμός συμμόρφωσης των ασθενών στις οδηγίες που δίνονται μετά από επεμβάσεις στη στοματική κοιλότητα.

Υλικό και μέθοδος: Σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ενδοστοματικές χειρουργικές επεμβάσεις με τοπική αναισθησία και στους οποίους δόθηκαν, όπως είναι καθιερωμένο, γραπτές και προφορικές μετεγχειρητικές οδηγίες, ζητήθηκε κατά την επανεξέτασή τους να απαντήσουν ανώνυμα σε ένα ερωτηματολόγιο, μία εβδομάδα μετά την επέμβαση. Η πρόσκληση των ασθενών να συμμετάσχουν έγινε κατά την επανεξέτασή τους, με τη σειρά προσέλευσης και χωρίς άλλη επιλογή. Οι ερωτήσεις είχαν στόχο να διευκρινισθεί εάν οι ασθενείς θυμούνταν με ποιο τρόπο είχαν λάβει οδηγίες (προφορικά, γραπτά), τη συμμόρφωσή τους σε αυτές και στη φαρμακευτική αγωγή και να σημειωθούν τα σχόλιά τους.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς (96) δέχθηκαν να απαντήσουν ανώνυμα στο ερωτηματολόγιο. Συμμετείχαν 36 άνδρες και 60 γυναίκες, ηλικίας από 19 έως 67 ετών, με διάμεση τιμή τα 31 έτη. Από τους ασθενείς, 3 (3,12%) δεν θυμούνταν να είχαν λάβει μετεγχειρητικές οδηγίες, ενώ άλλοι 3 ανέφεραν ότι έλαβαν οδηγίες μόνο προφορικά. Σχετικά με την αντιβιοτική αγωγή, η πλειοψηφία των ασθενών ακολούθησε τις οδηγίες, είτε αφορούσαν σε χορήγηση αντιβιοτικών, είτε όχι. Τρεις ασθενείς πήραν αντιβίωση με δική τους πρωτοβουλία μετεγχειρητικά, ενώ άλλοι 5 άλλαξαν τη δοσολογία, μειώνοντας την ημερήσια δόση.

Συμπεράσματα: Γραπτές και προφορικές οδηγίες, διατυπωμένες απλά και λεπτομερώς, βοηθούν στη βελτίωση της συμμόρφωσης των ασθενών και στη μείωση του μετεγχειρητικού stress.

35. ΝΕΥΡΟΪΝΩΜΑΤΩΣΗ ΤΥΠΟΥ I. ΑΝΑΦΟΡΑ ΜΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑΣ

Αντωνιάδης Α, Λίνκ-Τσατσούλη Ι

Από το Εργαστήριο Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Η νευροϊνωμάτωση περιλαμβάνει τουλάχιστον δύο παθήσεις που κληρονομούνται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα, ενώ οι κλινικές εκδηλώσεις που παρουσιάζει είναι δυνατόν να απαιτήσουν τη φροντίδα ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων. Πρόκειται για κλινικά και γενετικά διαφορετικές παθήσεις, παρά την κοινή τους ονομασία και τις φαινομενικές ομοιότητές τους. Μία από αυτές τις παθήσεις ήταν παλαιότερα γνωστή σαν νόσος του Recklinghausen ή νευροϊνωμάτωση τύπου 1 (NF-1) ή περιφερική νευροϊνωμάτωση, ενώ νευροϊνωμάτωση τύπου 2 (NF-2) ονομαζόταν η αμφοτερόπλευρη ακουστική νευροϊνωμάτωση. Εκτός από τον κλασικό τύπο, ανεβρέθησαν επιπλέον άλλοι επτά τύποι της πάθησης. Η NF-1 είναι μία από τις συνηθέστερες παθήσεις, με συχνότητα εμφάνισης σχεδόν 1 σε 2.500-3.000 γεννήσεις. Αντιπροσωπεύει το 85-90% των περιπτώσεων νευροϊνωμάτωσης. Παρόλο που περίπου 50% των ατόμων που προσβάλλονται έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό, όπου η πάθηση μεταδίδεται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα, το υπόλοιπο ποσοστό φαίνεται να αντιπροσωπεύει νέες σποραδικές μεταλλάξεις. Παρά το ότι η πάθηση έχει 100% διεισδυτικότητα, η κλινική της μορφή μπορεί να ποικίλει μέσα στην ίδια οικογένεια. Το παθογόνο γονίδιο της NF-1, που ονομάζεται nf-1, έχει χαρτογραφηθεί στη θέση 11.2 του μακρού βραχίονα του χρωμοσώματος 17. Όσον αφορά στη συχνότητα εμφάνισης της νόσου στη στοματική κοιλότητα, υπάρχουν αντι-

κρούμενες αναφορές. Υπολογίζεται πάντως στο 95% των περιπτώσεων. Νευροϊνώματα μπορεί να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε θέση του στόματος. Το ιδιαίτερο ενδιαφέρον της πάθησης οφείλεται στο γεγονός ότι στο 5% των περιπτώσεων είναι δυνατόν τα νευροϊνώματα να υποστούν κακοήγη εξαλλαγή. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση μιας περίπτωσης κληρονομικής νευροϊνωμάτωσης. Αφορά σε ασθενή ηλικίας 2,5 ετών, η οποία παρουσίαζε σημαντική ασυμμετρία του αριστερού ημιμορίου του άνω χείλους. Η κλινική εξέταση απεκάλυψε υποβλεννογόνια, σκληροελαστική μάζα με σαφή όρια. Η ενδοστοματική εξέταση δεν απεκάλυψε την ύπαρξη άλλων παθολογικών εκδηλώσεων. Μερικές café-au-lait κηλίδες, διαφόρου μεγέθους, βρέθηκαν στο δέρμα της ράχης και της κοιλιακής χώρας. Οι κηλίδες αυτές παρατηρήθηκαν από τους γονείς του κοριτσιού τις πρώτες ημέρες μετά τη γέννησή του. Το οικογενειακό ιστορικό απεκάλυψε ότι μόνο για τη μητέρα της υπήρχε θετική διάγνωση της NF-1. Τα ευρήματα της έγχρωμης υπερηχογραφίας Doppler και της μαγνητικής τομογραφίας οδήγησαν στη διάγνωση αιμαγγειώματος. Η διαφοροδιάγνωση έγινε από την πολυοστική ινωματώδη δυσπλασία με ενδοκρινικές διαταραχές (σύνδρομο McCune-Albright), το σύνδρομο της πολλαπλής κληρονομικής ενδοκρινικής νεοπλασίας τύπου III και το σύνδρομο της συγγενούς δυσπλασίας των βασικών κυττάρων. Τέλος, η διάγνωση νευροϊνώματος οριστικοποιήθηκε με τη λήψη βιοψίας.

36. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΑΠΟ ΑΘΛΟΠΑΙΔΙΕΣ, ΩΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΦΗΜΕΡΙΑΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Βαλαμβάνος Κ, Ζερβού-Βάλβη Φ, Χριστοφορίδης Χ

Από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

Κατά τη διάρκεια αθλοπαιδιών δεν είναι σπάνια η πρόκληση κακώσεων της στοματο-

γναθικής περιοχής. Για την αντιμετώπισή τους αρκεί από αυτούς τους ασθενείς απευθύ-

νονται στα εφημερεύοντα Οδοντιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση των περιστατικών με τραύματα της στοματογναθικής περιοχής που προσέρχονται για αντιμετώπιση εκτάκτως σε Οδοντιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου. Για το σκοπό αυτό αξιολογήθηκαν 864 ασθενείς που προσήλθαν λόγω τραυματισμού της στοματογναθικής περιοχής, σε σύνολο 31.550 έκτακτων περιστατικών, στα Εξωτερικά Ιατρεία του Οδοντιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» από 1/1/1992 έως 31/12/2000. Μετά από αξιολόγηση και κριτική ανάλυση των αρχείων του Τμήματος προέκυψαν τα ακόλουθα: 1) Η συχνότητα προσέλευσης τέτοιων έκτακτων περιστατικών ήταν χαμηλή. Αυτοί οι ασθενείς αποτελούσαν πε-

ρίπου το ένα τρίτο του συνόλου των προσερχόμενων εκτάκτως με τραύματα του στόματος που οφείλονταν σε διαφορετικούς λόγους και αντιστοιχούσαν περίπου στο 1% του συνόλου των έκτακτων περιστατικών. 2) Οι άνδρες ήταν σημαντικά περισσότεροι από τις γυναίκες. 3) Τα άτομα που ανήκουν στις δύο πρώτες δεκαετίες της ζωής, είναι τα συχνότερα προσβαλλόμενα. 4) Η πλειονότητα των τραυματισθέντων έφερε κακώσεις στα δόντια και τους περιρριζικούς ιστούς, με συχνότερη εντόπιση την πρόσθια μοίρα της άνω γνάθου. Συμπερασματικά πρέπει να λεχθεί, ότι ο νοσοκομειακός οδοντίατρος πρέπει να είναι εξοικειωμένος με την αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών, οι δε προσπάθειες της πρόληψης των ατυχημάτων κατά τη διάρκεια αθλοπαιδιών πρέπει να ενταθούν.

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΝΤΙΓΝΩΜΙΕΣ

37. ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΚΟΝΔΥΛΟΥ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ

Πανταζής Γ

Τα κατάγματα του κονδύλου της κάτω γνάθου απαντώνται συχνά στην καθημερινή γναθοχειρουργική πράξη. Η αντιμετώπισή τους έχει προκαλέσει πολλές αντιγνώμιες και εξακολουθεί να αποτελεί πεδίο επιστημονικών αντιπαραθέσεων σχετικά με το είδος της θεραπείας. Τα κατάγματα του κονδύλου ταξινομούνται σε κατηγορίες, αναλόγως του ανατομικού σημείου του κλάδου, στο οποίο εντοπίζονται και του βαθμού παρεκτόπισης του κατεαγότος τμήματος. Εφαρμόζονται δύο είδη θεραπείας, η συντηρητική και η χειρουργική. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση και η παρουσίαση των σύγχρονων απόψεων που διέπουν την αντιμετώπιση των καταγμάτων του κονδύλου της κάτω γνάθου. Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την επιλογή του είδους της θεραπείας είναι η ηλικία του καταγματία. Υπάρχουν περιπτώσεις που αποτελούν απόλυτες ενδείξεις, τόσο για τη συντηρητική, όσο και για τη χειρουργική αγωγή. Οι αντικρουόμενες απόψεις των γναθο-

χειρουργών αφορούν στις περιπτώσεις εκείνες που τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της μιας ή της άλλης μεθόδου ιεραρχούνται και αξιολογούνται διαφορετικά από τους επεμβαίνοντες. Η ανοικτή ανάταξη και ακινητοποίηση των κατεαγότων τμημάτων οδηγεί σε καλύτερα, από λειτουργικής και αισθητικής απόψεως, αποτελέσματα, εμπεριέχει όμως αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών. Πολύ πρόσφατα εμφανίζονται στη βιβλιογραφία περιπτώσεις κονδυλικών καταγμάτων, που αντιμετωπίζονται χειρουργικά με τη βοήθεια ενδοσκοπικών τεχνικών. Η μεθοδολογία αυτή συνδυάζει τα πλεονεκτήματα της ανοικτής ανάταξης με την ελαχιστοποίηση ή εξάλειψη των μειονεκτημάτων ή των πιθανών επιπλοκών των χειρουργικών τεχνικών και υπόσχεται να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των καταγμάτων του κονδύλου της κάτω γνάθου, εφόσον εξοικειωθούν οι επεμβαίνοντες, εξελιχθούν οι τεχνικές, σχεδιαστούν νέα εργαλεία και γενικευθεί η χρήση της.

38.

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ. ΛΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΕΝΑ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ

Σουρμελής Α

Εισαγωγή: Από την πρώτη στιγμή της εμφάνισης των εμφυτευμάτων η προσθετική τους προσέγγιση προκαλούσε ερωτηματικά. Και αυτά δημιουργήθηκαν από το γεγονός ότι το abutment, το νέο αυτό «οδοντικό» κολόβωμα, ήταν πλήρως ενσωματωμένο με τους ιστούς, χωρίς να παρεμβάλλεται κανενός είδους περιοδόντιο.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η απλοποίηση της προσθετικής προσέγγισης των οδοντικών εμφυτευμάτων, μέσω ενός απλού και πλήρως κατανοητού τρόπου.

Υλικό και μέθοδος: Στην εργασία αυτή θα παρουσιαστούν δέκα απλές και σύνθετες περιπτώσεις προσθετικής αποκατάστασης με ένα ή περισσότερα εμφυτεύματα, όπως και όλη η διαδικασία που ακολουθήθηκε για την ολοκληρωμένη αποκατάσταση. Η στενή συνεργασία γναθοχειρουργού, οδοντιάτρου και έμπειρου οδοντοτεχνίτη με το εξειδικευμένο εργαστήριό του, ήταν η αναγκαία προϋπόθεση για την επιτυχία του αποτελέσματος.

