



ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

**40η ΕΤΗΣΙΑ
ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ
ΣΥΝΟΔΟΣ**

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

**ΚΑΒΑΛΑ
8-10 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2005**

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

1 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μιχαηλίδου Ε, Χατζηβασιλείου Α, Αντωνιάδης Δ

Από το Εργαστήριο Στοματολογίας του Τομέα Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση 30 ασθενών με βλεννογονίτιδα, ως αποτέλεσμα της αντινεοπλασματικής θεραπείας στην οποία υποβάλλονται και η αναφορά σε τρόπους θεραπευτικής αντιμετώπισης αυτών των ανεπιθύμητων εκδηλώσεων. Σε ασθενείς με κακοήθη νεοπλασμάτα κεφαλής και τραχήλου, οι οποίοι υποβάλλονται σε αντινεοπλασματική θεραπεία (ακτινο/χημειοθεραπεία), πολύ συχνά αναπτύσσονται ποικίλες ανεπιθύμητες εκδηλώσεις στο επιθήλιο του στοματικού βλεννογόνου (βλεννογονίτιδα, οστεοακτινονέκρωση των γνάθων). Οι αλλοιώσεις αυτές, που είναι αποτέλεσμα της τοξικής επίδρασης της ακτινο/χημειοθεραπείας, χαρακτηρίζονται από έντονη ερυθρότητα του βλεννογόνου με κατά τόπους ηευκές ψευδομεμβράνες, ελκώσεις και έντονο άλγος. Η εικόνα αυτή της οξείας φλεγμονώδους βλάβης, γνωστής ως βλεννογονίτιδας, επιδεινώνεται ακόμη περισσότερο κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Πολλές φορές, η σύγχρονη εκδήλωση και άηλων τοπικών λοιμώξεων από μύκητες, βακτήρια ή ιούς, στο στοματικό βλεννογόνο των ασθενών, επιπλέκει ακόμη περισσότερο τη δυσά-

ρεστη αυτή κατάσταση. Η βλεννογονίτιδα έχει υπολογιστεί ότι αναπτύσσεται σε ποσοστό 40% των ασθενών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία, σε ποσοστό 75% των ασθενών με μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων οι οποίοι λαμβάνουν υψηλές δόσεις χημειοθεραπείας, και σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 90% των ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου. Οι ασθενείς αναφέρουν πόνο και/ή αίσθημα καύσου, αίσθημα μεταλλικής γεύσης, ενώ παρατηρείται μειωμένη σιαλική ροή. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας τα συμπτώματα επιτείνονται και εκδηλώνεται δυσφαγία, δυσκολία στην ομιλία, έντονη ξηροστομία, ενώ παρατηρείται πολυτερηδονισμός των δοντιών ως αποτέλεσμα της παρατεταμένης ξηροστομίας. Η θεραπεία περιλαμβάνει τοπική και συστηματική χορήγηση παραγόντων που συμβάλλουν στη βελτίωση του προβλήματος, αντιφλεγμονώδη, αντιοικά και αντιμυκητιασικά φάρμακα, αντισηπτικά στοματοπλύματα που συμβάλλουν στην ανακούφιση των ασθενών και στην απρόσκοπτη συνέχιση της αντινεοπλασματικής θεραπείας τους.

2 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΟΠΩΝ ΚΑΙ ΣΧΙΣΜΩΝ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ

Φατούρου Ε, Γρηγοράκης Γ

Η προληπτική κάλυψη των οπών και σχισμών πρέπει να εφαρμόζεται στους μόνιμους γομφίους και προγομφίους κυρίως, αμέσως μετά την ανατομή τους. Η σωστή τοποθέτησή τους έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της τερηδόνας των μασητικών επιφανειών έως 92%. Ένδειξη για τη χρήση των προληπτικών καλύψεων είναι οι βαθιές αύλακες και οι στενές οπές και σχισμές των δοντιών, ενώ αντένδειξη αποτελούν οι αβαθείς αύλακες χωρίς σχισμές, οι οπές και σχισμές που έχουν ήδη τερηδονιστεί και, τέλος, ηλικία μεγαλύτερη

των 18 χρόνων. Η χρήση φθορίου δεν έρχεται σε αντίθεση με την κάλυψη οπών και σχισμών, μια και είναι γνωστό ότι το φθόριο επιδρά κυρίως στην τερηδόνα των λείων επιφανειών. Το υλικό που χρησιμοποιείται για την κάλυψη των οπών και σχισμών είναι η σύνθετη ρητίνη, η οποία πολυμερίζεται τόσο με το φως (φωτοπολυμεριζόμενη) όσο και χημικά (αυτοπολυμεριζόμενη). Τα περισσότερα σκευάσματα προληπτικών καλύψεων είναι διαφανή και άχρωμα. Η συγκράτηση του υλικού στην επιφάνεια των δοντιών γίνεται με την τεχνική της

αδροποίησης της αδαμαντίνης. Η αδροποιημένη αδαμαντίνη γίνεται πορώδης, και μέσα σε αυτούς τους πόρους θα εισχωρήσει η ρητίνη, σχηματίζοντας τεράστιο αριθμό προσεκβολών, που έχουν σαν αποτέλεσμα τη μηχανική συγκράτηση του

υλικού. Η επανεξέταση των ασθενών που έχει γίνει κάθιση των οπών και σχισμών πρέπει να γίνεται κάθε έξι μήνες, ώστε να επανατοποθετείται υλικό στις επιφάνειες που παρουσιάζουν μερική ή ολική απόπτωση.

3 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ ΚΑΘ' ΗΜΕΡΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Πανταζής Γ

Ένας σημαντικός λόγος για την πρόοδο και την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης αναμφισβήτητα, είναι η εξειδίκευση και η ενδελεχής επιμέρους ενασχόληση των ιατρών με ορισμένο τμήμα του ανθρώπινου σώματος. Η τάση αυτή που κυριαρχεί στις ημέρες μας, σε συνδυασμό με την αθιμάτωση εξέλιξη της τεχνολογίας, οδήγησαν όλες τις ιατρικές και οδοντιατρικές ειδικότητες σε αξιοθαύμαστα διαγνωστικά και θεραπευτικά αποτελέσματα. Ο ανθρώπινος οργανισμός όμως, αποτελεί ένα αδιαίρετο και αναπόσπαστο σύνολο οργάνων και λειτουργιών, και αυτό το γεγονός δεν πρέπει να παραβλέπεται κατά την αντιμετώπιση επιμέρους προβλημάτων υγείας. Τούτο επιδιώκει να αναδείξει το ερώτημα, κατά πόσον ο σύγχρονος οδοντίατρος στην καθ' ημέρα πράξη λαμβάνει υπόψη και εκτιμά ορθώς τη γενική κατάσταση

του ασθενή. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναζήτηση και η ανάδειξη της άμεσης σχέσης ανάμεσα στη γενική κατάσταση του ασθενή και στη διάγνωση και αντιμετώπιση οδοντικών και στοματικών παθολογικών καταστάσεων και νοσημάτων, όπως προκύπτει από τη διεθνή βιβλιογραφία. Εν συνεχεία παρουσιάζονται περιπτώσεις ασθενών που υπογραμμίζουν την κεφαλαιώδη και καθοριστική πολλαπλή φορές για τη ζωή των ασθενών αυτή σχέση, αναφορικά με περιοδοντικά, αιματολογικά και νεοπλασματικά νοσήματα. Συμπερασματικά, προκύπτει ο καθοριστικός ρόλος και η σημαντική συμβολή του οδοντιάτρου στη σωστή αξιολόγηση, θεραπευτική αντιμετώπιση και συμβουλευτική καθοδήγηση ασθενών με γενικότερες παθολογικές καταστάσεις, κατά την άσκηση της οδοντιατρικής πράξης.

4 ΕΝΔΟΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Σπυρίδης Χ, Δεληγιάννη Χ, Αντωνιάδης Δ

Η χορήγηση φαρμάκων σε ασθενείς για τη θεραπεία διαφόρων νοσημάτων συχνά συνοδεύεται από την εκδήλωση ανεπιθύμητων εκδηλώσεων, που μπορεί να αφορούν σε όργανα ή συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Η στοματική κοιλότητα είναι συνήθως θέση εκδήλωσης τέτοιων κλινικών σημείων, με πιο συχνές τις ερυθρηματώδεις, φυσαλιδώδεις και εξελκωτικές αλλοιώσεις, καθώς επίσης και τις δυσχρωμίες και τις υπερπλησίες ιστών. Μερικές φορές, οι εκδηλώσεις αυτές μπορεί να παρουσιαστούν άμεσα ή μετά από παρέλευση κάποιων ωρών ή ημερών από τη λήψη του φαρμάκου, ενώ συχνά είναι δυνατόν να παρερ-

μνεύονται ως συμπτώματα πιθανής υποκείμενης νόσου. Συνήθεις κατηγορίες φαρμάκων που μπορούν να προκαλέσουν τέτοιες ανεπιθύμητες εκδηλώσεις από τη στοματική κοιλότητα, είναι τα αντιμικροβιακά χημειοθεραπευτικά φάρμακα, τα κορτικοστεροειδή, τα αντιυπερτασικά, τα ανοσοκατασταλτικά, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, τα αντικαταθλιπτικά, τα αντιεπιληπτικά, τα αντινεοπλασματικά κ.ά. Οι ενδοστοματικές αυτές βλάβες εξαρτώνται από το μηχανισμό και το φάσμα δράσης του φαρμάκου, τη χορηγούμενη δόση, τη διάρκεια της θεραπείας, το βαθμό βιοδιαθεσιμότητας, τη φαρμακοκινητική του συγκεκριμένου

σκευάσματος, τις αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και, τέλος, από την ανοσολογική κατάσταση του ξενιστή. Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά σε περιπτώσεις ασθενών του Ερ-

γαστηρίου Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, που παρουσίασαν αλλοιώσεις από λήψη φαρμάκων, καθώς και στην αντιμετώπισή τους.

5

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ. ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Πολίτης Θ, Σεληνίδου Α

Είναι γενικά παραδεκτό ότι οι οδοντίατροι υποφέρουν από επαγγελματικές μυοσκελετικές κακώσεις που επηρεάζουν τη σπονδυλική στήλη και τα άνω άκρα. Οι κακώσεις αυτές γίνονται αντιληπτές ως έντονος πόνος και δυσκαμψία στον αυχένα, τη μέση, τους ωμούς ή την κεφαλή. Τα ανωτέρω προβλήματα επηρεάζουν τη φυσική κατάσταση και την επαγγελματική δραστηριότητα και μπορεί, αν δεν αντιμετωπισθούν εγκαίρως, να οδηγήσουν μακροπρόθεσμα στην εμφάνιση οργανικών βλαβών με παρουσία συμπτωμάτων που οδηγούν σε χρόνια δυσλειτουργία, αποχή από την εργασία, καθώς και σε πρόωρη συνταξιοδότηση. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η εξέταση των επιβαρυντικών παραγόντων που μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη μυοσκελετικών παθήσεων μεταξύ των οδοντιών, καθώς και ο καθορισμός προληπτικών μέτρων. Για την επίτευξη του σκοπού της εργασίας έγινε εκτενής ανασκόπηση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας. Η πρόκληση μυοσκελετικών διαταραχών οφείλεται σε αρκετούς παράγοντες. Οι

πιθανοί επιβαρυντικοί παράγοντες είναι το είδος της οδοντιατρικής εργασίας, η στάση του σώματος κατά την εργασία, το ωράριο εργασίας, η θέση του ασθενή, η θέση του οδοντιάτρου, το στήριγμα της πλάτης, η θέση των εργαλείων, η έλλειψη άσκησης, τα χρόνια εργασίας και η ψυχική κατάσταση του οδοντιάτρου. Τα μέτρα πρόληψης μυοσκελετικών βλαβών, αφορούν στον εργονομικό σχεδιασμό του οδοντιατρείου, τον έλεγχο της στάσης του σώματος, το είδος της εργασίας, τα πολλαπλά μικρά διαλείμματα κατά τη διάρκεια των καθημερινών συνεδρίων και τη συχνή σωματική άσκηση. Συμπερασματικά, οι οδοντίατροι είναι εκτεθειμένοι σε ένα μεγάλο αριθμό επιβαρυντικών παραγόντων που μπορούν να οδηγήσουν σε εμφάνιση πόνου στη μέση. Για το λόγο αυτό η εργασία εξετάζει ένα κατάλληλα σχεδιασμένο πρόγραμμα εργονομικής εκπαίδευσης και άσκησης, που μπορεί να βοηθήσει τους οδοντιάτρους να προστατεύσουν τη μέση τους και να βελτιώσουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα.

6

ΕΝΔΟ-ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ. ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Δάγκαλης Π

Οι ενδο-περιοδοντικές βλάβες είναι το αποτέλεσμα της παθογενετικής αλληλεπίδρασης μεταξύ πολφού και περιοδοντίου, επειδή υφίσταται μία στενή βιολογική και ανατομική σχέση της πολφικής κοιλότητας και των περιοδοντικών ιστών. Μεταξύ των ιστών αυτών, υπάρχουν δίοδοι αλληλεπίδρασης που επιτρέπουν την ανταλλαγή τοξικών υποπροϊόντων μεταξύ τους. Στην εργα-

σία αυτή γίνεται μία προσπάθεια προσέγγισης του θέματος με τα νεότερα δεδομένα. Η επικοινωνία μεταξύ πολφού και περιοδοντικών ιστών γίνεται μέσω ακρορριζικών, μεσορριζικών και παράπλευρων τρημάτων, οδοντινοσσηληναρίων, ή ακόμη μέσω ινώδους ιστού και διαφόρων ανατομικών παραγόντων. Η ταξινόμηση των ενδο-περιοδοντικών βλαβών βασίζεται στην αιτιολογική

προέλευσή τους. Διακρίνονται 1) πρωτογενείς ενδοδοντικές βλάβες με δευτερογενείς περιοδοντικές προσβολές, 2) πρωτογενείς περιοδοντικές βλάβες με δευτερογενείς ενδοδοντικές προσβολές και 3) σύγχρονη ή συνδυασμένη αληθής ενδοδοντική και περιοδοντική βλάβη. Η διάγνωση των ενδο-περιοδοντικών βλαβών βασίζεται στο ιστορικό του ασθενή, στον ακτινογραφικό έλεγχο της περιοχής, στην κλινική εξέταση, στον έλεγχο ζωτικότητας του πολφού, στην αντίχνευση περιοδοντικού θυλάκου, στην ψηλάφηση και επίκρουση, και στον έλεγχο της κατάστασης του δοντιού. Στη διαφορική διάγνωση των ενδο-περιοδοντικών βλαβών συμβάλλει ο καθορισμός της ζωτικότητας του πολφού, η θέση, το μέγεθος, η μορφολογία του θυλάκου, η προσβολή του διχασμού των ριζών. Θετική δοκιμασία του πολφού σημαίνει οξεία ή χρόνια φλεγμονή του περιοδοντίου, ενώ αρνητική δοκιμασία σημαίνει νεκρωτικό πολφό με εμφάνιση ή επιδείνωση περιοδοντικών βλαβών. Η θεραπεία της μικτής ενδο-περιοδοντικής βλάβης δεν διαφέρει

από αυτή των ανεξάρτητων βλαβών. Γίνεται ενδοδοντική θεραπεία, που οδηγεί σε επούλωση και ανάπλαση του τμήματος της βλάβης που προέρχεται από την πολφική καταστροφή, και συγχρόνως περιοδοντική θεραπεία που αποσκοπεί στην επούλωση του περιοδοντίου, όχι όμως και σε πλήρη ανάπλαση του αποθιθέμενου τμήματός του. Όσο μεγαλύτερη είναι η ενδοδοντικής προέλευσης βλάβη, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα ανάπλασης του περιοδοντίου. Συμπερασματικά, η θεραπευτική αγωγή ξεκινάει από την αντιμετώπιση της πολφικής βλάβης, ακολουθεί περίοδος αναμονής και ελέγχου κατά την οποία παρατηρείται η επούλωση των ενδοδοντικής αιτιολογίας περιοδοντικών βλαβών (μετά από δύο έως τρεις εβδομάδες επέρχεται μείωση του βάθους θυλάκου, ενώ μετά από μερικούς μήνες διαπιστώνεται ακτινογραφικά οστική ανάπλαση). Ριζικές αποξέσεις, με ή χωρίς κρημνό, ή κατευθυνόμενη ιστική αναγέννηση πρέπει να αναβληθούν μέχρι την επαρκή εκτίμηση του αποτελέσματος της ενδοδοντικής θεραπείας.