Αποτελέσματα: Η προσθετική πάνω από τα εμφυτεύματα δεν διαφέρει ουσιαστικά από την κλα-

σική προσθετική που ο σημερινός οδοντίατρος γνωρίζει, αφού οι γνώσεις του επαρκούν σαφώς για την επιτυχία της. Ο σχεδιασμός βέβαια μίας μεμονωμένης στεφάνης ή μίας γέφυρας ή μίας επένθετης οδοντοστοιχίας, πρέπει να ακολουθεί ένα συγκεκριμένο χειρουργικό πλάνο και αυτό θα συναποφασίσουν οι δύο ιατροί. Η συμμετοχή όμως του οδοντιάτρου που ήταν καθοριστική, απεδείχθη πολύ απλή συγχρόνως.

Συμπεράσματα: Η προσθετική πάνω από εμφυτεύματα δεν διαφέρει ουσιαστικά από την κλασική προσθετική και πρέπει να αντιμετωπίζεται με απλό τρόπο. Στην περίπτωση των εμφυτευμάτων πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν ότι στη θέση ενός φυσικού οδοντικού ιστού υπάρχει ένα μεταλλικό υποκατάστατο με διαφορετική συμπεριφορά και ιδιότητες. Η συνεχής επιμόρφωση και γνώση πάνω στη συμπεριφορά των εμφυτευμάτων στην πορεία του χρόνου, είναι μία αναμφισβήτητη υποχρέωση όλων των εμπλεκόμενων ιατρών. Και αυτό με στόχο την καλύτερη κατανόηση και μελέτη της εμφυτευματολογίας, της σύγχρονης αυτής επανάστασης για την οδοντιατρική επιστήμη.

39.

ΑΚΡΟΡΡΙΖΕΚΤΟΜΗ: ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟ Ή ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Χριστόπουλος Π

Η τεχνική της ακρορριζεκτομής, η εκτομή δηλαδή του ακρορριζίου παράλληλα με τη χειρουργική αφαίρεση της αλλοίωσης, χρησιμοποιείται συχνά και με μεγάλη επιτυχία για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των περιακρορριζικών αλλοιώσεων. Η ευρεία χρήση της είναι δυνατόν να οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι μπορεί να αποτελέσει υποκατάστατο της ενδοδοντικής θερα-

πείας. Είναι όμως επιστημονικά ορθό το συμπέρασμα αυτό; Αποτελεί δηλαδή η ακρορριζεκτομή τη μέθοδο εκλογής για τη θεραπεία των περιακρορριζικών αλλοιώσεων; Σκοπός της παρουσίας αυτής είναι να απαντήσει τεκμηριωμένα στο ερώτημα αυτό. Παρουσιάζονται λεπτομερώς οι ενδείξεις και οι αντενδείξεις της ακρορριζεκτομής, αλλά και οι προϋποθέσεις που

πρέπει να ισχύουν για την επιτυχία της επέμβασης. Ξεχωριστή σημασία δίνεται στην επισήμανση του ιδιαίτερα σημαντικού ρόλου που έχει η σωστή ενδοδοντική θεραπεία, όταν αυτή είναι εφικτή, στην καλή πρόγνωση της ακρορριζεκτομής. Συμπερασματικά προκύπτει ότι σε πολλές περιπτώσεις περιακρορριζικών αλλοιώσεων η ενδοδοντική θεραπεία μόνη της είναι η θεραπεία εκλογής, ενώ υπάρχει και σημαντικός αριθμός περιπτώσεων (μεγάλες αλλοιώσεις, διαγνωστική αμφιβολία, αποτυχημένες επαναλή-

ψεις ενδοδοντικών θεραπειών), όπου η ακρορριζεκτομή αποτελεί ένα πολυτιμότερο συμπλήρωμά της. Τέλος, σε κάποιες περιπτώσεις (πρόσφατες προσθετικές εργασίες, ενδορριζικοί άξονες, σπασμένα μικροεργαλεία, ενασβεστωμένοι ή πολύ κεκαμμένοι ριζικοί σωλήνες) η ακρορριζεκτομή υποκαθιστά την ενδοδοντική θεραπεία σαν θεραπεία εκλογής. Θα πρέπει πάντως να τονιστεί ότι η προσπάθεια επανάληψης μιας κακής ενδοδοντικής θεραπείας προηγείται πάντοτε της ακρορριζεκτομής.

ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

40. ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΩΝ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΗΡΩΝ

Κολόμβος Ν, Σπανού Α

Εισαγωγή: Η παραμονή των εγκλείστων ή ημικλειστών σωφρονιστήρων των γνάθων, προδιαθέτει ως γνωστόν ορισμένες φορές στην ανάπτυξη διαφόρων παθολογικών καταστάσεων. Γι' αυτό το λόγο πολλές φορές επιβάλλεται η αφαίρεσή τους, χειρουργική πράξη που συχνά καλείται να εκτελέσει τόσο ο γενικός οδοντίατρος, όσο και ο ειδικός γναθοχειρουργός. Η συγκεκριμένη όμως χειρουργική διαδικασία συνοδεύεται συχνά από συμβάματα και επιπλοκές, οι οποίες είναι συχνότερα ήπιες, αλλά και που ορισμένες φορές αποδεικνύονται πιο σοβαρές.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να γίνει μία εκτενής αναφορά στα συμβάματα και τις επιπλοκές που αφορούν στη χειρουργική αφαίρεση των εγκλείστων σωφρονιστήρων των γνάθων και που σχετίζονται με την προεγχειρητική, τη διεγχειρητική, αλλά και την άμεση και απώτερη μετεγχειρητική περίοδο.

Υλικό: Μελετήθηκαν τα σχετικά με το θέμα άρθρα της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, που αφορούν όχι μόνο στην εμφάνιση και την κλινική εικόνα εκδήλωσης των επιπλοκών, αλλά και τα μέτρα που οδηγούν στη μείωση αυτών και στους τρόπους αντιμετώπισής τους.