7 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΚΕΤΥΛΟΣΑΛΙΚΥΛΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΔΡΑΣΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Τόσιος Κ, Γκρίτζαλης Π

Από το Εργαστήριο Βασικών Ιατροβιολογικών Επιστημών και την Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινοβολογίας Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η ασπιρίνη (ακετυλοσαλικυλικό οξύ), εκτός από την αναλγητική και αντιφλεγμονώδη δράση της, αναστέλλει τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων και το σχηματισμό του αιμοπεταλιακού θρόμβου, που αποτελεί το πρώτο στάδιο στο μηχανισμό της πήξης. Λόγω της αντιαιμοπεταλιακής δράσης της, η ασπιρίνη χορηγείται σε μικρές δόσεις για την προφύλαξη από εγκεφαλικά επεισόδια, έμφραγμα του μυοκαρδίου και άλλες θρομβώσεις. Αν και είναι γνωστό ότι η χρόνια χορήγηση ασπιρίνης μπορεί να επιτείνει την αιμορραγία κατά τη διάρκεια και μετά από οδοντιατρικές επεμβάσεις, δεν είναι εξίσου γνωστό ότι ακόμα και σε μικρές δόσεις μπορεί να προκαλέσει αυτόματες αιμορραγίες από τους βλεννογόνους, ιδιαίτερα του ανώτερου

πεπτικού και αναπνευστικού. Παρουσιάζεται η περίπτωση άνδρα, ηλικίας 68 ετών, με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό (βαρύς καπνιστής, σακχαρώδης διαβήτης σε ινσουλινοθεραπεία, απόφραξη ηαγώνιων αρτηριών, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, απόφραξη και ενδαρτηρεκτομή δεξιάς καρωτίδας, έμφραγμα μυοκαρδίου), που υποβαλλόταν σε αγωγή με salospir ως αντιαιμοπεταλιακό. Ο ασθενής εμφάνισε επίσταξη, και στη συνέχεια ρινορραγία, ωτορραγία και αιμορραγία από τη στοματική κοιλότητα. Κατά την ενδοστοματική εξέταση διαπιστώθηκαν πολυάριθμες, ποικίλου μεγέθους πετέχειες και εκχυμώσεις στο βλεννογόνο. Με τη διακοπή του salospir υπήρξε προοδευτικά περιορισμός των αιμορραγιών και πλήρης ίαση σε 10

ημέρες, οπότε επαναλήφθηκε η αγωγή με το salospir. Σε 15 ημέρες επανεμφανίστηκαν οι αιμορραγίες και η διακοπή του salospir οδήγησε σε πλήρη ίαση. Τρίτη προσπάθεια χορήγησης του salospir, κάθε δεύτερη ημέρα, διεκόπη λόγω εμφάνισης επίσταξης. Ενδιαμέσως εμφανίστηκε επιδείνωση της νεφρικής ανεπάρκειας που κατέστησε αναγκαία την τοποθέτηση μοσχεύματος για αιμοκάθαρση. Επειδή όμως έγινε απόφραξη του μοσχεύματος, επιχειρήθηκε εκ νέου χορήγηση salospir, που διεκόπη λόγω της εμφάνισης αιμορραγιών από τα χείλη. Η δεύ-

τερη απόφραξη του μοσχεύματος επέβαλε την αλληγή της αντιπηκτικής αγωγής με τη χορήγηση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους. Τρεις μήνες μετά, ο ασθενής δεν έχει εμφανίσει αιμορραγίες και συνεχίζει κανονικά τις αιμοκαθάρσεις. Ο οδοντίατρος αντιμετωπίζει στην καθημερινή πράξη σήμερα πολλούς ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια αγωγή με ασπιρίνη, ιδιαίτερα ηλικιωμένους, και πρέπει να είναι ενημερωμένος για της επιπλοκές και τις καταστάσεις ανάγκης που ενδέχεται να προκύψουν από τη χρήση της.

8 ΣΥΝΔΡΟΜΟ TURNER: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Δημητρίου Α, Μεσσήνη Μ, Φανδρίδης Ι, Μπούρας Ε, Μπούρας Θ

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

Το σύνδρομο Turner, ή πρωτοπαθής ωθηκική αγενεσία, εμφανίζεται σε θήλια άτομα με συγγενή απουσία των ωθηκών και συνοδεύεται από νανισμό και άηλες ανωμαλίες. Η συχνότητα του συνδρόμου είναι μία στις 2.500 γεννήσεις και τα άτομα έχουν έλλειψη ενός από τα δύο χρωματοσώματα Χ. Τα κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου περιλαμβάνουν υποπλασία των γεννητικών οργάνων, βραχύ ανόστημα, καρδιαγγειακές διαταραχές και νοτική υστέρηση. Η ηλικία των οστών είναι καθυστερημένη και με την αύξηση της ηλικίας εμφανίζεται οστεοπόρωση, σκελετικές ανωμαλίες και πρόωρα γεροντική εμφάνιση. Υπάρχει αυξημένη συχνότητα αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας και διαβήτη. Στη στοματοπροσωπική περιοχή εμφανίζονται υψηλή υπερώα και υποπλαστική κάτω γνάθος, δημιουργώντας συχνά ορθοδοντικές ανωμαλίες. Στα δόντια παρατηρείται μικρό μέγεθος μύλης, πρόωρη ανατολή των μονίμων και αυξημένη απορρόφηση των ριζών. Νεαρή γυναίκα, ηλικίας 22 ετών με σύνδρομο Turner, λόγω της νοτικής υστέρησης και των στοιχείων αυτισμού που παρουσίαζε προσήλθε με τη μητέρα της για οδοντιατρική θεραπεία στην Μονάδα για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες υπό γενική αναισθησία του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας». Σημειωτέον ότι ήταν η πρώτη φορά που η ασθενής επισκεπτό-

ταν οδοντίατρο. Η διάγνωση του συνδρόμου είχε γίνει σε ηλικία δύο ετών με ανάληψη του χρωμοσωματικού τύπου. Στο υπερηχογράφημα κοιλίας που της είχε γίνει δεν είχαν ανεβρεθεί ωθηκές. Όταν προσήλθε στη Μονάδα, η ασθενής είχε ύψος 138 εκ. και βάρος 46 χγρ. Το ένα κάτω άκρο ήταν πιο κοντό από το άλλο και η βάση του αυχένα της ήταν ευρεία σε σχέση με την κεφαλή. Καρδιολογικά, η ασθενής παρουσίαζε αορτική στένωση με συστολικό φύσημα. Ελάμβανε οιστρογόνα και έκανε χρήση ινσουλίνης για αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη που της εμφανίσθηκε σε ηλικία 11 ετών. Το πρόσωπό της ήταν ευρύ και η υπερώα της υψηλή και γωνιώδης, χωρίς όμως να παρουσιάζει κάποια ορθοδοντική ανωμαλία. Η οδοντοφυΐα της ήταν πλήρης, τα δόντια είχαν μικρή μύλη και παρουσίαζαν ακτινογραφικά σημεία απορρόφησης των ριζών τους. Η ποσότητα της τρυγίας ήταν πολύ μεγάλη σε όλα τα δόντια και ο δείκτης DMFT της ασθενούς ήταν 8, ο οποίος για την τηρούμενη στοματική υγιεινή βρισκόταν εντός των αναμενομένων ορίων. Το σχέδιο θεραπείας περιελάμβανε 8 εμφράξεις αμαλγάματος και αποτρύγωση και στίλβωση όλων των δοντιών. Κατά τη χορήγηση της αναισθησίας, την οδοντοθεραπεία και την ανάνηψη δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα προβλήματα.

9 ΒΟΗΘΗΤΙΚΕΣ / ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

Μπουγιουκλής Κ

Βοηθητικές ή εναλλακτικές μέθοδοι τοπικής αναισθησίας και τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται σε αυτές, όπως η ενδοοστική με ενδοοστική σύριγγα, η αναισθησία με ειδική αντλία ελεγχόμενη από υπολογιστή, η ενδοσυνδεσμική με σύριγγες πίεσεως και η αναισθησία χωρίς βελόνα με σύριγγα ψεκασμού (jet), έχουν προταθεί σαν μέθοδοι με ειδικά πλεονεκτήματα έναντι των κλασικών μεθόδων με σύριγγες *carpule* ή κοινές *luer*. Η εργασία αυτή περιγράφει περιληπτικά την τεχνική κάθε μεθόδου και τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται και ανατρέχει στη βιβλιογραφία για τα πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματα, τις επιπλοκές και τους περιορισμούς στη χρήση τους. Η ενδοοστική αναισθησία προσφέρει βαθιά αναισθησία για 60 λεπτά, όταν χρησιμοποιείται σαν συμπληρωματική στις περιπτώσεις που η κλασική μέθοδος είναι ανεπιτυχής. Σαν κύρια μέθοδος χρησιμοποιείται σε σύντομες επεμβάσεις (έως 20 λεπτά). Λόγω της μικρής αύξησης που προκαλεί στον καρδιακό ρυθμό, χρειάζεται προσοχή στη χορήγηση. Η αναισθησία με ειδική αντλία ελεγχόμενη από υπολογιστή δεν φαίνεται να είναι λιγότερο οδυνηρή στη χορήγηση αναισθητικού, σε σχέση με τις

κλασικές σύριγγες. Η ενδοσυνδεσμική, τόσο με συνηθισμένες όσο και με σύριγγες πίεσεως, είναι εξίσου αποτελεσματική. Σαν κύρια μέθοδος για πολφική αναισθησία είναι το ίδιο αποτελεσματική με τις κλασικές μεθόδους, όμως διαρκεί πολύ λιγότερο. Είναι αποτελεσματικότερη όταν χορηγείται συμπληρωματικά στις περιπτώσεις που η κλασική μέθοδος είναι ανεπιτυχής. Συχνά παρατηρείται μικρή παροδική ενόχληση στα σημεία της έμπαρσης. Η αναισθησία με σύριγγα ψεκασμού (jet), είναι μία αποτελεσματική εναλλακτική μέθοδος για αναισθησία των μαλακών μορίων. Η χρήση της για επίτευξη πολφικής αναισθησίας είναι ανεπαρκής. Ένα μειονέκτημα είναι η πιθανή διαφυγή πεπιεσμένου αέρα. Όμως, λόγω του ότι δεν χρησιμοποιείται σύριγγα, αποφεύγονται οι τραυματισμοί και είναι καλύτερα αποδεκτά από τους ασθενείς. Συμπερασματικά, ο κλινικός οδοντίατρος, κατανοώντας τη χρήση, καθώς και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των εναλλακτικών μεθόδων τοπικής αναισθησίας, είναι σε θέση να κρίνει ανάλογα με το περιστατικό, ποια μέθοδο θα επιλέξει είτε μονή της, είτε ως συμπληρωματική μαζί με την κλασική αναισθησία.

10 ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ

Μάγκος Σ, Κερεζούδης Ν

Από το Εργαστήριο Ενδοδοντίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Στην ενδοδοντία είναι αναμφισβήτητο ότι η αποτελεσματική αναισθητοποίηση του πολφού και των περιακρορριζικών ιστών είναι επιβεβλημένη, τόσο για την άμεση ανακούφιση του ασθενή, όταν αυτός νιώθει πόνο, όσο και για την εκτέλεση της ενδοδοντικής θεραπείας ανώδυνα. Είναι όμως γεγονός, ότι κατά την κλινική πράξη εμφανίζονται μερικές φορές δυσκολίες στην επίτευξη ικανοποιητικού βάθους και διάρκειας αναισθησίας. Το πρόβλημα παρουσιάζεται κυρίως στους γομφίους της κάτω γνάθου, σε περιπτώσεις πολφίτιδας ή οξείας περιακρορριζικής φλεγμονής. Τα αίτια της αποτυ-

χίας αυτής μπορεί να οφείλονται σε ανατομικούς παράγοντες, σε σφάλματα της εφαρμοσμένης τεχνικής, στην παρουσία φλεγμονής ή να σχετίζονται με την ψυχολογία του ασθενή. Η τοπική αναισθησία επιτυγχάνεται με την εμπότιση για όλα τα δόντια, εκτός από τους γομφίους και προγομφίους της κάτω γνάθου, όπου η στελεχιαία αναισθησία του κάτω φατνιακού νεύρου είναι επιβεβλημένη. Σε περίπτωση αποτυχίας, συμπληρωματικές τεχνικές είναι η ενδοσυνδεσμική και η ενδοπολφική αναισθησία και ειδικά για την άνω γνάθο η στελεχιαία αναισθησία των οπισθίων άνω φατνιακών νεύ-

ρων, των προσθίων υπερωίων νεύρων, του υποκογχίου νεύρου και του ρινοϋπερωίου νεύρου, κατά περίπτωση. Επιπλέον, πρόσφατα παρουσιάστηκαν τα νέα συστήματα ενδοστικής αναισθησίας, με τα οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί απευθείας έγχυση του αναισθητικού διαλύματος στη σπογγώδη μοίρα του οστού, κοντά στα ακρορριζία, μέ-

σω ενός φρεατίου που διανοίγεται από ειδικό τρύπανο. Εναλλακτικές τεχνικές αναισθησίας αποτελούν οι συσκευές αναισθησίας ελεγχόμενες από ηλεκτρονικό υπολογιστή, με τις οποίες ρυθμίζεται με ακρίβεια η ποσότητα και ο ρυθμός ροής του αναισθητικού, με αποτέλεσμα την ανώδυνη και ασφαλέστερη έγχυση.

11 ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΑΤΕΛΗ ΟΣΤΕΟΓΕΝΕΣΗ

Δαγδελένη Μ., Κριθιώτης Ν., Μπάρκας Ι., Μεσσήνη Μ

Από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης και το Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας».

Η ατελής οστεογένεση ή οστεοψαθύρωση, είναι ποσοτική και ποιοτική βλάβη του κολληαγόνου, γενετικής αιτιολογίας, που χαρακτηρίζεται από εύθραυστα οστά. Άλλες εκδηλώσεις μπορεί να είναι βραχύ ανάστημα, μπλε σκληροί χιτώνες των οφθαλμών, βαρνηκώδη, οστικές παραμορφώσεις, χαλαρές αρθρώσεις. Οι οδοντοστοματολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν ατελή οδοντινογένεση, σκελετική ανωμαλία σύγκλεισης III τάξεως, ανοικτή δήξη, αγγυλωμένα δόντια. Τα χαρακτηριστικά της ατελούς οδοντινογένεσης είναι φαιά, ημιδιαφανή, οπαλίζοντα δόντια, εύκολα αποσπώμενη αδαμαντίνη, σταδιακή αποτριβή, κατάγματα μύλης, κοντές ρίζες, απουσία πολφικών θαλάμων και ριζικών σωληνών, συχνές περιακρορριζικές αθηλοιώσεις, ελαττωμένη διάμετρος του αυχένα. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει την οδοντιατρική αντιμετώπιση αγοριού, ηλικίας τριών ετών, με ατελή οστεογένεση και ατελή οδοντινογένεση, που παραπέμφθηκε στο Οδοντιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης από το Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία». Παρατηρούνται τερηδόνες προ-

σθίων και οπισθίων νεογιτών, οπαλίζουσα αδαμαντίνη και χασμοδοντία προσθίων. Λόγω έλλειψης συνεργασίας του μικρού ασθενούς, δεν έγινε ακτινολογικός έλεγχος και αποφασίστηκε η αντιμετώπιση να γίνει υπό γενική αναισθησία στο χειρουργείο. Ο προεγχειρητικός έλεγχος ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Έγιναν εμφράξεις με αμάλγαμα και υαλοϊονομερή κονία, κάλυψη οπών και σχισμών και φθορίωση. Η ανάνηψη και η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Κατά την επέμβαση, αθλή και καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, δόθηκε από όλους τους εμπλεκόμενους ιδιαίτερη προσοχή στους χειρισμούς του παιδιού, για την αποφυγή καταγμάτων. Δόθηκαν οδηγίες αγωγής στοματικής υγείας στους γονείς και συνεστήθη επανεξέταση. Στα μη συνεργάσιμα άτομα που θεραπεύονται υπό γενική αναισθησία, η τήρηση των κανόνων στοματικής υγιεινής και διατροφής, προσαρμοσμένων στην κάθε ιδιαίτερη περίπτωση, καθώς και η τακτική επανεξέταση, είναι μείζονος σημασίας για τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος και της στοματικής τους υγείας.

12 Η «ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ» ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΛΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΟΛΕΣΘΕΝΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ

Καλαμάτας Β

Έχει υπολογιστεί ότι ποσοστό 2-10% του πληθυσμού, παρουσιάζει κάποια έλλειψη μόνιμου δοντιού. Με εξαίρεση τους τρίτους γομφίους, όταν η

έλλειψη αυτή είναι συγγενής, αφορά συχνότερα στους άνω πλάγιους τομείς και τους άνω δεύτερους προγομφίους. Εάν η έλλειψη οφείλεται σε κατα-

στροφή των δοντιών από τερηδόνα, φαίνεται ότι απαντάται συχνότερα σε οπίσθια δόντια, ενώ οι συνέπειές της αφορούν σε απόκλιση, εγγύς μετακίνηση ή στροφή γειτονικών δοντιών στο χώρο της εξαγωγής. Εκτός από τη σε όλη τους γνωστή προσθετική αποκατάσταση με γέφυρες ή εμφυτεύματα, η διευθέτηση του χώρου που προκύπτει από την αφαίρεση ενός δοντιού μπορεί να γίνει και με την ορθοδοντική μετακίνηση παρακείμενων δοντιών στο χώρο της εξαγωγής. Στην παρουσίαση αυτή γίνεται μία λεπτομερής ανάλυση των αρχών που πρέπει να

διέπουν κάθε τέτοια προσπάθεια. Δίνεται έμφαση στις ιδιαιτερότητες κάθε περίπτωσης, όπως αυτές διαγιγνώσκονται από την κλινική και ακτινογραφική εξέταση. Επίσης, γίνεται αναφορά στις εμβιομηχανικές μεθόδους που έχει στη διάθεσή του ο ορθοδοντικός, αλλιά και στον τρόπο που αυτές ενδείκνυται να εφαρμοστούν κατά περίπτωση. Τέλος, παρουσιάζονται τρεις περιπτώσεις ασθενών από ιδιωτικό ιατρείο, στις οποίες έγινε ορθοδοντική θεραπεία για το κλείσιμο διαστημάτων που προέκυψαν από εξαγωγές κατεστραμμένων δοντιών.

13

ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΔΑΚΤΥΛΟΥ.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Γρηγοράκης Γ, Καλαμάτας Β

Μία από τις πιο κοινές στοματικές συνήθειες στη βρεφική και παιδική ηλικία είναι ο θηλασμός του δακτύλου. Το ένστικτο του θηλασμού στη βρεφική ηλικία, αφενός ικανοποιεί την ανάγκη της διατροφής, αφετέρου υποκαθιστά τη σύνδεση με τη μητέρα και ως εκ τούτου προσφέρει μεγάλη ευχαρίστηση. Στη βρεφική ηλικία ο θηλασμός του δακτύλου δεν πρέπει να προκαλεί ιδιαίτερη ανησυχία. Σε περίπτωση που η στοματική συνήθεια του θηλασμού του δακτύλου διακοπεί πριν από την ηλικία των τριών ετών, δεν προκαλεί μόνιμες παρεκκλίσεις στη σύγκληση, ενώ οι μικρές βλάβες που προκύπτουν αυτοδιορθώνονται χωρίς άλλη παρέμβαση. Η συνέχιση της στοματικής συνήθειας πέραν της ηλικίας των τριών ετών επηρεάζει τόσο τη θέση των δοντιών όσο και την ανάπτυξη των γνάθων. Η βαρύτητα του προβλήματος εξαρτάται από τη συχνότητα, την ένταση και κυρίως τη διάρκεια της συνήθειας. Οι κυριότερες διαταραχές της σύγκλησης που οφείλονται στο θηλασμό του δακτύλου, είναι η πρόσθια ανοικτή δήξη, η πρόταξη των άνω τομέων, η οπίσθια σταυ-

ροειδής σύγκληση, η στενή και γωνιώδης υπερώα. Τέλος, οι κάτω τομείς άλλες φορές επηρεάζονται και άλλες όχι. Το πρώτο βήμα για τη διακοπή της βλαβερής συνήθειας είναι η συμπαράσταση και ο φιλικός διάλογος με το παιδί. Το μάλημα και η τιμωρία είναι η χειρότερη οδός. Η επιβράβευση του παιδιού κατά τη διάρκεια της προσπάθειας με κάποιο δώρο βοηθάει αρκετά. Τέλος, σε επίμονες καταστάσεις ο παιδοδοντίατρος ή ο ορθοδοντικός μπορεί να υποστηρίξει την προσπάθεια του παιδιού με ένα μηχανήμα διακοπής στοματικής συνήθειας, το οποίο είναι κυρίως ακίνητο. Ο θηλασμός δακτύλου που συνεχίζεται σε μεγάλες ηλικίες είναι δυνατόν να υποκρύπτει ανασφάλεια ή έντονη ανησυχία από πηλώρας των παιδιών. Τα παραπάνω πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπόψη στη θεραπευτική προσέγγιση. Τέλος, προληπτικά στη βρεφική ηλικία πρέπει να ενθαρρύνεται ή χρήση πιπίλας. Η πιπίλα είναι προτιμότερη από το θηλασμό του δακτύλου. Η συνήθεια αυτή διακόπτεται ευκολότερα και δεν δημιουργεί στοματογναθικές ανωμαλίες.

14

ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΥΓΚΛΕΙΣΙΑΚΩΝ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΛΟΓΩ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΕΞΕΩΝ

Νικολαΐδου Κ, Νικολαΐδης Α

Η αιτιολογία πρόκλησης της συγκλειακής ανωμαλίας οφείλεται σε διάφορες καταστάσεις

που μπορούν να συνοψιστούν σε δύο ομάδες:
1) ασυμφωνία ανάμεσα στο μέγεθος των δο-

ντιών και των οστών και 2) δυσαρμονία στο μέγεθος των οστικών βάσεων. Ενώ και οι δύο επηρεάζονται από την κληρονομικότητα και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, στις περισσότερες περιπτώσεις η εμφάνισή τους οφείλεται σε ένα πολυπαραγοντικό προφίλ. Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη φυσιολογική ανάπτυξη είναι: 1) παιδικές συνήθειες, όπως θηλασμός δακτύλου, θηλασμός χείλους, θηλασμός πιπίλας, παρεμβολή χείλους, στοματική αναπνοή, 2) πρόωρη απώλεια νεογιλών, 3) υπεράριθμα δόντια και 4) πρώιμες δυσλειτουργίες, όπως γλωσσική θέση των άνω τομέων, σταυροειδής σύγκληση τομέα, ανωμαλίες σε πλάτος λόγω μεταβολής της τροχιάς ανατολής των οπισθίων δοντιών. Ειδικότερα για τις παιδικές συνήθειες, ο θηλασμός δακτύλου είναι πολύ κοινή συνήθεια στον παιδικό πληθυσμό, που μπορεί να θεωρηθεί «φυσιολογική», αφού εμφανίζεται στο 50% αυτού. Μετά από την ηλικία των τριών έως τεσσάρων ετών θεωρείται παθολογική και δείγμα άγχους και έλλειψης ψυχολογικής σταθερότητας του παιδιού. Πρέπει να εκτιμηθούν η ένταση, η συχνότητα, η διάρκεια, ο τύπος της ανάπτυξης του παιδιού και ο αριθμός του δακτύλου. Ο θηλασμός χεί-

λους με μεγαλύτερη συχνότητα συναντάται στο κάτω χείλος που παρεμβάλλεται μεταξύ των άνω και κάτω τομέων. Ο θηλασμός πιπίλας είναι φυσιολογικός μέχρι την ηλικία των 2-3 ετών. Σε νεογιλό φραγμό προκαλεί πρόσθια ανεωγμένη δήξη, η οποία σε εξάλειψη της συνήθειας εξαφανίζεται σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η παρεμβολή της γλώσσας ανάμεσα στα οδοντικά τόξα προκαλεί χειλική απόκλιση των άνω και κάτω τομέων και ανεωγμένη δήξη. Τα αποτελέσματα της στοματικής αναπνοής στην οδοντοπροσωπική μορφολογία είναι θέμα με αντιμαχόμενες απόψεις, με αποτέλεσμα ακόμη και σήμερα να επικρατεί σύγχυση. Λείπει ένα αντικειμενικό κριτήριο που να μετρά τη ρινική απόφραξη και τις συνέπειές της στην ανάπτυξη των οδοντοπροσωπικών στοιχείων. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η πληροφόρηση για τους παράγοντες εκείνους που παρουσιάζονται στα πρώιμα στάδια ανάπτυξης της οδοντοφυΐας και μπορούν να προκαλέσουν μεταγενέστερα συγκλειακές ανωμαλίες, λιγότερο ή περισσότερο σοβαρές, τόσο σε οδοντικό επίπεδο όσο και σε σκελετικό, και που εάν εξαλειφθούν μπορεί να προληφθεί η πρόκληση μιας δυσμορφίας στο οδοντοπροσωπικό σύμπλεγμα.

15

ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΕΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΤΟΥ ΧΑΜΟΓΕΛΟΥ

Στέας Α, Στέας Α

Μολιόνоти θεωρείται δεδομένο και απόλυτα δικαιολογημένο ότι το κριτήριο της αισθητικής είναι κάτι το προσωπικό, κάτι το υποκειμενικό, εντούτοις πολύ συχνά σχολιάζεται το γεγονός ότι κάποιος διαθέτει αναπτυγμένη την αίσθηση του ωραίου, που σημαίνει ότι πολύς κόσμος έχει τις ίδιες απόψεις, τις ίδιες προτιμήσεις, με αυτόν. Έγινε προσπάθεια να διαπιστωθεί ποιες είναι οι παράμετροι που επηρεάζουν την αισθητική ενός χαμόγελου και οδηγούν στο να χαρακτηρίζεται σαν λιγότερο ή περισσότερο ωραίο από ένα άλλο, να προσδιοριστεί κατά το δυνατόν η βαρύτητα καθενιάς εξ αυτών και να υπολογιστεί το ποσοστό ταύτισης των απόψεων. Για το λόγο αυτό χρειάστηκε να αναλυθεί η αρχιτεκτονική της δομής ενός χαμόγελου και στη συνέχεια,

επιλέγοντας ή συνθέτοντας χαμόγελα με χαρακτηριστικά διαφορετικές παραμέτρους, κατεγράψαν οι προτιμήσεις ενός μεγάλου αριθμού ατόμων, που λειτούργησαν σαν κριτές. Ο κάθε κριτής εκλήθη να επιλέξει ή να απορρίψει 141 διαφορετικές περιπτώσεις. Η σχέση της αυχενικής γραμμής με τη γραμμή του άνω χείλους αποδείχθηκε ο ισχυρότερος παράγοντας στην αισθητική ενός χαμόγελου, αφού αποσπούσε την προσοχή του θεατού με την πρώτη ματιά και τον οδηγούσε στην αισθητική απόρριψη της εικόνας, δίχως να του επιτρέψει να διακρίνει άλλα «σφάλματα», όπως μία «λιοξή» κοπτική γραμμή. Όσο περισσότερο η αυχενική γραμμή πλησιάζει το άνω χείλος, τόσο αυξάνεται η αισθητική του χαμόγελου, για να καταστεί μετά βε-

βαιότητας θετική όταν βρεθεί υψηλότερα από τη συχνηθισμένη. Έτσι, αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν κατά τον καθορισμό της γραμμής γέλιωτος στην προστομιακή επιφάνεια του άνω τόξου καταγραφής και να τοποθετείται κατά τι υψηλότερα από ότι καθορίζει το χείλος. Άλλοι βασικοί παράγοντες που μελετήθηκαν, ήταν η αραιοδοντία, η θέση και η κλίση του μαστικού

επιπέδου, η μέση γραμμή, το σχήμα της κοπτικής γραμμής. Στην παρούσα εργασία δεν μελετήθηκε το θέμα του χρώματος των δοντιών, δεδομένου ότι η επιδερμίδα αλληλάζει χρωματισμό ανάλογα με την εποχή του χρόνου και βέβαια, το ίδιο ισχύει, τουλάχιστον για το γυναικείο πληθυσμό, με τις καθιερωμένες πλέον βαφές των μαλλιών.

16

ΑΜΕΣΗ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΘΙΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ

Παπασωτηρίου Ο

Οι οδοντιατρικές επεμβάσεις στα πρόσθια δόντια έχουν στόχο την αποκατάσταση της αισθητικής και της λειτουργίας τους. Τα δόντια κάθε ανθρώπου προβάλλονται περισσότερο ή λιγότερο έντονα, ανάλογα με την ανατομία των ιστών του στόματος, την ηλικία και το φύλο του, με αποτέλεσμα σε άηλη να φαίνονται κατά την ομιλία και το χαμόγελο περισσότερο τα πάνω πρόσθια δόντια, ενώ σε άηλη τα κάτω. Ο βαθμός προβολής των δοντιών διαφόρων ατόμων καθορίζει το σημείο που επικεντρώνεται η προσοχή των συνομιλητών τους και για το λόγο αυτό πρέπει αυτός να λαμβάνεται υπ' όψιν στο σχεδιασμό της αισθητικής θεραπείας. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να αναλυθεί ο τρόπος αποκατάστασης των προσθίων άνω και κάτω δοντιών, παρουσιάζοντας χαρακτηριστικές κλινικές περιπτώσεις. Τα βασικά οδηγία σημεία για τη διάγνωση των αισθητικών προβλημάτων και για την αποκατάστασή τους, είναι η μέση γραμμή του οδοντικού φραγμού, τα

κοπτικά άκρα και το μαστικό επίπεδο των δοντιών, η γραμμή γέλιωτος και το σχήμα και ύψος των ούλων. Τα αισθητικά προβλήματα που συναντώνται με μεγάλη συχνότητα στα πρόσθια δόντια, είναι ο συνωστισμός, οι δυσχρωμίες λόγω ενδογενών ή εξωγενών παραγόντων, τα ανώμαλα κοπτικά άκρα, τα μεγάλα μεσοδόντια διαστήματα, η αποτριβή της κοπτικής τους επιφάνειας με μείωση του ύψους της κλινικής μύλης, η υπερέκφυσή τους με συνέπεια την εμφάνιση μαύρων μεσοδοντιών τριγώνων αυχενικά. Πολλά από τα παραπάνω αισθητικά προβλήματα αντιμετωπίζονται άμεσα με αποκαταστάσεις σύνθετων φωτοπολυμεριζόμενων ρητινών. Συμπέρασμα της εργασίας αυτής είναι ότι για τη σωστή διάγνωση αισθητικών προβλημάτων και για το σχεδιασμό της αισθητικής αποκατάστασής τους, σημαντικό είναι να λαμβάνει ο γιατρός υπ' όψιν του το βαθμό προβολής των προσθίων άνω και κάτω δοντιών κατά την ομιλία και το χαμόγελο.

17

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΚΟΛΛΗΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κρασιάς Ν, Κρασιάς Δ

Από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν».

Από το 1955 ο Buonocore έκανε αναφορά για την αδροποίηση της αδαμαντίνης με οξέα, ώστε να αυξηθεί η συγκράτηση των ακρυλικών ρητινών με τα δόντια. Τα αποτελέσματα ήταν αρκετά ενθαρρυντικά, πετυχαίνοντας τιμές αντοχής στη διάτμηση μεταξύ ακρυλικής ρητι-

νης και αδαμαντίνης γύρω στα 20MPa. Η επόμενη προσπάθεια ήταν να διερευνηθεί η συγκόλληση με την οδοντίνη. Εδώ τα πράγματα ήταν πιο δύσκολα, διότι ο ιστός της οδοντίνης διαφέρει πολύ από την αδαμαντίνη και δεν μπορούν να γίνουν οι ίδιοι χειρισμοί. Έτσι, το 1960

ο Bowen συνέθετε το πρώτο συγκολλητικό σύστημα και για την οδοντίνη. Τα αποτελέσματα δεν ήταν τα αναμενόμενα και έτσι πέρασαν 20 χρόνια μέχρι να εμφανιστούν οι δεύτερης γενιάς συγκολλητικοί παράγοντες. Από τότε η εξέλιξη είναι ραγδαία, έχουμε φτάσει στην πέμπτη γενιά συγκολλητικών συστημάτων, που και αυτή σύντομα θα αντικατασταθεί. Σήμερα, είναι τόσο γρήγορες οι εξελίξεις και οι παρεμβάσεις που γίνονται ώστε να επιτευχθεί ο τελικός σκοπός της αύξησης της συγκράτησης και γι' αυτό η έρευνα στοχεύει σε διάφορα επί-

πεδα. Πρώτος στόχος είναι το υπόστρωμα, δηλαδή η οδοντίνη και η επεξεργασία της από το συγκολλητικό παράγοντα και κατά δεύτερο σκοπό η συμπεριφορά του ενιαίου συνόλου που προκύπτει μετά από την αλληλεπίδραση του υποστρώματος και των ουσιών αυτών. Στην παρουσίαση αυτή θα γίνει μία σύντομη ανασκόπηση των μέχρι τώρα εξελίξεων πάνω στους συγκολλητικούς παράγοντες, καθώς και θα αναφερθούν οι τελευταίες εξελίξεις, με κατεύθυνση κυρίως το πώς επηρεάζουν αυτές την κλινική πράξη.