Αποτελέσματα: Όσον αφορά στις προεγχειρητικές επιπλοκές, αυτές έχουν σχέση με προβλήματα της συστηματικής υγείας του ασθενή και με τη λανθασμένη τέλεση της τοπικής αναισθησίας. Οι διεγχειρητικές επιπλοκές αφορούν συνήθως την πρωτοπαθή αιμορραγία, κατάγμα του προς εξαίρεση ή του όμορου δοντιού, της φατνιακής απόφυσης ή της κάτω γνάθου, την απώθηση ακρορριζίου, ρίζας ή και ολόκληρου του δοντιού σε διάφορους ανατομικούς χώρους, την κάκωση νεύρων και τον τραυματισμό των μαλθακών ιστών. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές αφορούν συνήθως στην εμφάνιση διόγκωσης (αιμάτωμα ή και οίδημα), άλγους, αντιδραστικής αιμορραγίας, μειωμένης διάνοιξης στόματος, ξηρού φατνίου, διαταραχής της επούλωσης και λοίμωξης.

Συμπεράσματα: Τα συμβάματα και οι επιπλοκές που αφορούν στη χειρουργική αφαίρεση των εγκλείστων σωφρονιστήρων δεν είναι τόσο σπάνια. Ως εκ τούτου, η γνώση των μέτρων αποφυγής και αντιμετώπισής τους καθίσταται αναγκαία, γιατί διαφορετικά μπορεί να προκύψουν επιπτώσεις οι οποίες μερικές φορές μπορεί να αποδειχθούν δυσμενείς τόσο για τον ασθενή, όσο και για τον ιατρό. Τα κυριότερα από αυτά είναι η λήψη εκτενούς ιστορικού, γνώση της ανατομίας και προεγχειρητική μέλση του περιστατικού, προεγχειρητικός απεικονιστικός έλεγχος, ενημέρωση του ασθενή και των οικείων του, τήρηση των βασικών αρχών χειρουργικής και σαφείς και λεπτομερείς μετεγχειρητικές οδηγίες.

41. ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΟΒΛΑΣΤΩΜΑ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Μαρτιμιανάκη Μ, Ρωμάνος Γ, Κονσολάκη Ε, Χαμαλάκη Ε, Χατζημανώλης Π

Από την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Το αδαμαντινοβλάστωμα είναι ένας οδοντογενής όγκος που προέρχεται από τα στοιχεία εκείνα που συμμετέχουν στα στάδια της οδοντογένεσης πριν από την ενεργοποίηση του μεσεγγύματος. Εντοπίζεται τόσο στην άνω όσο και στην κάτω γνάθο, συχνότερα δε στο σώμα και τη γωνία της κάτω γνάθου. Εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες, συχνότερα όμως μεταξύ 20 και 50 ετών, και ανακαλύπτεται είτε λόγω των κλινικών συμπτωμάτων που προκαλεί είτε σαν τυχαίο ακτινογραφικό εύρημα. Διαφορική διάγνωση επιβάλλεται να γίνει από κυστικές εξεργασίες των γνάθων, από άλλους οδοντογενείς όγκους, όπως το μύξωμα, το αδαμαντινοβλαστικό ίνωμα, το αδαμαντινοβλαστικό ινοσδόντωμα, καθώς και από κακοήθεις ενδοστικές βλάβες. Χαρακτηριστικό της βιολογικής συμπεριφοράς του αδαμαντινοβλαστώματος, είναι η τάση του για υποτροπή. Θεραπεία εκλογής αποτελεί η χειρουργική εκτομή σε υγιή

οστικά όρια με συνεξαίρεση των δοντιών που εμπλέκονται στην περιοχή του όγκου, ενώ η μετεγχειρητική παρακολούθηση είναι αρκετά συχνή τα πρώτα χρόνια, για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση πιθανής υποτροπής. Στην εργασία αυτή παρουσιάζεται μία περίπτωση ευμεγέθους αδαμαντινοβλαστώματος της κάτω γνάθου, σε ασθενή ηλικίας 18 ετών. Η βλάβη εκτεινόταν από την περιοχή του 34 έως και τον 36, αφήνοντας ανέπαφο το χείλος της κάτω γνάθου, έχοντας παρεκτοπίσει συγχρόνως τον 35 κοντά σε αυτό. Η θεραπεία αφορούσε στη χειρουργική εκτομή του όγκου σε υγιή κλινικά όρια, με ταυτόχρονη εξαίρεση των 34, 36 και του έγκλειστου 35. Έκτοτε ο ασθενής παρακολουθείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα και παραμένει ελεύθερος υποτροπής, ενώ στον περιοδικό απεικονιστικό έλεγχο είναι εμφανής η σταδιακή πλήρωση του οστικού ελλείμματος της κάτω γνάθου.

42. ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΑΠΟ ΠΥΡΟΒΟΛΟ ΟΠΛΟ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κοφινιδάκης Δ, Ρωμάνος Γ, Γκανασούλη Δ, Κονσολάκη Ε, Χατζημανώλης Π

Από την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Τα τραύματα από πυροβόλα όπλα στη στοματογναθοπροσωπική περιοχή, αποτελούν ένα ξεχωριστό και ενδιαφέρον πεδίο, τόσο για το γναθοπροσωπικό χειρουργό όσο και για το γενικό οδοντίατρο, από πλευράς κακώσεων σε οδοντοφόρες περιοχές των γνάθων και αποκατάστασης. Σε περιόδους ειρήνης προέρχονται μετά από απόπειρα αυτοκτονίας ή μετά από φιλονικίες ή ακόμη και από την αλόγιστη χρήση όπλων σε μαζικές κοινωνικές συναθροίσεις. Η αντιμετώπισή τους επιβάλλεται να γίνεται άμεσα, σύμφωνα με διεθνώς αναγνωρισμένα πρωτόκολλα αντιμετώπισης τραύματος (ATIS). Ευθύς μετά την άφιξη του τραυματία στο Νοσοκομείο, γίνεται άμεσος κλινικός και ακτινολογικός έλεγχος για τον αποκλεισμό ή την ανεύρεση

άλλων κακώσεων σε ζωτικά όργανα του ασθενούς. Ο εργαστηριακός έλεγχος σε αυτήν τη φάση είναι σημαντικός, συμπληρώνοντας την αρχική κλινική εξέταση. Η αιμοδυναμική σταθεροποίηση του ασθενούς, η εξασφάλιση της βατότητας του αεραγωγού (μέσω διασωλήνωσης ή τραχειοστομίας) και η αναγνώριση και άμεση αντιμετώπιση κακώσεων που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του τραυματία, αποτελούν τις πρώτες προτεραιότητες στην αντιμετώπισή του. Μετά τη σταθεροποίησή του, ο ασθενής οδηγείται στο χειρουργείο, όπου και γίνεται σχολαστικός χειρουργικός καθαρισμός για την απομάκρυνση των ξένων σωμάτων. Ακολουθεί η διερεύνηση του τραύματος σε δομές που βρίσκονται σε στενή γειτνίαση με τις υπάρχουσες κακώσεις