18

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΣΥΓΚΟΛΛΗΣΗΣ ΤΡΙΩΝ, ΔΥΟ ΚΑΙ ΕΝΟΣ ΣΤΑΔΙΟΥ

Γιαννακόπουλος Κ, Χατζησταύρου Μ

Οι πρώτες επιτυχείς προσπάθειες συγκόλλησης έγιναν το 1955 από τον M. Buonocore, αλλά μόλις το 1986 τα συγκολλητικά συστήματα άρχισαν να γίνονται συμβατά με την οδοντίνη, ανοίγοντας έτσι το δρόμο της πλήρους αδροποίησης και συγκόλλησης των οδοντιατρικών υλικών με την οδοντική ουσία. Από τότε μέχρι σήμερα έχουν εμφανιστεί οκτώ γενιές συγκολλητικών παραγόντων, κάτι ιδιαίτερα περίπλοκο για τον κλινικό οδοντίατρο. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση μίας κατηγοριοποίησης των συστημάτων συγκόλλησης ανάλογα με τα στάδια που απαιτούνται κατά τη χρήση τους, και η ανασκόπηση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων τους. Στους συγκολλητικούς παράγοντες τριών σταδίων γίνεται σε ξεχωριστά στάδια η αδροποίηση, η τοποθέτηση του υδρόφιλου μέρους για τη δημιουργία της υβριδικής ζώνης και η τοποθέτηση του υδρόφοβου μέρους. Οι παράγοντες δύο σταδίων μπορούν να χωριστούν σε αυτούς που γίνεται αδροποίηση και στη συνέχεια εφαρμογή της συγκολλητικής ρητίνης και σε αυτούς που η αδροποίηση γίνεται ταυτόχρονα με την εφαρμογή της υδρόφιλης ρητίνης και στη συνέχεια εφαρμοζείται η συγκολλητική υδρόφοβη ρητίνη (τα πρώτα αυτοαδροποιούμενα συστήματα). Τέλος, υπάρχουν οι νεότεροι, αυτοαδροποιούμενοι συγκολλητικοί παράγοντες ενός φιαλιδίου. Οι συγκολλητικοί παράγοντες τριών σταδίων προ-

σφέρουν άριστη συγκόλληση και συμβατότητα με όλα τα οδοντιατρικά υλικά και όλα τα υποστρώματα, ενώ έχουν ως μειονεκτήματα το αυξημένο κόστος και τη δυσκολία χρήσης. Οι παράγοντες δύο σταδίων με ξεχωριστό στάδιο αδροποίησης, παρέχουν επίσης άριστη συγκόλληση και είναι εύκοιοι στη χρήση και οικονομικοί, ενώ ως μειονέκτημα παρουσιάζεται η δυσκολία εκτέλεσης κάποιων διαδικασιών με αυτούς. Οι αυτοαδροποιούμενοι παράγοντες τροποποιούν το στρώμα των ξεσμάτων οδοντίνης, αντί να το αφαιρούν και έχουν εύκολη τεχνική χρήσης, γι' αυτό και αναφέρεται μείωση των μετεμφρακτικών ευαισθησιών. Πολλές φορές όμως, περιέχουν οξέα ανεπαρκή για την αδροποίηση της αδαμαντίνης, ενώ οι παράγοντες ενός φιαλιδίου παρουσιάζουν μεγάλη διαπερατότητα στα υγρά της οδοντίνης, με αποτέλεσμα τη δημιουργία δικτύου νερού στη συγκολλητική ζώνη. Επιπρόσθετα, λόγω του ιδιαίτερα όξινου pH που έχουν, υδρολιούνται ταχέως μέσα στο φιαλίδιο, με αποτέλεσμα η ποιότητα του δεσμού που προσφέρουν να είναι υποδεέστερη. Συμπερασματικά, οι συγκολλητικοί παράγοντες τριών σταδίων συνεχίζουν να αποτελούν τα συγκολλητικά συστήματα εκλογής. Προτείνεται επιφυλακτικότητα στα αυτοαδροποιούμενα συστήματα, ιδιαίτερα σε αυτά του ενός σταδίου, μέχρι να υπάρξει αξιόλογη ερευνητική στήριξη της χρήσης τους.

19**ΟΔΟΝΤΙΝΙΚΟ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑ.
ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ Ή ΟΧΙ;****Θεοδώρου Π, Μάγκος Σ, Κεράνη Μ***Από το Εργαστήριο Ενδοδοντίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.*

Το οδοντινικό επίχρισμα (smear layer) είναι ένα σύνολο οργανικών και ανόργανων υπολείμμάτων που παραμένουν στα τοιχώματα του ριζικού σωλήνα μετά τη χημικομηχανική επεξεργασία του. Παρατηρείται με τη βοήθεια του ηλεκτρονικού μικροσκοπίου και έχει υφή άμορφη, ακανόνιστη και κοκκώδη. Το οδοντινικό επίχρισμα δημιουργείται κατά τη διάρκεια της χημικομηχανικής επεξεργασίας του ριζικού σωλήνα και αποτελείται από υπολείμματα οδοντοβλαστικών αποφυάδων και πολυφικού ιστού, ρινίσματα οδοντίνης και σε μοιτισμένους ριζικούς σωλήνες και από μικρόβια. Από τη στιγμή που το οδοντινικό επίχρισμα περιγράφηκε ως οντότητα, ξεκίνησε και η διχογνωμία σχετικά με το εάν πρέπει να αφαιρείται ή όχι πριν από την εμφράξη των ριζικών σωλήνων. Δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών για τον ακριβή ρόλο που παίζει η παρουσία του στα τοιχώματα του ριζικού σωλήνα. Κα-

τά τη μία άποψη, η παρουσία του εμποδίζει τη διείσδυση μικροβίων στο ριζικό σωλήνα. Άλλοι πάλι ισχυρίζονται ότι το επίχρισμα δεν αποτελεί στεγανό φραγμό και ότι η διάλυσή του από πρωτεολυτικά ένζυμα μικροβίων δημιουργεί κενά μεταξύ εμφρακτικού υλικού και τοιχώματος του ριζικού σωλήνα. Επιπλέον, πιθανώς να αποτελεί πηγή θρεπτικού υλικού για τα μικρόβια που βρίσκονται στη μάζα του ή που παρέμειναν μέσα στα οδοντινοσωληνάρια, μετά το πέρας της χημικομηχανικής επεξεργασίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να γίνει μία σύντομη αναφορά στις πρόσφατες απόψεις σχετικά με το ρόλο που παίζει η παρουσία του οδοντινικού επιχρίσματος και για το εάν πρέπει ο κλινικός να το αφαιρεί ή όχι πριν από την εμφράξη του ριζικού σωλήνα. Τέλος, θα αναφερθούν οι τρόποι απομάκρυνσης του οδοντινικού επιχρίσματος από τα τοιχώματα του ριζικού σωλήνα.

20**ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΜΕΝΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ
ΜΕ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥΣ ΜΗ ΜΕΤΑΛΛΙΚΟΥΣ ΑΞΟΝΕΣ****Τσιαμπαλή Χ, Γιαννακόπουλος Κ**

Κατά την αποκατάσταση ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών με ενδορριζικούς άξονες, συχνά απαιτείται το φαινόμενο να «φεγγίζουν» οι μεταλλικοί άξονες, ιδιαίτερα σε πρόσθια δόντια με λεπτό φαινότυπο ούλων, γεγονός που δεν συνάδει με την ανάγκη για υψηλή αισθητική σε αυτή την περιοχή. Επιπρόσθετα, ο οδοντίατρος έρχεται συχνά αντιμέτωπος με την ανάγκη αφαίρεσης ενός μεταλλικού άξονα, διαδικασία επικίνδυνη για τη δομική ακεραιότητα του δοντιού. Για τους λόγους αυτούς, τα τελευταία χρόνια αυξάνεται συνεχώς η χρήση προκατασκευασμένων ενδορριζικών αξόνων από σύγχρονα μη μεταλλικά υλικά. Σκοπός της εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τους μη μεταλλικούς, αισθητικούς ενδορριζικούς άξονες και η παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων χρήσης τους. Στο εμπόριο κυκλοφορούν συστήματα αξόνων από ρητίνη ενισχυμένη με υαλονήματα, άξονες ζirkονί-

ας, κεραμικοί άξονες λευκίτη και άξονες από ανθρακονήματα επενδεδυμένα από ρητίνη. Διατίθενται σε ποικιλία σχήματος και μεγέθους, ως λευκοί ημιδιαφανείς και ως λευκοί αδιαφανείς. Οι άξονες με ανθρακονήματα και επένδυση ρητίνης έχουν παρόμοια ελαστικότητα με αυτή της οδοντίνης, που συμβάλλει στη μείωση των καταγμάτων ρίζας, παρουσιάζουν καλή συγκολλητική ικανότητα και είναι στο χρώμα της οδοντίνης. Οι άξονες με υαλονήματα είναι ελαστικοί, γεγονός που μειώνει το ποσοστό καταγμάτων ρίζας και παρουσιάζουν καλή συγκολλητική ικανότητα με ρητινώδεις κονίες. Κάποια συστήματα παρουσιάζουν μέτρια ακτινοσκοπικότητα και άλλα καμία. Οι άξονες ζirkονίας είναι άκαμπτοι, με συνέπεια να αυξάνεται ο κίνδυνος θραύσης της ρίζας και διαθέτουν υψηλότερη τιμή ακτινοσκοπικότητας από αυτή των αξόνων με υαλονήματα. Σημαντικό μειονέκτημά τους είναι η μειωμένη συγκολλησή

τους με την οδοντική ουσία. Οι κεραμικοί άξονες από ηευκίτη διαθέτουν υψηλή αντοχή στη θραύση, καλές μηχανικές ιδιότητες και υψηλή αισθητική από-

δοση, καθώς το κεραμικό επιτρέπει τη διάδοση του φωτός, με αποτέλεσμα να αποδίδεται ικανοποιητικά το χρώμα της οδοντίνης.

21

ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ BURNOUT ΣΤΟΥΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥΣ

Κούρκουλου Φ

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, γνωστό ως burnout, έχει οριστεί από τους Pines, Aronson και Kafry το 1983, ως μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής κατάπτωσης, που είναι αποτέλεσμα συνεχών και επαναλαμβανόμενων επιβαρύνσεων, σε σχέση με τη μακροχρόνια και έντονη εργασία κατά την παροχή υπηρεσίας σε άηλους ανθρώπους. Από έρευνες έχει φανεί ότι το σύνδρομο burnout εμφανίζεται αρκετά συχνά στην επαγγελματική ομάδα των οδοντιάτρων. Στην εργασία αυτή γίνεται ανασκόπηση της πρό-

σφατης βιβλιογραφίας και των σχετικών ερευνών, με σκοπό την παρουσίαση των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου, των συμπτωμάτων με τα οποία εκδηλώνεται, καθώς και προτάσεων για την αντιμετώπισή του. Απώτερος στόχος της εργασίας είναι η πρόληψη του συνδρόμου αυτού. Η εκτενής παρουσίαση του συνδρόμου burnout παρέχει τη δυνατότητα σε κάθε επαγγελματία να αναγνωρίσει τα πρώτα σημάδια της επερχόμενης επαγγελματικής εξουθένωσης, προκειμένου να πάρει εγκαίρως κάποια προστατευτικά μέτρα.

22

ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΣ ΓΟΝΙΔΙΩΝ ΚΥΤΟΚΙΝΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑ

Μπάγκος Π, Νικολόπουλος Γ, Γιαννακούρα Α, Παπαδημόπουλος Δ

Εισαγωγή: Η περιοδοντίτιδα αποτελεί φλεγμονώδη νόσο μικροβιακής αιτιολογίας. Η εξέλιξή της όμως, εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την ανταπόκριση του ανοσοποιητικού συστήματος στα ποικίλα αντιγόνα, η οποία επηρεάζεται κυρίως από το γενετικό προφίλ του ξενιστή. Οι κυτοκίνες είναι μόρια που απελευθερώνονται στο περιοδόντιο, ως απάντηση στους μικροβιακούς εισβολείς. Το 1997, οι Kornman και συν., βρήκαν συσχέτιση ανάμεσα στην εμφάνιση περιοδοντικής νόσου και στην ύπαρξη πολυμορφισμού (ύπαρξη αλληλομόρφου γονιδίου με διαφορετική αλληλοουχία νουκλεοτιδίων και συχνότητα τουλάχιστον 1% στο γενικό πληθυσμό) στα γονίδια που ελέγχουν την παραγωγή κυτοκινών IL-1a και IL-1b. Σκοπός της εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και η ανάλυση μελετών για πιθανή συσχέτιση του πολυμορφισμού σε γονίδια κυτοκινών και της περιοδοντικής νόσου.

Υλικό και μέθοδος: Συστηματική αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, όλων των σχετικών μελετών. Χρήση fixed και random effects models.

Έλεγχος για ύπαρξη ετερογένειας και πιθανής δημοσίευσης μόνο των μελετών με στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (publication bias).

Αποτελέσματα: Σημαντικός αριθμός μελετών ερευνά τη συσχέτιση της περιοδοντίτιδας με πολυμορφισμούς γονιδίων, κυρίως για IL-1, IL-10 και TNF-a, με αντικρουόμενα αποτελέσματα.

Συμπεράσματα: Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνει με προσοχή. Οι μελέτες παρουσιάζουν σημαντική ποικιλομορφία όσον αφορά στο σχεδιασμό και το μέγεθος δείγματος. Η συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων αλληλομόρφων στον πληθυσμό και η επίδραση συγγενικών παραγόντων όπως το κάπνισμα, θα πρέπει να εκτιμηθούν. Η στατιστική συσχέτιση θα πρέπει να αξιολογηθεί σε συνδυασμό με άλλα βιολογικά δεδομένα. Επίσης, ο αριθμός των γενετικών παραληθών σε διάφορες γενετικές θέσεις είναι μεγάλος, και συνεπώς η σύνδεση ενός συγκεκριμένου αλληλομόρφου με την περιοδοντική νόσο δεν είναι εφικτή.

23**ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΑΡΧΙΚΩΝ ΘΕΣΕΩΝ ΑΠΟΛΕΣΘΕΝΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΣΕ ΝΩΔΟΥΣ ΜΕ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟΥΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥΣ****Λαμπρόπουλος Π**

Το σύστημα "Staub™-Cranial-System" βασίζεται σε ορισμένα οριοθετημένα ανατομικά σημεία αναφοράς ενός εκμαγείου γνάθου. Στόχος του συστήματος είναι να δώσει ακριβή στοιχεία για την αρχική θέση των φυσικών δοντιών σε μία μερική ή ολικώς νωδή γνάθο. Σκοπός της μελέτης ήταν να αναπαράγει την αρχική θέση απολεσθέντων δοντιών σε νωδή γνάθο. Για την αναπαραγωγή της αρχικής θέσης απολεσθέντων δοντιών σε νωδή γνάθο, σε 20 εκμαγεία ατόμων με πλήρη οδοντικό φραγμό κόπηκαν όλα τα δόντια. Σε αυτά τα εκμαγεία ο οδοντοτεχνίτης Staub έκανε σύνταξη δοντιών. Κατόπιν μετρήθηκαν η απόσταση μεταξύ των κορυφών των εγγύς παρειακών φυμάτων των δοντιών 16 και 26, η απόσταση μεταξύ των κορυφών των κυνοδόντων 13 και 23 και η απόσταση μεταξύ του κοπτικού χείλους

του δοντιού 11 και του υψηλότερου σημείου της παρυφής των ούλων του. Σε 20 εκμαγεία ελέγχου που έφεραν την αληθή σύνταξη των δοντιών, πραγματοποιήθηκαν οι ίδιες μετρήσεις. Κατόπιν προσδιορίστηκε ο αριθμός των αναπαραχθέντων εκμαγείων, των οποίων οι αποστάσεις βρίσκονταν εκτός μιας 5% απόκλισης από τις μέσες τιμές των αντιστοίχων αποστάσεων των 20 εκμαγείων ελέγχου. Η ικανότητα του συστήματος να αναπαράγει την αρχική θέση απολεσθέντων δοντιών σε νωδή γνάθο είναι πολύ καλή. Σε μία περιορισμένη περιοχή της τάξεως του 5% μπόρεσαν να αναπαραχθούν 80% των εκμαγείων, με καμία έως το πολύ μία απόκλιση. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ήταν εντυπωσιακά καλά. Κλινικές έρευνες βασιζόμενες στα αποτελέσματα είναι επιθυμητές.

24**ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΟΨΕΙΣ ΠΟΡΣΕΛΑΝΗΣ****Γιαννακόπουλος Κ, Χατζησταύρου Μ**

Η σύγκληση πολλοπλών διαστημάτων μεταξύ των δοντιών αποτελεί μία από τις πιο εντυπωσιακές διαδικασίες που γίνονται με στόχο τη βελτίωση της αισθητικής παρουσίας του χαμόγελου. Το πρόβλημα της παρουσίας κενών ανάμεσα στα δόντια μπορεί να αντιμετωπιστεί επιτυχώς με την κλασική μέθοδο της ορθοδοντικής μετακίνησης των δοντιών, με την άμεση τοποθέτηση σύνθετης ρητίνης, ή έμμεσα, με τη χρήση ολοκεραμικών όψεων. Οι αποκαταστάσεις με κεραμικές όψεις χαρακτηρίζονται από υψηλά ποσοστά επιτυχίας με μακροχρόνια πρόγνωση, υπό την προϋπόθεση της κατάλληλης επιλογής της περίπτωσης και της αυστηρής τήρησης του πρωτοκόλλου παρασκευής των δοντιών, κατασκευής των όψεων και συγκόλλησης αυτών. Στα πλεονεκτήματα των όψεων πορσελάνης έναντι των συνθέτων ρητινών, συμπεριλαμβάνονται η μακροβιότητα, η διατήρη-

ση επ' αόριστον του γυαλίσματος και της μορφοβολογίας και το ότι η απόδοση της αισθητικής γίνεται εξωστοματικά από το οδοντοτεχνικό εργαστήριο, με καλύτερα συνήθως αποτελέσματα. Τα μειονεκτήματά τους είναι το αυξημένο κόστος, η λιγότερο συντηρητική παρασκευή σε σχέση με την άμεση τοποθέτηση σύνθετης ρητίνης και η ύπαρξη πρόσθετων εργαστηριακών σταδίων. Επίσης, καθοριστικής σημασίας είναι η συνεργασία με ένα οδοντοτεχνικό εργαστήριο με εμπειρία σε αυτού του τύπου τις αποκαταστάσεις. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της τεχνικής σύγκλησης διαστημάτων με όψεις πορσελάνης. Μέσω της παρουσίασης κλινικών περιπτώσεων, θα συζητηθούν οι διαγνωστικές διαδικασίες, οι παρασκευές των δοντιών και η αποτύπωση, καθώς και τα στάδια δοκιμής και συγκόλλησης των ολοκεραμικών όψεων.