(κλάδοι προσωπικού νεύρου, εκφορητικοί πόροι μειζόνων σιελογόνων αδένων κ.ά.) και γίνεται συμπλησίαση των μαλακών μορίων με συρραφή κατά στρώματα. Κατάγματα του σπλαγχνικού κρανίου αντιμετωπίζονται με τη χρήση πλακών οστεοσύνθεσης, ενώ τα ελλείμματα του οστού των γνάθων είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν σε δεύτερη φάση, εφ' όσον δεν συντρέχουν λόγοι άμεσης αποκατάστασής τους. Η πλήρης αποκατάσταση των τραυματιών απαιτεί συχνά πολυάριθμες επεμβάσεις για την επίτευξη του μέγιστου θεραπευτι-

κού αποτελέσματος. Στη εργασία αυτή περιγράφεται η αντιμετώπιση τραυματία ηλικίας 55 ετών, που διακομίστηκε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου με τραύματα από πυροβόλο όπλο. Το ενδιαφέρον στην περίπτωση, πέρα από την αντιμετώπιση των κακώσεων του προσώπου, έγκειται στην αφαίρεση του ενσφηνωμένου ξένου σώματος (βολίδας) από το αριστερό πτερυγογναθιαίο διάστημα, μία εξαιρετικά επίπονη διαδικασία που απαιτεί εμπειρία και λεπτούς χειρισμούς για την επίτευξή της.

43. ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΕΦΑΛΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ

Μπουλούχου Ο, Δενδρινός Χ, Τσόβα Σ, Γιαμαρέλος Γ

Η θεραπεία ενηλίκων ασθενών με ορθογναθικές ανωμαλίες, απαιτεί συνδυασμένη ορθοδοντική και γναθοχειρουργική αντιμετώπιση. Σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται, πέραν της κλινικής εξέτασης, λεπτομερής διαγνωστικός έλεγχος. Σημαντικό ρόλο στη διαγνωστική μεθοδολογία κατέχει η κεφαλομετρική ανάλυση, όσον αφορά στην κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας, στη μελέτη των προεγχειρητικών ορθοδοντικών μεταβολών και των σκελετικών μεταβολών μετά τη χειρουργική αντιμετώπιση, καθώς και στην πρόβλεψη του συνολικού θεραπευτικού αποτελέσματος. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση μέσα από κλινικά παραδείγματα της μεθοδολογίας της κεφαλομετρικής ανάλυσης που αφορά τόσο στις οδοντοσκελετικές ανατομικές δομές και στα μαλακά μόρια όσο και στις μεταβολές τους σε συνάρτηση με

τη φύση της χειρουργικής μετάθεσης, που εφαρμόζεται στο Γναθοχειρουργικό Τμήμα του «Ιπποκρατείου» Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών. Συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά στη σχέση των γνάθων, τόσο ως προς την πρόσθια βάση του κρανίου όσο και μεταξύ τους κατά το προσθιοπίσθιο (γωνίες SNA, SNB, ANB, Ind.ANB) και το κατακόρυφο (γωνίες NL-NSL, ML-NSL, NL-ML) επίπεδο, στις αναλογίες μεταξύ προσθίου και οπισθίου ύψους του προσώπου (S-tgo/N-Me %), μεταξύ άνω και κάτω προσθίου ύψους του προσώπου (G-SN/SN-Wme %), στην κυρτότητα του προσώπου (γωνία GSNWPog), στην προπέτεια της μύτης (γωνία G-Pn-WPog), στην πρόταξη του άνω και κάτω χείλους, στη ρινοχειλική γωνία (Cm-Sn-LbSup), καθώς και στη γωνία μεταξύ κάτω τριτημόρου του προσώπου και λαιμού (γωνία Sn-Wpog/C-Wme).

44. ΟΙ ΚΑΤΑ WINTER ΚΑΙ PELL AND GREGORY ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΗΡΩΝ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ

Γιαμαρέλος Γ, Τσόβα Σ, Μπουλούχου Ο, Δενδρινός Χ

Το 1926 ο Winter ταξινόμησε με ακτινογραφικά κριτήρια τους έγκλειστους σωφρονιστήρες

της άνω και κάτω γνάθου, με βάση τη θέση τους σε σχέση με τον επιμήκη άξονα του δεύ-

τερου γομφίου. Σύμφωνα με την κατάταξη αυτή, οι σωφρονιστήρες διακρίνονται σε εγγύς γωνιώδεις, άπω γωνιώδεις, κατακόρυφους, οριζόντιους κ.ά. Το 1933 οι Pell and Gregory, στηριζόμενοι σε ακτινογραφίες, προσέθεσαν δύο ακόμη παραμέτρους στην ταξινόμηση των εγκλειστών σωφρονιστήρων: α) το βάθος της έγκλεισης και β) την απόσταση από την άπω επιφάνεια του δεύτερου γομφίου μέχρι το πρόσθιο χείλος του κλάδου. Με βάση την ταξινόμηση αυτή, σε ό,τι αφορά στους σωφρονιστήρες της άνω και κάτω γνάθου, διακρίνονται ως προς το βάθος της έγκλεισης, επίπεδα I, II και III, ενώ για τους σωφρονιστήρες της κάτω γνάθου, ανάλογα με τον χώρο που υπάρχει μετα-

ξύ της άπω επιφάνειας της μύλης του δεύτερου γομφίου με το πρόσθιο χείλος του κλάδου, διακρίνονται τάξεις I, II και III. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να αναδείξει τη χρησιμότητα των μεθόδων της ταξινόμησης των εγκλειστών σωφρονιστήρων και τη μεγάλη βοήθεια που μπορούν να προσφέρουν στην προεγχειρητική εκτίμηση πολλών παραμέτρων, όπως π.χ. ο βαθμός της χειρουργικής δυσκολίας, ο προβλεπόμενος χρόνος διάρκειας της επέμβασης, ο απαιτούμενος εξοπλισμός, η ενημέρωση του ασθενή κ.ά. και να βοηθήσουν τον οδοντίατρο να λάβει αποφάσεις όταν έρχεται στο δίλημμα της ανάληψης ή μη της χειρουργικής αφαίρεσης ενός εγκλειστού σωφρονιστήρα.

45. ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ. ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Κουρή-Καψαμπέλη Ε, Ζερβού-Βάλβη Φ

Σύμφωνα με στοιχεία της Διεθνούς Ένωσης για την πρόληψη, διάγνωση, εκτίμηση και θεραπεία της υπέρτασης (1997) το 20% του λευκού πληθυσμού και το 20-25% του αφρικανικού πληθυσμού των Η.Π.Α. είναι υπερτασικοί. Υπάρχουν τρεις ομάδες υπερτασικών ασθενών: οι αδιάγνωστοι, οι μη συμμορφούμενοι προς τη θεραπευτική αγωγή και οι ευρισκόμενοι υπό θεραπεία. Πολλοί ασθενείς που προσέρχονται στο οδοντιατρείο υπάγονται σε αυτές τις κατηγορίες. Σκοπός της ομιλίας είναι να αναφερθούν τα νέα δεδομένα που υπάρχουν στη βιβλιογραφία για την αντιμετώπιση των υπερτασικών ασθενών που επισκέπτονται τον οδοντίατρο. Η πίεση πρέπει να λαμβάνεται σε όλους τους ασθενείς σε κάθε συνεδρία. Επίσης, στους ιατρικά ελεγχόμενους υπερτασικούς η πίεση θα πρέπει να λαμβάνεται και κατά τη διάρκεια των οδοντιατρικών επεμβάσεων, όπως μικρή χειρουργική στόματος, πολύπλοκες επανορθωτικές οδοντιατρικές εργασίες, τοποθέτηση εμφυτευμάτων και περιοδοντική χειρουργική. Η πίεση σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα διακρίνεται σε: ιδανική, κανονική, κανονική υψηλού βαθμού, και σε πρώτο, δεύτερο και τρίτο στάδιο υπέρτασης. Οδοντιατρικοί

ασθενείς με το τρίτο στάδιο υπέρτασης θα πρέπει να παραπέμπονται στο θεράποντα ιατρό τους και να αναβάλλεται η αντιμετώπισή τους. Ασθενείς με το πρώτο και δεύτερο στάδιο υπέρτασης θα πρέπει να ελέγχονται μετά από δύο εβδομάδες και εάν η πίεση παραμένει η ίδια, να παραπέμπονται για ρύθμιση. Οι οδοντίατροι πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί γιατί το 1/3 των ατόμων αγνοούν ότι είναι υπερτασικοί και από αυτούς που το γνωρίζουν, μόνο το 1/3 λαμβάνουν τη θεραπεία τους. Για την αντιμετώπιση οδοντιατρικών ασθενών με ελεγχόμενη υπέρταση απαιτείται όσο το δυνατόν έλεγχος του πόνου, του άγχους, μείωση της ανησυχίας, φειδωλή χρήση των αγγειοσυσταλτικών και αποφυγή των αλληλεπιδράσεων και των ανεπιθύμητων ενεργειών των αντιυπερτασικών, όπως η ορθοστατική υπόταση, η ξηροστομία και οι λειχηνοειδείς αντιδράσεις. Η χρήση 2% λιδοκαΐνης με 1:100.000 επινεφρίνης δίνει ασφαλή αναισθησία σε υπερτασικούς ελεγχόμενους ασθενείς. Συμπερασματικά, επειδή ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού πάσχει από υπέρταση, και μάλιστα εν αγνοία του, ο οδοντίατρος οφείλει να είναι ενημερωμένος για να μπορεί να τους αντιμετωπίσει.

46. Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΓΛΩΣΣΙΚΩΝ ΑΓΚΙΣΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Τζαννέτου Σ

Η εξέλιξη της οδοντιατρικής έχει δημιουργήσει την ανάγκη θεραπευτικής προσέγγισης ενός μεγάλου αριθμού ενηλίκων ασθενών που παρουσιάζουν και ορθοδοντικά προβλήματα. Η τοποθέτηση όμως και παραμονή ορθοδοντικών μηχανισμών στην προστοματική επιφάνεια των δοντιών για σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα, προκαλεί μία σειρά από επαγγελματικές και κοινωνικές δυσχέρειες στους ενήλικες ασθενείς. Λύση σε αυτό το πρόβλημα δίνουν τα γλωσσικά άγκιστρα, τα οποία τοποθετούνται στην υπερώια / γλωσσική επιφάνεια των δοντιών. Στην παρουσίαση αυτή γίνεται αναφορά σε περιπτώσεις ενηλίκων ορθοδοντικών ασθενών, όπου χρησιμοποιήθηκαν τα γλωσσικά άγκιστρα. Συζητούνται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα καθώς και οι ενδείξεις και αντενδείξεις αυτής της τεχνικής. Επίσης, παρουσιάζονται τα εργαστηριακά στάδια της τεχνικής, καθώς και ο τρόπος τοποθέτησης των γλωσσικών ορθοδοντικών μηχανισμών στη στοματική κοιλότητα. Στα πλεονεκτήματα συγκαταλέγονται οι

«αόρατοι» μηχανισμοί καθώς και η διασφάλιση της ακεραιότητας της παρειαικής αδαμαντίνης από τις συγκολλητικές ρητίνες ή την απασβεστίωση που κάποιες φορές προκαλείται κατά την ορθοδοντική θεραπεία. Στα μειονεκτήματα περιλαμβάνονται η αρχική δυσχέρεια στην ομιλία και τη μάζηση, ο ερεθισμός της γλώσσας και το υψηλότερο κόστος. Ως ισχυρή ένδειξη αναφέρεται η οδοντική και σκελετική υπερσύγκλιση. Αντίθετα, δυσκολότερη εφαρμογή παρουσιάζει στη χασμοδοντία, τις έντονες συστροφές και την πολύ κοντή μύλη δοντιών. Τα στάδια της τεχνικής περιλαμβάνουν αποτύπωμα με αλγινικό και κατασκευή εκμαγείων με σκληρή γύψο. Στη συνέχεια μελέτη των εκμαγείων, τοποθέτηση των αγκίστρων στη γλωσσική επιφάνεια των δοντιών των εκμαγείων και μεταφορά τους σε ειδικά ατομικά δισκάρια που χρησιμοποιούνται ως βοηθητικό μέσο για την τελική τοποθέτηση των αγκίστρων στα δόντια του ασθενούς (έμμεση τεχνική συγκόλλησης).

47. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣΘΙΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ. ΑΙΣΘΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Κρανιας Ν, Κρανιας Δ

Από το Νοσοκομείο «ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ»

Η σπουδαιότητα της αισθητικής εμφάνισης του ατόμου στην εποχή μας, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην κλινική οδοντιατρική πράξη. Η αισθητική δυσαρμονία των δοντιών και τα αισθητικά προβλήματα που προκύπτουν από την καταστροφή ή την απώλειά τους είναι ο κυριότερος λόγος που οδηγούν τους ασθενείς στον οδοντίατρο. Τα δόντια και γενικότερα η στοματική κοιλότητα αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της αισθητικής του προσώπου, που αποτελεί πρωταρχικό στοιχείο στη γενικότερη εμφάνιση του ατόμου. Έτσι ο οδοντίατρος πρέπει να έχει ανεπτυγμένη την αισθητική αντίληψη και μέσα από αυτή να την προσφέρει στον ασθενή μέσα από την κλινική πράξη. Πολλές φορές ο οδοντίατρος καλείται να οραματιστεί τη λύση κάποιου αισθητικού προβλήματος, να το προσεγγίσει μέσα από κάποιες αρχές και να το

δώσει σε ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι αρχές αυτές επομένως, αποτελούν ένα αρχικό εφόδιο για κάθε σωστή αντιμετώπιση των βλαβών στην περιοχή των προσθίων δοντιών. Πολλές φορές ο οδοντίατρος έρχεται να αποκαταστήσει βλάβες αρκετά εκτεταμένες, που γίνονται πιο πολύπλοκες όταν έχουν χαθεί βασικά οδοντικά ανατομικά στοιχεία, δηλαδή θα πρέπει να αποκαταστήσει οδοντική ουσία χωρίς οδηγία σημεία. Σκοπός αυτής της παρουσίασης είναι να δειχθούν οι βασικές αισθητικές αρχές που πρέπει να ακολουθεί ο οδοντίατρος για ένα αρμονικό αισθητικό αποτέλεσμα. Έτσι η κυριαρχία των κεντρικών τομέων, το ότι ο ένας αποτελεί οπτικό αντίποδα του άλλου, η τοποθέτηση των σημείων επαφής των κεντρικών τομέων κοπτικά, καθώς και η διευθέτηση της κοπτικής μοίρας των δοντιών σε συγκεκριμένο ύψος μεταξύ

τους, αποτελούν μερικά σημεία που χρήζουν προσοχής. Τέλος, η αρμονία των δοντιών σε εγγύς-άπω διάμετρο σε σχέση με την αυχENO-κοπτική, καθώς

και των δοντιών μεταξύ τους και με τα περιστοματικά μόρια, αποτελούν σημεία αναφοράς για πετυχημένες αποκαταστάσεις.

48. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΙΧΟΤΟΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΚΤΟΜΗΣ ΤΗΣ ΡΙΖΑΣ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΑ ΠΡΟΣΒΕΒΛΗΜΕΝΩΝ ΓΟΜΦΙΩΝ

Ζιάρας Χ, Πούλιος Α

Η περιοδοντική προσβολή του σημείου διχασμού των ριζών σε πολύριζα δόντια, είναι ένα εύρημα ιδιαίτερης σημασίας, που καθορίζει την πρόγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η προσβολή του διχασμού των ριζών οδηγεί συχνά στη μικρότερη χρονικά διατήρηση των δοντιών αυτών στο φραγμό, λόγω της ταχύτερης εξέλιξης της περιοδοντικής νόσου και της δυσκολίας για προσπείλαση στη μεσορριζική περιοχή τόσο από τον ασθενή, όσο και από το θεράποντα ιατρό. Έχει βρεθεί ότι δόντια με μεσορριζική προσβολή δεύτερου και τρίτου βαθμού έχουν δύο έως τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να χαθούν, σε σχέση με αντίστοιχα δόντια χωρίς μεσορριζική προσβολή. Για την αντιμετώπιση πολύριζων δοντιών με μεσορριζική βλάβη τρίτου βαθμού, αναφέρονται οι τεχνικές της διχοτόμησης και της εκτομής της ρίζας, που αποσκοπούν στην εξάλειψη της περιοδοντικής βλάβης και στη βελτίωση της πρόγνωσης των δοντιών αυτών. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση περιοδοντικά προσβεβλημένων γομφίων άνω και κάτω γνάθου, που αντιμετωπίστηκαν με τις τεχνικές της διχοτόμησης και της εκτομής της ρίζας και η περιγραφή των θεραπευτικών σταδίων. Αναφέρονται επίσης αναλυτικά τα ιδιαίτερα ανατομικά χαρακτηριστικά των ριζών των πολύριζων δοντιών, οι ενδείξεις και αντενδείξεις, καθώς και οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιλογή και την εφαρμογή των τεχνικών αυτών.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η κλινική και ακτινογραφική εξέταση, για την ακριβή αξιολόγηση της περιοδοντικής βλάβης και την εκτίμηση των απαραίτητων προϋποθέσεων εφαρμογής των τεχνικών αυτών, όπως είναι η απουσία κινητικότητας, η καλή οστική στήριξη των ριζών που θα παραμείνουν, η δυνατότητα ενδοδοντικής θεραπείας, η δυνατότητα της μέτεπειτα προσθετικής τους αποκατάστασης, το ικανό μήκος και σχήμα των ριζών κ.ά. Είναι σημαντικό η ενδοδοντική θεραπεία να προηγείται πάντα της διχοτόμησης/εκτομής, ώστε να αποφευχθούν εκ των προτέρων πιθανές ενδοδοντικές επιπλοκές/συμβλήματα στις ρίζες που θα παραμείνουν. Επίσης, πρέπει να τονιστεί ότι η αφαίρεση ρίζας, ή η διχοτόμηση πρέπει να γίνονται μετά από αναπέταση χειρουργικού κρημνού, για την άμεση εκτίμηση της βλάβης και την αφαίρεση οδοντικής ουσίας χωρίς κίνδυνο καταστροφής των ριζών που θα παραμείνουν. Τέλος, παρουσιάζονται τα δεδομένα της βιβλιογραφίας που αφορούν στη σύγκριση της πρόγνωσης και της μακροχρόνιας διατήρησης στο φραγμό περιοδοντικά προσβεβλημένων δοντιών μετά την εφαρμογή των παραπάνω τεχνικών, με αντίστοιχα δόντια που δεν υποβλήθηκαν σε ανάλογη αντιμετώπιση. Λόγω της μεγάλης ευαισθησίας των τεχνικών αυτών, η επιτυχία τους έγκειται στη σωστή επιλογή των περιπτώσεων και την προσεκτική εφαρμογή των θεραπευτικών σταδίων.