25

Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ, ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ, ΓΙΑ ΤΗ ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΟΓΝΑΘΙΚΩΝ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ

Χατζημανώλης Π., Χαμαλάκη Ε., Κονσολάκη Ε., Ρωμάνος Γ

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

Οι οδοντογναθικές ανωμαλίες και δυσμορφίες του προσώπου είναι αναπτυξιακές διαταραχές των γνάθων και συνοδεύονται από διαταραχές της οδοντικής σύγκλησης και δυσαναηογίες στην ανάπτυξη και διαμόρφωση των γνάθων. Η αντιμετώπιση αυτών γίνεται κυρίως μετά από σωστή ενημέρωση του ασθενή, σε πρώτη φάση από το γενικό οδοντίατρο, ο οποίος οφείλει να γνωρίζει για το πρόβλημα καθώς και για τις επιπτώσεις που έχει, τόσο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου, όσο και στις συνέπειες από τις λειτουργικές και αισθητικές διαταραχές που δημιουργούνται. Στη συνέχεια ακολουθεί παραπομπή του ασθενή σε ειδικό ορθοδοντικό και γναθοπροσωπικό χειρουργό, για τη λεπτομερή ενημέρωση από την πλευρά των δύο ειδικών. Η ορθοδοντική έχει σαν σκοπό τη σωστή προετοιμασία και διευθέτηση των δοντιών στους οδοντικούς φραγμούς, ενώ η γναθοπροσωπική χειρουργική με τις διάφορες συνδυασμένες επεμβάσεις ορθογναθικής χειρουργικής, έχει σαν σκοπό την αποκατάσταση των σκελετικών διαταραχών. Όταν η συνεργασία αυτών των δύο ειδικοτήτων δεν γίνει και ο ασθενής αντιμετωπισθεί μόνο από τη μία ειδικότητα, ο κίνδυνος υποτροπής ή κακής θεραπευτικής αγωγής είναι συχνότατος.

Υλικό και μέθοδος: Στην Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, κατά την τελευταία δεκαπενταετία, από ένα σύνολο 235 ασθενών στους οποίους έγιναν ορθογναθικές επεμβάσεις, μονογναθικές ή και αμφιγναθικές, για την αντιμετώπιση οδοντογναθικών ανωμαλιών, σε 5 περιπτώσεις οι ασθενείς είχαν προηγουμένως αντιμετωπισθεί μόνο ορθοδοντικά για τη διόρθωση του προβλήματός τους. Στις τέσσερις από αυτές χρειάστηκε να επαναληφθεί η ορθοδοντική θεραπεία από άλλο ορθοδοντικό και στη συνέχεια να γίνουν οι διορθωτικές επεμβάσεις από την πλευρά της ορθογναθικής χειρουργικής. Στη μία περίπτωση, λόγω καλής σύγκλησης αλλήλα σοβαρού προβλήματος αισθητικής, η αντιμετώπιση έγινε με διορθωτική οστεοτομία του γενείου (γενειοπλαστική) μόνο για να βελτιώσει το ψυχολογικό πρόβλημα της ασθενούς.

Αποτελέσματα: Σε όλες τις περιπτώσεις το αποτέλεσμα της συνδυασμένης θεραπείας κρίνεται ικανοποιητικό, ενώ το ζητούμενο, που είναι η λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση του ασθενή, επιβεβαιώνεται από τη σωστή συνεργασία όλων των ειδικών για την επίλυση τέτοιου είδους διαταραχών.

26

ΣΙΑΛΟΛΙΘΙΑΣΗ ΕΛΑΣΣΟΝΩΝ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Γαβριηλίδου Φ., Δασκαλά Ι., Κατσώνη Ε., Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε

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

Η σιαλολιθίαση των ελασσόνων σιαλογόνων αδένων αποτελεί σχετικά σπάνια παθο-

λογική κατάσταση, με ποσοστό εμφάνισης μεταξύ 6% και 10%. Διάφορες θεωρίες έχουν δια-

τυπωθεί για το μηχανισμό παθογένεσης της βλάβης, με επικρατέστερη την οργανοχημική θεωρία. Η σιαλολιθίαση των ελασσόνων σιαλογόνων αδένων εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα μεταξύ πέμπτης και όγδοης δεκαετίας της ζωής και συχνότερα στο βλεννογόνο του άνω χείλους και της παρείας. Ενοχοποιούνται τραυματικοί τοπικοί παράγοντες και ποικίλες παραληλαγές της μορφολογίας των εκφορητικών πόρων των ελασσόνων σιαλογόνων αδένων. Οι σιαλολιθοί συνίστανται από οργανικά και ανόργανα συστατικά και εμφανίζουν μία περιφερική ζώνη που παρουσιάζει διάταξη ομόκεντρων κύκλων και μία κεντρική που μπορεί να περιέχει φλεγμονώδη κύτταρα και μικροοργανισμούς. Κλινικά εμφανίζεται συνήθως ως καλά περιγεγραμμένη διόγκωση, υπόσκληρης σύστασης, μεγέθους μέχρι δύο εκατοστά, ενώ μπορεί να εμφανισθεί και δευτερογενής φλεγμονή. Η ακτινογραφική εικόνα ποικίλλει ανά-

λογα με το βαθμό ενασβεσίωσης του σιαλολιθίου. Στην πιθανή διαφορική διάγνωση συμπεριλαμβάνονται βλάβες τραυματικής και φλεγμονώδους αιτιολογίας, καθώς και όγκοι αδενικής και μεσεγχυματογενούς προέλευσης. Η τελική διάγνωση βασίζεται στην ανεύρεση του λίθου και στην ιστολογική εξέταση. Η θεραπεία συνίσταται στη χειρουργική αφαίρεση του σιαλολιθίου και παροχέτευση σε ύπαρξη φλεγμονής. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση δύο περιπτώσεων σιαλολιθίασης ελασσόνων σιαλογόνων αδένων σε ασθενείς που προσήλθαν στην Κλινική της Γναθοπροσωπικής και Στοματικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Επιπλέον, γίνεται συζήτηση σχετικά με τη σιαλολιθίαση των ελασσόνων σιαλογόνων αδένων, με βάση τις περιπτώσεις που παρουσιάζονται και αναφορά στη διεθνή βιβλιογραφία.

27

ΛΙΠΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Κολόμβος Ν, Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε, Σκουτέρης Χ, Ιατρού Ι

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

Τα λιπώματα αποτελούν καλοήθη νεοπλασματά του λιπώδους ιστού και συνιστούν έναν από τους συχνότερα εμφανιζόμενους όγκους ολόκληρου του σώματος. Στη στοματική κοιλότητα και στην ευρύτερη γναθοπροσωπική περιοχή, αναπτύσσονται σχετικά σπάνια, με συχνότερη θέση εντόπισης την παρεία. Αποτελούν ασυμπτωματικούς όγκους και εμφανίζονται κυρίως σε ασθενείς ηλικίας 40 έως 60 ετών, ενώ μπορεί να λάβουν μεγάλες διαστάσεις, οπότε μπορεί να τραυματίζονται κατά τη μάσηση. Όταν εντοπίζονται στη στοματική κοιλότητα, προβάλλουν κάτω από το βλεννογόνο σαν σφαιρική και μαλακή διόγκωση υποκίτρινης χροιάς, οπότε και διαγιγνώσκονται σχετικά εύκολα, όταν όμως έχουν βαθύτερη εντόπιση, η διάγνωσή τους παρουσιάζει δυσκολίες. Σε αυτές τις περιπτώσεις βοηθά αποτελεσματικά

η διαγνωστική διερεύνηση με υπερηχογράφημα, αξονική ή/και μαγνητική τομογραφία. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των λιπωμάτων επιτυγχάνεται με χειρουργική επέμβαση, η οποία συνίσταται σε περικαψική εκτομή του όγκου. Υποτροπή μπορεί να εμφανισθεί όταν τα λιπώματα διηθούν τους γύρω ιστούς και ιδιαίτερα τα μεσομυϊκά διαστήματα, οπότε σε αυτή την περίπτωση καθίσταται δύσκολη η αφαίρεσή τους. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ασθενών με λιπώματα της στοματικής κοιλότητας και η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας της σχετικής με το θέμα. Περισσότερη έμφαση θα δοθεί στη διαγνωστική διερεύνηση και τη χειρουργική αντιμετώπιση τριών ασθενών με λιπώματα, που εντοπίζονταν αντίστοιχα στην παρεία, στην ουλοπαρειική αύλακα και στη γλώσσα.

28

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ CT-ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΒΛΑΒΩΝ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ

Γιαμαρέλλος Γ, Δενδρινός Χ

Από το Γναθοχειρουργικό Τμήμα του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.

Στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου, η αξονική τομογραφία (CT) και η μαγνητική (MRI) είναι οι κατ' εξοχήν χρησιμοποιούμενες απεικονιστικές τεχνικές για τη διάγνωση παθολογικών εξεργασιών. Η αξονική τομογραφία μετά από χορήγηση ακτινοσκιεράς ουσίας (CECT - Contrast Enhanced Computed Tomography), χρησιμοποιείται συχνότερα από τη μαγνητική τομογραφία, τόσο για τη διαφορική διάγνωση μεταξύ κυτταρίτιδας και αποστήματος, όσο και για την εντόπιση και εκτίμηση της έκτασης της πυώδους συλλογής στους εν τω βάθει ανατομικούς χώρους της περιοχής κεφαλής και τραχήλου. Η CT- ή υπέρηχο- καθοδηγούμενη παρακέντηση, είναι μία συνήθης τεχνική που εφαρμόζεται από πολλούς ειδικότητες για την παροχέτευση εν τω βάθει αποστημάτων ή συλλογών σε διάφορες περιοχές του σώματος, όπως π.χ. κοιλιά, οπισθοπεριτοναϊκοί χώροι, πνεύμονες, εγκέφαλος, κ.ά. Χρησιμεύει επίσης, για τη λήψη υλικού για βιοψία από δυσπρόσιτες χειρουργικά περιοχές, ή για τη λήψη υλικού για καλλιέργεια, συμβάλλοντας έτσι στη διάγνωση και θεραπεία. Τε-

λευταίες μελέτες υποστηρίζουν, ότι η παρακέντηση με βελόνη των αποστημάτων του ενγκεφάλου είναι το ίδιο αποτελεσματική με τη χειρουργική διάνοιξη και παροχέτευση, εφαρμόζεται δε ως πρώτη θεραπευτική επιλογή. Η μέθοδος έχει εφαρμογή και σε εν τω βάθει εντοπιζόμενες βλάβες ή συλλογές της στοματογναθοπροσωπικής και τραχηλικής χώρας. Με τη μέθοδο αυτή μπορεί να γίνει παρακέντηση και αναρρόφηση της πυώδους συλλογής, τοποθέτηση επιπλέον και καθετήρα για συνεχή παροχέτευση για κάποιο χρονικό διάστημα, λήψη υλικού για βιοψία ή καλλιέργεια. Η διαδερμική CT-καθοδηγούμενη παρακέντηση προσφέρει βελτιωμένα αισθητικά αποτελέσματα, ελαττώνει το κόστος και τη νοσηρότητα και συμβάλλει στη λήψη πλέον αξιόπιστων δειγμάτων για FNA-biopsy ή για καλλιέργεια και αντιβιογράμματα. Στην εργασία αυτή αναφέρεται η τεχνική της μεθόδου, οι ενδείξεις της και οι πιθανές επιπλοκές. Σκοπός της εργασίας είναι να προβάλει, μέσα από αναφορά περίπτωσης, τη χρησιμότητα της μεθόδου.

29

ΑΙΤΙΑ ΔΙΟΓΚΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Λίνκ-Τσατσούλη Ι, Πουλιόπουλος Α

Από το Εργαστήριο Στοματολογίας του Οδοντιατρικού Τμήματος του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Η εμφάνιση διογκώσεων στη στοματική κοιλότητα είναι δυνατό να οφείλεται σε πολλαπλά αίτια. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η καταγραφή του φάσματος των αιτιών που είναι δυνατό να προκαλέσουν διογκώσεις στη στοματική κοιλότητα. Ορισμένα χαρακτηριστικά των διογκώσεων, όπως ο αριθμός των αλλοιώσεων, η εντόπισή τους, η μεταβολή του μεγέθους, η εκροή υγρού από το εσωτερικό τους,

καθώς και το ιατρικό ιστορικό του ασθενή, αποτελούν χρήσιμα κλινικά διαγνωστικά ευρήματα. Στις πιθανές αιτιολογίες εμφάνισης διογκώσεων στη στοματική κοιλότητα περιλαμβάνονται φυσιολογικά ευρήματα (φυλλοειδείς θηλές γλώσσας), αναπτυξιακές αλλοιώσεις (αιμαγγείωματα, ηεμφαγγειώματα, torus palatinus, torus mandibularis), φλεγμονώδεις τραυματικές βλάβες (αποστήματα μαλακών μορίων,

πυογόνο κοκκίωμα, επουλήιδες), κυστικές αθηλοιώσεις (ανατολής, μαθηκών μορίων), ορμονικής αιτιολογίας (ουλίτιδα κύησης, όγκοι κύησης), ως αποτέλεσμα λήψης φαρμάκων (αντισηληπτικά, φαινοτοΐνη, αντιυπερτασικά, κυκλοσπορίνη), αιματολογικά νοσήματα (θαιμωμία, λέμφωμα), καλοήθη νεοπλασμάτα (θήλωμα, ίνωμα, ρίπωνμα), πρωτοπαθή και μεταστατικά κακοήθη νεοπλασμάτα (ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, κακοήθη νεοπλασμάτα των σιαλογόνων αδένων, πολλαπλό μυέλωμα), και ετερόκλητης αιτιολογίας νοσήματα με ενδο-

στοματικές αθηλοιώσεις (αγγειοοίδημα, σαρκοείδωση, αμυλοείδωση). Η φύση των διογκώσεων στη στοματική κοιλότητα, αυτονόητα δεν είναι δυνατόν να διαγνωσθεί με ακρίβεια, εάν δεν γίνουν κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις, όπως η επισκόπηση, η ψηλάφηση, ακτινογραφικός έλεγχος, αιματολογικός έλεγχος, εξετάσεις ούρων, αναρρόφηση υγρού, μικροβιολογικός έλεγχος και καλλιέργεια και, τέλος, η απαραίτητη βιοψία και ιστολογική εξέταση, χρησιμοποιώντας συμβατικές ή πιο εξειδικευμένες μεθόδους.

30 Η ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΡΘΡΑΛΓΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΥΑΛΓΙΑ ΣΤΙΣ ΚΡΑΝΙΟΓΝΑΘΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Λομβαρδάς Π

Οι κρανιογναθικές διαταραχές αποτελούν πεδίο οξείας αθηλά και γόνιμης επιστημονικής αντιπαράθεσης. Εξακολουθούν όμως να αποτελούν ένα «ομιχλώδες» τοπίο, τόσο για το γενικό οδοντίατρο, όσο και για τον ειδικό ερευνητή. Αυτό άηλωσε αντανακλήεται στο γεγονός, ότι το ίδιο το όνομα της διαταραχής, αθηλά και ο ορισμός της, αθηλάζει σχεδόν κάθε πενταετία, καθώς νέα δεδομένα έρχονται στο φως και νέες προσεγγίσεις επιχειρούνται. Σε αυτή την εργασία επιχειρείται η προσέγγιση του προβλήματος από τη συγκλησιακή σκοπιά. Η συγκλησιακή προσέγγιση θεωρεί λειτουργικά και ανατομικά σωστή τη σύγκληση ενός ασθενή, όταν ικανοποιούνται οι ακόλουθες δύο συνθήκες: 1) τα δόντια έρχονται στη μέγιστη συγγόμφωση όταν οι κόνδυλοι είναι στην κεντρική τους σχέση, στη σωστή κάθετη διάσταση, 2) λειτουργεί ικανοποιητικά ο πρόσθιος οδηγός, δηλαδή τα πρόσθια δόντια καθοδηγούν την κάτω γνάθο κατά την προσθιοθήση και τις πηλοθιοθήσεις, με αποτέλεσμα τα οπίσθια δόντια να αποσυναρμολογούνται σε οποιαδήποτε αθηλη θέση εκτός της κεντρικής σχέσης.

Όταν δεν ικανοποιούνται αυτές οι συνθήκες, εγκαθίσταται μυϊκή δυσλειτουργία. Αυτή μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή επώδυνη. Η μυϊκή αυτή δυσλειτουργία συνεχίζεται συνήθως για χρόνια και μπορεί να δημιουργήσει ενδοαρθρικά προβλήματα, που κατά τη συνήθη χρο-

νική σειρά εμφάνισής τους, είναι 1) η λειτουργική παρεκτόπιση του έξω πόλου του διάρθριου δίσκου, 2) η ανατομική παρεκτόπιση του έξω πόλου του διάρθριου δίσκου, 3) η παρεκτόπιση όλου του διάρθριου δίσκου (έσω και έξω πόλου), 4) η διάτρηση του δίσκου, 5) η νέκρωση των οστικών επιφανειών του κροταφικού οστού και του κονδύλου και 6) η δημιουργία ψευδοδίσκου. Άηληα από αυτά τα στάδια συνοδεύονται από αρθρικό πόνο και αθηληά όχι. Η διαφοροδιάγνωση της αρθραλγίας από τη μυαλγία, αθηληάει έναν πονοκέφαλο για όηους όσους ασχοηούνται με τις κρανιογναθικές διαταραχές. Στη βιβλιογραφία παραμένει πάντα ασαφής η μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη διαφοροδιάγνωση της εντόπισης του πόνου. Συνήθως, εάν ο ασθενής πονά στην περιοχή της άρθρωσης και συνυπάρχουν ήχοι από την άρθρωση «διαγιγνώσκειται» αρθραλγία. Η διαφοροδιάγνωση όμως της πηγής εντόπισης του πόνου σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι εφικτή με μεγάλη ακρίβεια με τη μέθοδο της δοκιμασίας φόρτισης του κονδύλου, σε συνδυασμό με την καθοδήγηση της κάτω γνάθου στην κεντρική σχέση με τη μέθοδο του αμφίπλευρου χειρισμού. Στο τελευταίο μέρος της εργασίας, περιγράφεται η μέθοδος και αναφέρονται τα πηλονεκτήματά της, αναφορικά με την αποκατάσταση των δυσλειτουργικών ασθενών.