49. ΕΓΚΛΕΙΣΤΟΙ ΚΥΝΟΔΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Δαμανάκης Γ, Συνοδινός Φ

Οι έγκλειστοι κυνόδοντες της άνω γνάθου εντοπίζονται σε ποσοστό 75% των περιπτώσεων υπε-

ρώια, σε 16% περίπου στο μέσον της φατνιακής ακρολοφίας και σε 9% χειλικά. Η έγκλειση των κυ-

νοδόντων της άνω γνάθου οφείλεται κατά κύριο λόγο σε έλλειψη του απαιτούμενου χώρου (συνήθως αφορά στις εντοπίσεις των εγκλείστων σε χειλική θέση), ανώμαλο σχήμα ή συγγενή έλλειψη των άνω πλαγίων τομέων, εντοπισμένες παθολογικές καταστάσεις της περιοχής, κληρονομικούς παράγοντες (συνήθως αφορά στις εντοπίσεις των εγκλείστων σε υπερώια θέση). Η ακριβής εντόπιση των εγκλείστων επιβεβαιώνεται με τη βοήθεια δύο ακτινογραφιών υπό διαφορετική γωνία λήψεως. Οι θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπιση των εγκλείστων κυνοδόντων της άνω γνάθου περιλαμβάνουν την εξαγωγή του εγκλείστου και την αντικατάστασή του με προσθετική αποκατάσταση ή, εναλλακτικά, με εξάλειψη του κενού διαστήματος (με ορθοδοντικές μετακινήσεις), την αυτομεταμόσχευση του εγκλείστου, τη χειρουργική αποκάλυψη του εγκλείστου, με ανοικτή

ή κλειστή τεχνική, τη συγκόλληση ορθοδοντικού αγκίστρου στην αποκαλυμμένη επιφάνειά του, και την έλξη του με ορθοδοντικές δυνάμεις, με κατάλληλη εξασφάλιση ορθοδοντικής στήριξης. Η πρόγνωση του αποτελέσματος της ορθοδοντικής έλξεως του εγκλείστου κυνόδοντα επηρεάζεται από την ακριβή εντόπισή του, την αξονική απόκλιση του και τη φορά της μύλης του, την πιθανή αγκύλωσή του. Ο σκοπός της παρουσιάσεως αυτής είναι η περιγραφή, με βάση τα δεδομένα από τη σύγχρονη βιβλιογραφία, της αιτιολογίας, των διαγνωστικών μεθόδων και των επιλογών για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των εγκλείστων κυνοδόντων της άνω γνάθου. Παρουσιάζονται χαρακτηριστικές κλινικές περιπτώσεις, όπου η ορθοδοντική έλξη των εγκλείστων κυνοδόντων κατέληξε στην ομαλή διευθέτησή τους στον οδοντικό φραγμό.

50. ΑΚΙΝΗΤΕΣ ΠΡΟΣΘΙΕΣ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΜΟΝΗΡΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

Παπασωτηρίου Ο, Παπασωτηρίου Α

Οι προσωρινές αποκαταστάσεις είναι κατά κανόνα αναγκαίες για να επαναφέρουν στο φραγμό την αισθητική αρτιότητα κατά τη φάση της επούλωσης ενός μονήρους εμφυτεύματος.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση τεχνικών τοποθέτησης άμεσων συγκολλούμενων μεταβατικών αποκαταστάσεων από σύνθετες ρητίνες και νήμα από πολυαιθυλένιο, αμέσως μετά την τοποθέτηση μονήρων εμφυτευμάτων στην πρόσθια περιοχή. Οι τεχνικές περιγράφονται αναλυτικά και τεκμηριώνονται με βιβλιογραφικές παραπομπές και κλινικά παραδείγματα.

Υλικό και Μέθοδος: Για τις άμεσες συγκολλούμενες μεταβατικές αποκαταστάσεις χρησιμοποιούνται σύνθετες ρητίνες υβριδικού και μικροϋβριδικού τύπου, νήμα από πολυαιθυλένιο για την ενίσχυση της αποκατάστασης και συγκολλητικοί παράγοντες για αδαμαντίνη, οδοντίνη και πορσελάνη. Η τεχνική κατασκευής και συγκόλλησης δεν διαφέρει σημαντικά από τη διαδικασία εμφράξεων με σύνθετες ρητίνες. Προσοχή δίνεται στη σωστή διαμόρφωση των όμορων επιφανειών, των μεσοδόντιων θηλών και των μασητικών επιφανειών, ώστε οι μεταβατικές αποκαταστάσεις να δέχονται ελάχιστες φορτίσεις.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα κλινικά περιστατικά που παρουσιάζονται, αλλά και με την τρέχουσα διεθνή βιβλιογραφία, οι αποκαταστάσεις παραμένουν χωρίς φθορές ή αλλοιώσεις σε όλο το απαιτούμενο χρονικό διάστημα της λειτουργίας τους, όσο δηλαδή διαρκεί η επούλωση του εμφυτεύματος, από τέσσερις μέχρι έξι μήνες. Έχουν τα ακόλουθα πλεονεκτήματα: 1) καλύπτουν με ακίνητη αποκατάσταση το κενό της θέσης του εμφυτεύματος, αντικαθιστώντας τις κινητές μερικές οδοντοστοιχίες, 2) είναι συντηρητικές αποκαταστάσεις, επειδή δεν απαιτούν την παρασκευή των γειτονικών δοντιών και μπορούν να αφαιρεθούν τελείως από τις επιφάνειες αυτών χωρίς να προκαλέσουν φθορά, 3) κατασκευάζονται σε μία επίσκεψη στο ιατρείο, είναι σχετικά οικονομικές, και επιδιορθώνονται εύκολα.

Συμπεράσματα: Οι άμεσες συγκολλούμενες μεταβατικές αποκαταστάσεις στην αισθητική περιοχή για την κάλυψη του κενού στο φραγμό κατά τη διάρκεια επούλωσης μονήρων εμφυτευμάτων, αποτελούν βιώσιμη εναλλακτική λύση στις μερικές οδοντοστοιχίες.