31

Ο «ΔΙΠΛΟΣ ΑΞΟΝΑΣ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗΣ» ΤΗΣ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ ΣΤΟ ΕΥΡΟΣ ΤΟΥ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ

Καφάς Π, Δαλαμπίρας Σ

Η μασθηριακή μυαλγία - δυσλειτουργία είναι η παθολογική κατάσταση που επηρεάζει κατά κύριο λόγο το κινητικό σύστημα της κάτω γνάθου. Ο πόνος, που στις περισσότερες των περιπτώσεων αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο της νόσου, μπορεί να ταξινομηθεί ως οξύς ή χρόνιος. Η διάγνωση της χρονιότητας συνήθως γίνεται όταν υπάρχει ιστορικό πόνου που ξεπερνά τους τρεις μήνες. Η εργασία αυτή έχει ως σκοπό 1) τη μελέτη της πιθανής συμβολής κλινικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων στη διατήρηση και πρόγνωση της χρονιότητας του συνδρόμου, και 2) την ανίχνευση κλινικών σημείων και συμπτωμάτων που θα βοηθή την έγκαιρη διάγνωση της οξείας φάσης για την αποτροπή της χρονιότητας.

Υλικό και μέθοδος: Την ομάδα εξέτασης αποτέλεσαν 41 ασθενείς με διάγνωση μασθηριακής μυαλγίας - δυσλειτουργίας. Όλοι οι ασθενείς παραπέμφθηκαν για λήψη πανοραμικής ακτινογραφίας, αφότου έγινε η κλινική εξέταση και η συμπλήρωση εννέα ερωτηματολογίων, για την έρευ-

να πιθανών συσχετισμών της νόσου. Για την καταγραφή συγκεκριμένων κλινικών σημείων και συμπτωμάτων, καθώς και για την ομοιομορφία της μελέτης, σχεδιάστηκε ένα ερωτηματολόγιο για το σκοπό αυτό, που ονομάστηκε «Αξιολόγηση Πόνου της ΚΓΔ».

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ενδιαφέροντα κλινικά χαρακτηριστικά μεταξύ οξύ και χρόνιου πόνου. Επίσης, στην ομάδα χρόνιου πόνου βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί συσχετισμοί μεταξύ βιολογικών, ψυχικών και κοινωνικών παραγόντων, σε επίπεδο $p < 0,05$ και $p < 0,01$. Από τα προαναφερθέντα αποτελέσματα αναπτύχθηκε ο «Διπλός Άξονας Επιδείνωσης» της μασθηριακής μυαλγίας - δυσλειτουργίας.

Συμπέρασμα: Ο «Διπλός Άξονας Επιδείνωσης» μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστική μέθοδος του συνδρόμου της κροταφογναθικής διάρθρωσης. Επίσης, η σωστή αντιμετώπιση της μασθηριακής μυαλγίας - δυσλειτουργίας μπορεί να ενισχυθεί με την αξιολόγηση του βιολογικού και ψυχοκοινωνικού προτύπου.

32

ΒΛΕΝΝΩΔΕΙΣ ΚΥΣΤΕΙΣ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ - ΚΛΙΝΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ (2000 - 2005)

Νικολαΐδης Α, Παπαχρήστου Ν, Μετακόπουλος Ι, Τόσιος Κ

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

Από τις κύστεις των μαλακών μορίων του στόματος, ο συνθετέστερος τύπος είναι οι βλεννώδεις. Διακρίνονται σε βλεννώδεις κύστεις από έγχυση-διάχυση βλήννας που δεν επενδύονται από επιθήλιο και σε βλεννώδεις κύστεις από κατακράτηση βλήννας, όπου παρατηρείται επιθηλιακή επένδυση. Οι πρώτες οφείλονται σε τραυματισμό του εκφορητικού πόρου μικρού σιελογό-

νου αδένου, με αποτέλεσμα τη διάχυση βλήννας στους γύρω ιστούς. Δεν αποτελούν αληθείς κύστεις, αλλά ψευδοκύστεις και παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης. Οι κύστεις από κατακράτηση αποδίδονται σε στένωση, απόφραξη ή καταστροφή του πόρου μικρού σιελογό-νου αδένου, με αποτέλεσμα τη διάτασή του και τη δημιουργία κυστικής επεξεργασίας που καλύπτεται

από ψευδοπολιύστιβο κυλινδρικό επιθήλιο. Εμφανίζονται επιφανειακά ως ομαλές σφαιρικές ή ωοειδείς μαλακές διογκώσεις, που μπορεί μόλις να διακρίνονται ή και να προβάλλουν αισθητά. Είναι ανώδυνες και καλύπτονται από βλεννογόνο που έχει χρώμα φυσιολογικό ή υποκύανο. Το μέγεθός τους ποικίλλει από μερικά χιλιοστά μέχρι ένα έως δύο εκατοστά σε διάμετρο. Η διογκωση μπορεί να εμφανιστεί ξαφνικά κατά τη διάρκεια γεύματος ή μετά από ελαφρό τραυματισμό, να ελαττωθεί σε μέγεθος αυτόματα και να εμφανιστεί ξανά μετά από μικρό χρονικό διάστημα. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από τις άηλες κύστεις των μαλακών μορίων του στόματος (κύστη των ούλων, επιδερμοειδής, βραγχιακή, ηεμφοεπιθηλιακή, ρινοχειλιική, θυρεογλωσσική, αιμαγγείωμα και ογκωτικές εξεργασίες). Πάντως η κλινική εικόνα είναι τόσο χαρακτηριστική, ώστε βοηθά αποφασιστικά στη διαφορική διάγνωση από άηλες διογκώσεις της στοματικής κοιλότητας. Η θεραπεία είναι χειρουργική. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η αναδρομική κλινικοστατιστική μελέτη των βλεννοκύστεων, των κλινικών και ιστολο-

γικών χαρακτηριστικών τους, των χειρουργικών μεθόδων που ακολουθήθηκαν, καθώς και της μετεγχειρητικής τους πορείας. Υλικό της εργασίας αποτέλεσαν 242 περιπτώσεις βλεννοκύστεων σε ισάριθμους ασθενείς, που αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο διάστημα 2000-2005 και τεκμηριώθηκαν ιστολογικά στο εργαστήριο της Στοματολογίας του ίδιου Πανεπιστημίου. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι από τους 242 ασθενείς, οι 120 ήταν άνδρες ηλικίας 2 έως 72 ετών (Μ.Ο. 26,6) και οι 122 γυναίκες ηλικίας 15 μηνών έως 66 ετών (Μ.Ο. 25,6). Η συνηθέστερη εντόπιση των βλεννοκύστεων ήταν το κάτω χείλος (211 περιπτώσεις) και ακολουθούν η παρειά (13 περιπτώσεις), η γλώσσα (9 περιπτώσεις), το έδαφος του στόματος (6 περιπτώσεις), η υπερώα (2 περιπτώσεις) και το άνω χείλος (1 περίπτωση). Από την ιστολογική εξέταση προέκυψε ότι 237 περιπτώσεις βλεννοκύστεων οφείλονταν σε έγχυση-διάχυση βλεννας και μόλις 5 περιπτώσεις ήταν αποτέλεσμα κατακράτησης βλεννας.

33

ΣΤΟΜΑΤΟΚΟΛΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ιωαννίδου Φ, Ζανάκης Σ, Λούμου Π, Βοργιοπούλου Γ, Γαβριήλ Σ

Τα οπίσθια δόντια της άνω γνάθου (σπάνια ο κυνόδοντας), έρχονται σε στενή σχέση με το ιγμόρειο άντρο, σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις χωρίζονται από το γναθιαίο κήλο με λεπτότατη σιβάδα οστού, ή και μόνο από τον κοιλιακό βλεννογόνο. Ως εκ τούτου, είτε διότι μεταξύ ακρορριζίου και εδάφους του γναθιαίου κήλου από ανατομικούς λόγους δεν υπάρχει επαρκής ποσότητα οστού, είτε διότι έχει καταστραφεί από ακρορριζικές ή κυστικές αλλοιώσεις ή ακόμη και από όγκους, είναι δυνατόν η εξαγωγή ενός εκ των προαναφερομένων δοντιών να οδηγήσει σε στοματοκοιλιακή επικοινωνία. Ακόμη, είναι δυνατόν να επισυμβεί στοματοκοιλιακή επικοινωνία από τους χειρισμούς του οδοντιάτρου και μερικές φορές συνοδεύεται από πρόωθηση ρίζας ή και ολόκληρου του δοντιού στο ιγμόρειο άντρο, ενώ πιο σπάνια συνοδεύεται από κάταγμα του γναθιαίου κυρτώματος. Η διάγνωση

της στοματοκοιλιακής επικοινωνίας άμεσα μετά από εξαγωγή δοντιού γίνεται είτε με την προσεκτική ψηλάφηση του φατνίου με μήλη (silbersonde) ή κοχλιάριο φατνίου, είτε με τη δοκιμασία Valsava. Όμως, όταν το ιγμόρειο άντρο πληρούται με παθολογικό ιστό, π.χ. πολύποδες, κυστική εξεργασία, όγκο κήλο, η δοκιμασία Valsava είναι αρνητική. Αν και ένας μεγάλος αριθμός στοματοκοιλιακών επικοινωνιών συγκλίνει αυτόματα χωρίς καμία παρέμβαση, ειδικά εάν η επικοινωνία είναι μικρή και υπάρχει επαρκές ύψος φατνιακού οστού, ο οδοντίατρος υποχρεούται να ελέγχει πάντοτε την πιθανότητα στοματοκοιλιακής επικοινωνίας και να προβαίνει στις πρέπουσες ενέργειες. Σαν γενικές αρχές αντιμετώπισης των στοματοκοιλιακών επικοινωνιών θα πρέπει να ισχύουν τα εξής: 1) Στις περιπτώσεις όπου το ιγμόρειο άντρο κλινικά και ακτινογραφικά διαπιστώνεται ότι είναι «υγιές», θα

πρέπει εντός του πρώτου εικοσιτετραώρου να εκτελείται σύγκληση της στοματοκοιλιακής επικοινωνίας. 2) Στις περιπτώσεις όπου διαπιστώνεται ότι το ιγμόρειο άντρο δεν είναι «υγιές» (ύπαρξη κυστικής εξεργασίας, πολύποδες, οδοντογενής ιγμορίτιδα κλπ), τότε η σύγκληση της στοματοκοιλιακής επικοινωνίας γίνεται σε δεύτερο χρόνο, μετά την ολοκλήρωση του διαγνω-

στικού ελέγχου, συνήθως σε συνδυασμό με ανάτρηση του ιγμορείου. Στην εργασία αυτή δίνεται έμφαση στην πρόληψη, τη διάγνωση και τις αρχές αντιμετώπισης της στοματοκοιλιακής επικοινωνίας και παρουσιάζεται η εμπειρία των συγγραφέων στην αντιμετώπιση στοματοκοιλιακών επικοινωνιών στο Οδοντιατρικό Τμήμα του Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ».

34

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΟΜΑΤΟΚΟΙΛΙΚΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ

Νικολαΐδης Α, Τιτσινίδης Σ, Μελακόπουλος Ι, Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε

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

Διάνοιξη του γναθιαίου κόλπου προς τη στοματική κοιλότητα είναι δυνατόν να συμβεί κατά τη διάρκεια χειρισμών για την εξαγωγή των οπίσθιων άνω δοντιών, ιδίως όταν τα ακρορρίζια των δοντιών αυτών είναι κοντά ή προβάλλουν στο έδαφος του κόλπου, από παθολογικά αίτια (κύστη, όγκο) και από τραυματισμό της περιοχής. Η στοματοκοιλιακή επικοινωνία είναι επιπλοκή η οποία αντιμετωπίζεται συντηρητικά ή χειρουργικά. Η άμεση στοματοκοιλιακή επικοινωνία, όταν είναι μικρών διαστάσεων (3-4mm), μπορεί να επουλωθεί αυτόματα από το πήγμα αίματος που καταλαμβάνει το μετεξακτικό φατνίο. Σε αυτή την περίπτωση οι προσεκτικοί χειρισμοί στο μετεξακτικό φατνίο, η συμπλησίαση και η απλή συρραφή των χειλέων του μετεξακτικού τραύματος, υποστηρίζουν το αιματικό πήγμα και διευκολύνουν τη σύγκληση της επικοινωνίας. Εάν η διάμετρος της επικοινωνίας είναι μεγαλύτερη των 5mm και ιδίως εάν έχει ήδη αναπτυχθεί οδοντο-

γενής γναθιαία κοιλίτιδα ή προϋπάρχει ρινογενής φλεγμονή, δεν σχηματίζεται αιμόπηγμα και η επικοινωνία, εάν αφεθεί χωρίς αντιμετώπιση, μονιμοποιείται με επιθηλίωση των χειλέων της και τελικά εγκαθίσταται μόνιμο στοματοκοιλιακό συρίγγιο. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται η χειρουργική διευθέτηση της επικοινωνίας με τη χρήση διαφόρων τεχνικών κρημών (τοπικών και απομακρυσμένων). Σκοπός της εργασίας είναι η αναδρομική κλινοστατιστική ανάλυση 10 περιπτώσεων στοματοκοιλιακής επικοινωνίας που αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κατά την πενταετία 2000-2005. Η ταξινόμηση των επικοινωνιών επιχειρείται με βάση το αίτιο, το φύλο, την ηλικία και το θεραπευτικό σχήμα που εφαρμόστηκε και γίνεται συζήτηση για τις θεραπευτικές τεχνικές που εφαρμόστηκαν, καθώς και ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

35

ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗΣ ΚΕΡΑΤΙΝΟΚΥΣΤΗ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Δεληουσίδου Α, Τιτσινίδης Σ, Μελακόπουλος Ι, Τζέρμπος Φ, Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε

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

Η οδοντογενής κερατινοκύστη συγκαταλέγεται στις αναπτυξιακές επιθηλιακές κύστεις, καταλαμβάνοντας περίπου το 11% του συνόλου των

κυστικών εξεργασιών που εμφανίζονται στα οστά των γνάθων. Αποτελεί μία παθολογική εξεργασία ιδιαίτερου επιστημονικού ενδιαφέροντος, εξαιτί-

ας της επιθετικής της συμπεριφοράς και της υψηλής τάσης της για υποτροπή. Τα ποσοστά υποτροπής που έχουν αναφερθεί παγκοσμίως ποικίλουν μεταξύ των διαφόρων ερευνητών, κυμαινόμενα από 2,5% έως 62,5%. Επιδημιολογικά, εμφανίζεται σε ένα ευρύ φάσμα ηλικιών, με μεγαλύτερη συχνότητα στη δεύτερη και τρίτη δεκαετία. Όσον αφορά στο φύλο, παρουσιάζεται με μεγαλύτερη αναλογία στις γυναίκες, ενώ τοπογραφικά η κάτω γνάθος προσβάλλεται συχνότερα, με τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης της κύστης στη γωνία της κάτω γνάθου. Συνήθως, η οδοντογενής κερατινοκύστη αποτελεί τυχαίο ακτινογραφικό εύρημα, εκτός των περιπτώσεων που η κύστη έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις, οπότε και υπάρχουν κλινικά συμπτώματα, όπως διόγκωση, πόνος κλπ. Η θεραπεία εκλογής είναι η εκπαρήνιση της βλάβης. Λόγω όμως της μεγάλης συχνότητας υποτροπής, έχουν προταθεί και διάφορα άλλα θεραπευτικά σχήματα. Το υλικό αυτής της αναδρομικής μελέτης προέρχεται από την Κλι-

νική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών από το 1995 μέχρι το 2004. Μελετήθηκαν τα κλινικά και ακτινογραφικά χαρακτηριστικά οδοντογενών κερατινοκύστεων, καθώς και η θεραπευτική αντιμετώπισή τους. Οι ηλικίες των ασθενών κυμαίνονταν από 10 έως 70 χρόνια, με μεγαλύτερη συχνότητα μεταξύ της δεύτερης και τρίτης δεκαετίας. Οι κύστες εντοπίζονταν και στις δύο γνάθους, με πιο συχνή εντόπιση στη γωνία της κάτω γνάθου και μικρή προτίμηση στους άνδρες από τις γυναίκες, σε αναλογία 1,4:1. Αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με δύο τρόπους: 1) εκπαρήνιση και 2) εγχειρητική σε δύο χρόνους. Τέλος, στη συζήτηση γίνεται επίσης αναφορά σε ενδεικτικούς κλινικοδιαγνωστικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην προεγχειρητική εκτίμηση των οδοντογενών κερατινοκύστεων, στη συχνότητα υποτροπής και τα θεραπευτικά σχήματα, όπως αυτά παρουσιάζονται στη σύγχρονη βιβλιογραφία.

36

ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ

Δενδρινός Χ, Γιαμαρέλος Γ

Από το Γναθοχειρουργικό Τμήμα του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.

Η ανακοίνωση αυτή αναφέρεται στην παρουσίαση των σύγχρονων απόψεων πάνω στην αιτιολογία, τη διαγνωστική και την αντιμετώπιση της οστεομυελίτιδας των γνάθων και την παρουσίαση αντιπροσωπευτικών περιπτώσεων. Η οστεομυελίτιδα είναι μία οξεία ή χρόνια λοίμωξη του οστού των γνάθων, κυρίως της κάτω γνάθου, η οποία εκτός από τη μυελώδη μοίρα του οστού, προσβάλλει επίσης τη φλοιώδη μοίρα και το περίστρο και επεκτείνεται πέρα από τη θέση της αρχικής προσβολής. Πρόκειται για πολυμικροβιακή λοίμωξη που προκαλείται από αερόβια και αναερόβια βακτήρια (κυρίως στρεπτόκοκκοι, βακτηριοειδή και πεπτοστρεπτόκοκοι). Η λοίμωξη αυτή στο παρελθόν και πριν από τη χρήση των αντιμικροβιακών φαρμάκων ήταν πολύ πιο συχνή, σήμερα είναι σχετικά σπάνια. Όμως, σε ασθενείς με τοπική ή γενικότερη ανοσολογική διαταραχή (διαβήτης, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία κ.ά.) είναι πιο συχνή, και μπορεί

να προκαλέσει εκτεταμένη οστική καταστροφή της γνάθου εάν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα και αποτελεσματικά. Η οστεομυελίτιδα συνήθως ξεκινά από μία οδοντοφατνιακή λοίμωξη ή ακόμη από κάταγμα, ή μετά από χειρουργικές επεμβάσεις, χωρίς να αποκλείεται και η αιματογενής διασπορά. Η οστεοακτινονέκρωση ή ακτινική οστεομυελίτιδα, διαχωρίζεται αιτιολογικά από την οστεομυελίτιδα, επειδή σε αυτή το αρχικό αίτιο δεν είναι η μικροβιακή λοίμωξη, αλλά η υποξία, η υποκυτταρικότητα και η μειωμένη αγγείωση του οστού της γνάθου, που προκαλούνται από την επίδραση της ακτινοθεραπείας για όγκους της κεφαλής και του τραχήλου. Η οστεομυελίτιδα, εκτός από οξεία ή χρόνια, μπορεί να είναι παραγωγική (πυώδης) ή μη παραγωγική (μη πυώδης), εντοπισμένη ή διάχυτη, και γι' αυτό έχουν προταθεί διάφορες ταξινομήσεις. Όπως κάθε φλεγμονή, η οστεομυελίτιδα της γναθοπροσωπικής περιοχής μπορεί να παρουσιασθεί με πό-

νο, οίδημα και ερυθρότητα των γύρω ιστών, λεμφαδενίτιδα, πυρετό, παραισθησία του κάτω φατνιακού νεύρου, τρισμό, συρίγγια. Η διαγνωστική διερεύνηση, εκτός από την κλινική εικόνα, γίνεται κυρίως με τον απεικονιστικό έλεγχο (απλές ακτινογραφίες, αξονική τομογραφία, dental scan, μαγνητική τομογραφία και σπινθηρογράφημα). Η ριζική αντιμετώπιση της οστεομυελίτιδας και της οστεοακτινονέκρωσης απαιτεί συν-

δυασμένη φαρμακευτική (αντιμικροβιακή) και χειρουργική θεραπεία. Σε επίμονες ή εκτεταμένες βλάβες μπορεί να απαιτηθούν μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις (γναθεκτομές), με αποτέλεσμα λειτουργικά και αισθητικά προβλήματα. Τελευταία, η χρήση του υπερβαρικού οξυγόνου στην αντιμετώπιση σοβαρών περιπτώσεων οστεομυελίτιδας έχει αυξήσει την επιτυχία του θεραπευτικού αποτελέσματος.

37 ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ ΜΕ ΑΣΥΝΗΘΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Προύντζος Ν, Σιαπκαρά Γ, Σκλαβούνου Α, Καλύβας Δ, Αλεξανδρίδης Κ

Από την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και το Εργαστήριο Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Το πρωτοπαθές κεντρικό αδενοκαρκίνωμα των γνάθων αποτελεί έναν εξαιρετικά σπάνιο κακοήθη όγκο που εντάσσεται στην κατηγορία των νεοπλασμάτων με προέλευση το αδενικό επιθήλιο. Οι Brookstone και συν. (1992) σε μελέτη 138 περιπτώσεων όγκων των σιελογόνων αδένων της διεθνούς βιβλιογραφίας με κεντρική εντόπιση στις γνάθους, απεκάθισαν 131 κακοήθειες, η πλειοψηφία των οποίων διαγνώστηκε ως βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα (64%), ακοηλουθούμενη σε συχνότητα από το αδενοειδές κυστικό καρκίνωμα (18%), ενώ το αδενοκαρκίνωμα ταυτοποιήθηκε ιστολογικά μόνο σε 6 ασθενείς (4%). Έκτοτε, στη βιβλιογραφία έχει περιγραφεί άηθο ένα περιστατικό, το 2003. Στην παρούσα εργασία περιγράφεται η όγκοση περίπτωση κεντρικού αδενοκαρκινώματος με εντόπιση στην κάτω γνάθο, σε άρρενα ασθενή ηλικίας 55 ετών, που προσήλθε στην Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών από τον οδοντίατρο του για λήψη πανοραμικής ακτινογραφίας, προκειμένου να υποβληθεί σε επανορθωτική οδοντιατρική εργασία. Το ορθοπαντογράφημα έδειξε μεγάλη μονόχωρη ακτινοδιαυγαστική αήθοιωση, που εκτεινόταν από την περιοχή της γωνίας της κάτω γνάθου δεξιά μέχρι και τον ανιόντα κλάδο. Τα όρια ήταν ασαφή, με τρώση του φλοιώδους πετάλου και παρεμβολή στην πορεία του κάτω φατνιακού νεύρου. Κατά την κλινική εξέταση δεν παρατηρήθηκε ασυμμετρία προσώπου, ενδοστοματική διόγκωση ή άηθο παθολογικό εύρημα. Ο ασθενής

ήταν ασυμπτωματικός, δεν ανέφερε παραισθησία και η βλάβη αποτέλεσε τυχαίο ακτινογραφικό εύρημα. Η διαφορική διάγνωση περιλάμβανε το αδαμαντινοβλάστωμα, μεταστατικό νεόπλασμα ή λέμφωμα. Μετά από διενέργεια μερικής βιοψίας, η ιστολογική εξέταση και η συμπληρωματική ανοσοϊστοχημική διερεύνηση έθεσε τη διάγνωση πρωτοπαθούς κεντρικού αδενοκαρκινώματος χαμηλής κακοήθειας. Τα κεντρικά αδενοκαρκινώματα δεν μπορούν να αξιολογηθούν προγνωστικά ανάλογα με τα πρότυπα που χρησιμοποιούνται για τα καρκινώματα των μειζόνων και ελασσόνων σιελογόνων αδένων, διότι η πρόγνωσή τους είναι σαφώς δυσμενέστερη, ακόμα και εάν παρουσιάζουν μικρού βαθμού πλειομορφία των κυττάρων τους. Τα νεοπλασμάτα αυτά συνήθως δίνουν γρήγορα μεταστάσεις σε τραχηλικούς λεμφαδένες, ανεξάρτητα από το βαθμό διαφοροποίησής τους. Προκειμένου να εκτιμηθεί η πρόγνωσή τους, έχει προταθεί η κατηγοριοποίηση των βλαβών σε τρία στάδια, ανάλογα με το βαθμό προσβολής του περιβάλλοντος οστού. Στην παρούσα περίπτωση, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός, ότι παρά το στάδιο III του όγκου με βάση την ακτινογραφική εικόνα, η οποία παρέπεμπε σε κακοήθεια, ο ασθενής ήταν ελεύθερος άηθων κλινικών συμπτωμάτων. Μετά από βιβλιογραφική ανασκόπηση παρατίθενται στοιχεία για την επιδημιολογία, την εντόπιση, τα κλινικά χαρακτηριστικά, τη συμπτωματολογία και την ακτινογραφική εικόνα του κεντρικού αδενοκαρκινώματος, ενώ δίνεται έμ-

φαση στη διαφορική διάγνωση και στη βιολογική του συμπεριφορά. Τέλος, γίνεται αναφορά στις σύγχρονες αντιλήψεις για την παθογένεια της νόσου,

στην αιτιολογική συσχέτιση με οδοντοφόρους κύστες και εγκλείστους, και στην ενδεικνυόμενη θεραπευτική αντιμετώπιση.

38**ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ.****ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΩΝ 502 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ****Τιτσινίδης Σ, Χούπης Κ, Τόσιος Κ**

Από την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και το Εργαστήριο Βασικών Ιατροβιολογικών Επιστημών και Βιολογίας Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Με τον όρο γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα περιγράφονται αλλοιώσεις με περιφερική ή κεντρική εντόπιση, που χαρακτηρίζονται ιστολογικά από την παρουσία πολυπύρηνων γιγαντοκυττάρων. Το περιφερικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα (ΠΓΚ) συνιστά μία συχνή, αντιδραστική εξωφυτική βλάβη των ούλων και της φατνιακής ακρολοφίας, πιθανώς ως αποτέλεσμα τοπικών ερεθιστικών παραγόντων. Κλινικά, εμφανίζεται συνήθως ως μικρών διαστάσεων καλά περιγεγραμμένος κυανέρυθρος όγκος, μισχωτός ή άμισχος. Το κεντρικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα (ΚΓΚ) εκδηλώνεται συνήθως ως ανώδυνη διόγκωση που καλύπτεται από φυσιολογικό βλεννογόνο. Σπάνια, μπορεί να διαβρώσει τα οστικά πέταλα, οπότε προβάλλει ενδοστοματικά ως εξέρυθρη διόγκωση με λεία ή τραχεία επιφάνεια. Αιτιοπαθογενετικά, έχει συσχετισθεί με διάφορους παράγοντες, όπως τραυματισμό, ενδομυελική αιμορραγία, κληρονομική προδιάθεση, χωρίς οι απόψεις αυτές να υποστηρίζονται από επαρκείς αποδείξεις. Το ΚΓΚ διαχωρίζεται από τον κεντρικό γιγαντοκυτταρικό όγκο των οστών και έχει προταθεί η μετονομασία

του σε οστεοκλαστικό κοκκίωμα, καθώς έχει αποδειχθεί ότι τα γιγαντοκύτταρα της βλάβης είναι οστεοκλάστες. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση και η συγκριτική αξιολόγηση των κύριων κλινικών χαρακτήρων 502 περιφερικών και κεντρικών γιγαντοκυτταρικών κοκκιωμάτων των γνάθων. Το υλικό της εργασίας συγκεντρώθηκε από το αρχείο του Ιστοπαθολογικού Εργαστηρίου της Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, μεταξύ των ετών 1980 και 2004. Από τα παραπεμπτικά ιστολογικής εξέτασης καταγράφηκαν το φύλο και η ηλικία των ασθενών, η εντόπιση των βλαβών, και οι κύριοι κλινικοί και ακτινογραφικοί χαρακτήρες. Τα ΠΓΚ ήταν 479 (95,4%) και τα ΚΓΚ 23 (4,6%). Το ΠΓΚ και το ΚΓΚ εμφανιζόταν συχνότερα σε γυναίκες (58,2% και 60,8%, αντίστοιχα), αλλήλ ενώ το ΠΓΚ ήταν συχνότερο στην κάτω γνάθο (49,2%), το ΚΓΚ εντοπιζόταν κυρίως στην άνω γνάθο (52,1%). Συζητούνται τα κλινικά και ακτινογραφικά χαρακτηριστικά των βλαβών και η διαφορική διάγνωση, και ανασκοπούνται οι απόψεις για την αιτιοπαθογένειά τους.

39**Η ΠΤΩΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΤΕΡΗΔΟΝΑΣ ΤΩΝ ΔΩΔΕΚΑΧΡΟΝΩΝ ΤΗΣ ΕΠΑΡΧΙΑΣ ΝΕΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 1989, 1996 ΚΑΙ 2004****Δεμερτζή Α, Τοπίτσογλου Β, Κωνσταντόπουλος Γ, Σπυριδωνίδου Σ**

Στόχος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η οποία στη χώρα μας ασκείται από τα Κέντρα Υγείας, είναι η διατήρηση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μέσα από την πρόληψη των νόσων, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την έγκαιρη αποκατάσταση των βλαβών. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η σύγκριση ανά οκταετία του επιπολασμού της νόσου

της τερηδόνας στα δωδεκάχρονα παιδιά της επαρχίας Νέστου κατά τα 16 χρόνια εφαρμογής του προληπτικού προγράμματος του Κέντρου Υγείας Χρυσούπολης. Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν τα παιδιά της ΣΤ' δημοτικού του έτους 1989, του έτους 1996 και του έτους 2004, που κατοικούσαν στην κωμόπολη και στα πέριξ πεδινά και ημιορεινά χωριά. Η καταγραφή

των τερηδονικών βλάβων (D, M, F), καθώς και ο αριθμός των προληπτικών καλύψεων που έφερε κάθε παιδί στους πρώτους μόνιμους γομφίους, έγινε από τον ίδιο οδοντίατρο στο οδοντιατρείο του Κέντρου Υγείας, σύμφωνα με τα κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1987). Επιπλέον, υπολογίσθηκε ο δείκτης αναγκών περίθαλψης και ο δείκτης SiC (μέσος δείκτης τερηδόνας του 33% των παιδιών με τις υψηλότερες τιμές). Από το 1989 μέχρι το 1995 το προληπτικό πρόγραμμα που εφαρμόστηκε σε όλα τα παιδιά περιελάμβανε α) χρώση της μικροβιακής πλάκας, β) εκπαίδευση των παιδιών στο βούρτσισμα εξατομικευμένα, γ) ενημερωτικές ομιλίες. Το 1996 προσετέθη και η μαζική εφαρμογή των προληπτικών καλύψεων σε μόνιμα οπίσθια δόντια. Διαπιστώνεται ότι

ανά οκταετία 1) ο δείκτης τερηδόνας των δωδεκάχρονων μειώνεται περίπου κατά 50%, 2) ο δείκτης SiC μειώνεται κατά 37%, ενώ 3) το ποσοστό των παιδιών ελεύθερων τερηδόνας περίπου διπλασιάζεται. Στην καταγραφή του 2004 η συντριπτική πλειοψηφία, τόσο των παιδιών όσο και των πρώτων γομφίων τους, φέρουν προληπτικές καλύψεις. Συμπερασματικά, μέσα σε 16 χρόνια ο μέσος δείκτης τερηδόνας, από υψηλός που ήταν το 1989 έγινε πολύ χαμηλός το 2004, και μάλιστα χαμηλότερος των αντίστοιχων τιμών των αστικών κέντρων. Η θεαματική βελτίωση της οδοντικής υγείας των δωδεκάχρονων της επαρχίας Νέστου μπορεί να αποδοθεί τόσο στη στενή παρακολούθηση των παιδιών, όσο και στη μαζική εφαρμογή των προληπτικών καλύψεων.

40

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑ ΔΙΑΤΡΗΣΕΩΣ ΙΣΤΩΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΟΣΜΗΜΑΤΩΝ (PIERCING) ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Πανταζής Γ

Το piercing, δηλαδή η δια διατρήσεως δέρματος ή βλεννογόνου τοποθέτηση μικρών και συνήθως μεταλλικών κοσμημάτων, αποτελεί πανάρχαια τεχνική. Η συνήθεια αυτή υπήρξε πολύ διαδεδομένη σε διάφορες ιστορικές περιόδους και γεωγραφικές περιοχές, κυρίως του τρίτου κόσμου. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μεγάλη εξάπλωση της αισθητικής αυτής (body art), όπως θεωρείται, τεχνικής, κυρίως μεταξύ των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων ατόμων στις χώρες του δυτικού κόσμου, παρ' όλο που δεν υπάρχει λαογραφική ή θρησκευτική συσχέτιση με τη συνήθεια αυτή, όπως συμβαίνει με άλλους λαούς. Μεταξύ των περιοχών του σώματος που προτιμώνται για το piercing, ιδιαίτερα δημοφιλής είναι η στοματική περιοχή, και κυρίως η γλώσσα και τα χείλη. Δυστυχώς, τα άτομα που υποβάλλονται σε

αυτή τη διαδικασία, παρουσιάζουν πολύ συχνά ανεπιθύμητες ενέργειες, είτε λόγω ανεπαρκούς ενημέρωσης, είτε λόγω υποτιμήσεως των σχετικών κινδύνων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη και η παρουσίαση των επιπλοκών αυτής της σύγχρονης «αισθητικής» τεχνικής, όπως προκύπτει από την ανασκόπηση της διεθνούς σχετικής βιβλιογραφίας. Υπάρχουν πολλές και αρκετά σοβαρές επιπλοκές που αναπτύσσονται, ως συνέπεια του piercing, στις περιοχές του σώματος που αυτό εφαρμόζεται. Ιδιαίτερη αναφορά, με παρουσίαση χαρακτηριστικών περιπτώσεων, γίνεται σε επικίνδυνες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως η ενδοκαρδίτιδα και η ηπατίτιδα. Τέλος, αναφέρονται τρόποι πρόληψης ή ελαχιστοποίησης των πιθανών επιπλοκών που απορρέουν από το piercing.

41

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑΣ

Μιχαηλίδου Ε, Αντωνιάδης Δ

Η ξηροστομία αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολυπαραγοντικό πρόβλημα που ταλαιπωρεί ένα μεγάλο αριθμό ασθενών και αποτελεί σε πολλές περι-

πτώσεις σύμπτωμα πολλών νόσων. Με τον όρο ξηροστομία εννοείται η μειωμένη έκκριση σάλιου, η οποία μπορεί να είναι παροδική, συγγενής ή επίκτη-

τη, ή κάποιες φορές και μόνιμη. Στην παρούσα εργασία γίνεται αναφορά στα αίτια και τους προδιαθεσικούς παράγοντες οι οποίοι είναι δυνατόν να προκαλέσουν ξηροστομία. Συζητούνται ακόμη τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ξηροστομία. Τα αίτια της ξηροστομίας είναι πολλαπλά και ποικίλα. Λήψη φαρμάκων, αφυδάτωση, γαστρεντερικά προβλήματα, ψυχογενή αίτια, παθήσεις των σιαλογόνων αδένων, ακτινοθεραπευτική παρέμβαση στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου, αυτοάνοσα νοσήματα, σιδηροπενία, καντιντίαση, διατροφή, διάφορα σύνδρομα (Sjögren, Mikulicz, Heerfort), ενδοκρινολογικές (σακχαρώδης διαβήτης, υπερπαραθυρεοειδισμός,

υπερθυρεοειδισμός) και, φυσικά, το γήρας. Η αντιμετώπιση της ξηροστομίας προσεγγίζεται με ποικίλους τρόπους, ανάλογα με την αιτία που την προκαλεί. Η συμπτωματική θεραπεία (τοπική και/ή συστηματική) περιλαμβάνει χορήγηση σιαλαγωγών φαρμάκων και άλλων παραγόντων για τη βελτίωση της δυσανεξίας από τη μειωμένη έκκριση σάλιου, τη χρήση τεχνητού σάλιου, μύσηση μαστικής σορβιτόλης, μαστικής χίου, αλληλαγή των φαρμάκων που προκαλούν ξηροστομία κατά περίπτωση και αντιμετώπιση της υποκείμενης νόσου. Η υδαρή διατροφή, η αποφυγή αλκοόλ και καπνίσματος, και η τήρηση καλής στοματικής υγιεινής μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά το δυσάρεστο αυτό πρόβλημα.

42

ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ

Ζανάκης Σ, Ιωαννίδου Φ, Μεηακόπουλος Ι, Γαβριήλ Σ

Η προέχουσα θέση της κεφαλής εξηγεί την υψηλή συχνότητα τραυμάτων στην ανατομική αυτή περιοχή. Ειδικά μετά από τροχαία ατυχήματα, το ποσοστό τραυματισμών στην περιοχή της κεφαλής φθάνει το 72%, ενώ αντίστοιχα για τα κάτω άκρα το ποσοστό είναι 47,4%, για το θώρακα 36%, για το βραχίονα 35,3%, για την κοιλιά 16% και για την αυχενική μοίρα 8,7% (Ewers και συν. 1995). Τα τροχαία ατυχήματα και οι βιαιοπραγίες αποτελούν τα κυριότερα αίτια κακώσεων της στοματογναθοπροσωπικής χώρας, ακολουθούν οι αθλοπαιδιές, τα εργατικά ατυχήματα, οι πτώσεις κλπ. Με δεδομένο το σπουδαίο ρόλο που διαδραματίζει το πρόσωπο στην καθημερινή ζωή και την ψυχολογία, αντιλαμβάνεται κανείς εύκολα ότι ο χειρουργός ή η ομάδα χειρουργών οι οποίοι θα αντιμετωπίσουν κακώσεις της γναθοπροσωπικής χώρας, θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και εξοικειωμένοι με τις διάφορες χειρουργικές τεχνικές, ώστε να επιτυγχάνεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, τόσο από λειτουργικής όσο και από αισθητικής πλευράς. Η αντιμετώπιση του γναθοπροσωπικού τραυματία περιλαμβάνει μία σειρά από ενέργειες, όπως: 1) έλεγχο ζωτικών σημείων (π.χ. εξασφάλιση βατότητας αναπνευστικών οδών, αντιμετώπιση καταπληξίας κλπ), 2) έλεγχο για συνοδές κακώσεις, 3) επείγουσα αρχική αντιμετώπιση (π.χ. πρόχειρη ακινητοποίηση

καταγμάτων, χορήγηση αντιβίωσης, προφύλαξη από τον τέτανο κλπ), 4) οριστική θεραπεία, ανάλογα με τις κακώσεις, τις τυχόν συνοδές βλάβες και τη γενική κατάσταση του ασθενή. Όσον αφορά στην αντιμετώπιση των καταγμάτων της γναθοπροσωπικής χώρας, η τάση η οποία επικρατεί σήμερα, είναι η χρησιμοποίηση διαφόρων πλάκων και συστημάτων εσωτερικής ακινητοποίησης, με σκοπό την αποφυγή ή το σημαντικό περιορισμό της διαγναθικής ακινητοποίησης, με ευνόητα για τον ασθενή οφέλη. Σημαντική τέλος είναι η διατήρηση άριστης στοματικής υγιεινής κατά το χρόνο της αποθεραπείας, καθώς και η σωστή αποκατάσταση των οδοντικών φραγμών στον κατάλληλο χρόνο. Στην εργασία αυτή παρουσιάζονται οι βασικές αρχές αντιμετώπισης των τραυμάτων της γναθοπροσωπικής χώρας και ο τρόπος αντιμετώπισης ασθενών με τραυματισμό της στοματογναθοπροσωπικής χώρας. Για την αντιμετώπιση των καταγμάτων της κάτω γνάθου, στη Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική του Θριάσιου Νοσοκομείου, χρησιμοποιούνται σχεδόν αποκλειστικά πλάκες οστεοσύνθεσης τιτανίου τύπου mini, ενώ δεν εφαρμόζεται μετεγχειρητικά διαγναθική ακινητοποίηση, εκτός εάν επιβάλλεται για άλλους λόγους (π.χ. συνυπάρχοντα κατάγματα κονδύλων). Στην αντιμετώπιση καταγμάτων του μέσου τριτημορίου του προσώπου χρησιμο-

ποιούνται πλάκες οστεοσύνθεσης τιτανίου τύπου mini ή micro, όταν αποφασίζεται η ανοικτή αντιμετώπισή τους. Μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο υπάρχει συχνή μετεγχειρητι-

κή παρακολούθησή του και επιδιώκεται η συνεννόηση με το θεράποντα οδοντίατρο για την περαιτέρω αποκατάσταση των φραγμών, εάν αυτή είναι αναγκαία.

43

ΑΥΤΟΓΕΝΗ ΟΣΤΙΚΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΓΕΝΕΙΑΚΗ ΧΩΡΑ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Αναστασιάδης Π, Μελακόπουλος Ι, Δατσέρης Γ

Τα τελευταία χρόνια η χρήση των οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων στην προσθετική αποκατάσταση στη γναθοπροσωπική περιοχή γίνεται όλο και μεγαλύτερη. Σε πολλές όμως περιπτώσεις δεν υπάρχει το απαραίτητο οστικό υπόβαθρο για την τοποθέτησή τους. Στις περιπτώσεις αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν διαφόρων τύπων μοσχεύματα. Τα αυτογενή οστικά μοσχεύματα υπερτερούν από άλλες μορφές μοσχευμάτων, τεχνητού οστού, υδροξυληπατίτη κ.ά. Η προσφορότερη περιοχή για λήψη οστικών μοσχευμάτων για αποκατάσταση στη γναθοπροσωπική χώρα είναι η λαγόνιος ακρολοφία. Όμως, η ανάγκη για δότες θέσεις κοντά στη λήπτουσα περιοχή και η αποφυγή της γενικής αναισθησίας, οδήγησαν στην εύρεση άλλων θέσεων, ικανών να δώσουν οστικό μόσχευμα με ενδοστοματική προσπέλαση.

Υλικό και μέθοδος. Υλικό αυτής της μελέτης αποτέλεσαν 32 περιπτώσεις που αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν» με αυτογενές οστικό μόσχευμα από ενδοστοματικές δότες θέσεις (γενειακή χώρα, οπισθογόμφιο τρίγωνο και ο έξω φλοιός της κάτω γνάθου). Σε πε-

ριπτώσεις μεγάλου οστικού ελλείμματος, ελήφθη μόσχευμα από τη λαγόνιο ακρολοφία και οι περιπτώσεις αυτές εξαιρέθηκαν από τη μελέτη.

Αποτελέσματα: Από τις δότες θέσεις που χρησιμοποιήθηκαν, συχνότερη ήταν η γενειακή χώρα (23 περιπτώσεις). Κάθε μία από τις περιοχές παρουσιάζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, σε σχέση με την προσπέλαση και την ποσότητα και την ποιότητα του οστικού μοσχεύματος. Η γενειακή χώρα προσφέρει σπογγώδες και φλοιώδες οστό ικανοποιητικού όγκου, γεγονός που την κάνει να υπερτερεί σε σχέση με τις άλλες ενδοστοματικές θέσεις. Σε όλες τις περιπτώσεις που χρησιμοποιήθηκαν μοσχεύματα από το γένειο, η αποκατάσταση με εμφυτεύματα ήταν δυνατή και επιτυχής. Ένα έως έξι έτη μετεγχειρητικά, τα ποσοστά επιτυχίας είναι 100%.

Συμπεράσματα: Η περιοχή που παρέχει καλύτερης ποιότητας και ποσότητας οστικό μόσχευμα είναι η γενειακή χώρα. Η προσπέλασή της είναι εύκολη και γίνεται με ενδοστοματική τομή. Σε περιπτώσεις όπου απαιτείται μεγάλη ποσότητα οστού, η χρήση μοσχεύματος από τη λαγόνιο ακρολοφία είναι επιβεβλημένη.

44

ΟΔΟΝΤΙΚΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ: ΤΟ ΧΘΕΣ, ΤΟ ΣΗΜΕΡΑ, ΤΟ ΑΥΡΙΟ

Παπασωτηρίου Α

Η εμφυτευματολογία έχει παρουσιάσει τα τελευταία χρόνια σημαντική πρόοδο και έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο σκέψης και το σχέδιο θεραπείας της σύγχρονης οδοντιατρικής. Στόχος της παρουσίασης αυτής είναι η ανάπτυξη των σημαντικών βημάτων της εξέλιξης της εμφυ-

τευματολογίας, η παρουσίαση των τελευταίων εξελίξεων, καθώς επίσης και η ανάλυση της μελλοντικής προοπτικής. Στα πρώτα βήματα της σύγχρονης εμφυτευματολογίας, για να επιτευχθεί η οστεοενσωμάτωση, ήταν σημαντικό να τηρηθεί ένα πολύ αυστηρό πρωτόκολλο, τόσο στην επι-

λογή των περιπτώσεων, όσο και στη χειρουργική και προσθετική φάση της θεραπείας. Τα αποτελέσματα που επετεύχθησαν ήταν πράγματι εντυπωσιακά, όμως η ανάγκη για κάλυψη μεγαλύτερου φάσματος έλλειψης δοντιών οδήγησε στην «παραβίαση» των αυστηρών κανόνων του αρχικού πρωτοκόλλου. Η δυνατότητα επέμβασης στις περισσότερες περιοχές του στόματος, έφερε συγχρόνως και ορισμένα προβλήματα, τα οποία με διάφορες χειρουργικές τεχνικές και με την τεχνολογική πρόοδο έγινε δυνατό να αντιμετωπιστούν. Η επόμενη μεγάλη πρόκληση της εμφυτευματολογίας ήταν η κατασκευή αισθητικά άρτιων αποκαταστάσεων, ιδιαίτερα στις πρόσθιες περιοχές. Σημαντικό βοήθημα σε αυτές τις περιπτώσεις είναι

οι αναπλαστικές τεχνικές της περιοδοντολογίας. Οι σημερινές τάσεις της εμφυτευματολογίας δίνουν έμφαση στον περιορισμό του χρόνου της οστεοενσωμάτωσης. Η άμεση φόρτιση των εμφυτευμάτων φαίνεται να έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα, σε ορισμένο όμως φάσμα περιπτώσεων, ενώ η χρήση προσωρινών εμφυτευμάτων επιτρέπει την άμεση τοποθέτηση μεταβατικών αποκαταστάσεων στις περισσότερες περιπτώσεις. Η μελλοντική τάση της εμφυτευματολογίας είναι η ελαχιστοποίηση του χρόνου θεραπείας, με την εξέλιξη τεχνικών οι οποίες επιτρέπουν τον προγραμματισμό με απόλυτη ακρίβεια της τοποθέτησης των εμφυτευμάτων, με βάση την προκατασκευασμένη τελική αποκατάσταση.

45

ΑΜΕΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΜΕΣΗ ΦΟΡΤΙΣΗ ΣΤΗΝ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΖΩΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΟΝΗΡΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ

Μανταθενάκης Κ, Καρκαζής Η

Ως αισθητική ζώνη ορίζεται η περιοχή του οδοντικού τόξου και των φατνιακών αποφύσεων που αποκαλύπτεται κατά το πλήρες χαμόγελο. Κατά συνέπεια, η αποκατάσταση απολεσθέντων δοντιών στη ζώνη αυτή παρουσιάζει υψηλές αισθητικές και λειτουργικές απαιτήσεις. Η αποκατάσταση με εμφυτεύματα, σε σχέση με το χρόνο απώλειας των δοντιών, συνήθως ταξινομείται σε τρεις κατηγορίες: 1) άμεση τοποθέτηση σε μετεξακτικό φατνίο (immediate placement), 2) μεθύτερη τοποθέτηση, σε 4 έως 8 εβδομάδες (immediate delayed placement) και 3) καθυστερημένη τοποθέτηση, σε 6 ή περισσότερους μήνες (delayed placement). Όσον αφορά στο χρόνο φόρτισης των εμφυτευμάτων αυτών, διακρίνουμε δύο κατηγορίες: 1) την άμεση φόρτιση (προσθετική αποκατάσταση στον ίδιο χρόνο με την τοποθέτηση του εμφυτεύματος) και 2) την καθυστερημένη φόρτι-

ση (προσθετική αποκατάσταση 12 έως 16 εβδομάδες μετά την εμφύτευση). Στην άμεση τοποθέτηση και φόρτιση, σημεία ιδιαίτερης προσοχής αποτελούν: 1) η ακεραιότητα του μετεξακτικού φατνίου, 2) η ύπαρξη τοπικής παθολογίας, 3) η μορφολογία των μαλακών ιστών, 4) η θέση των παρακειμένων δοντιών, 5) το είδος της σύγκλησης και, τέλος, 6) η επιλογή του κατάλληλου εμφυτεύματος όσον αφορά στη διάμετρο του αυχένα, τη μορφολογία (ριζόμορφο ή κυλινδρικό), το μήκος και τα επιφανειακά χαρακτηριστικά του. Η τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε μετεξακτικά φατνία και η άμεση φόρτισή τους με προσωρινή αποκατάσταση, αποτελεί υπό προϋποθέσεις δόκιμη μέθοδο με προβλέψιμα αποτελέσματα. Στην εργασία αυτή θα παρουσιαστούν και θα σχολιαστούν κλινικές περιπτώσεις αποκατάστασης με τη συγκεκριμένη μεθοδολογία.

46

ΜΟΝΗΡΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ. ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ - ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Νικολαΐδης Α, Πιπεριάς Β, Σινανιώτη Ε

Τα οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα εφαρμόζονται με μεγάλη επιτυχία στην κλινι-

κή πράξη σε μεγάλα ποσοστά και συνιστούν μία σύγχρονη αξιόλογη θεραπευτική μέθοδο.

Χρησιμοποιούνται για την αποκατάσταση οδικά ή μερικά νωδών περιοχών του στόματος, σε συνδυασμό με ακίνητη ή κινητή προσθετική εργασία. Ιδιαίτερη περίπτωση αποτελεί η θεραπευτική αποκατάσταση με μονήρη εμφυτεύματα. Το μονήρες εμφύτευμα αποτελεί μία αυτόνομη προσθετική μονάδα, που πρέπει να προσφέρει ταυτόχρονα στήριξη και συγκράτηση. Τα μεμονωμένα εμφυτεύματα χρησιμοποιούνται για την αποκατάσταση προσθίων αλλήλ και οπισθίων ελληιπόντων δοντιών. Παρόλο που οι σύγχρονες δυνατότητες των εμφυτευμάτων είναι πολλές, εντούτοις υπάρχουν πάντα και περιορισμοί στη χρήση τους, όπως άλλωστε και σε κάθε θεραπευτική μέθοδο. Βασική προϋπόθεση τοποθέτησης μονήρων εμφυτευμάτων είναι η απουσία φλεγμονής, τόσο στην περιοχή της αποκατάστασης, όσο και γενικότερα στο σύνολο της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς. Επίσης, καθοριστικό παράγοντα αποτελεί η ύπαρξη επαρκούς οστικού υποστρώματος που να επιτρέπει τη χρήση εμφυτευμάτων με ιδανικές διαστάσεις, ανάλογο με το δόντι που πρόκειται να αποκατασταθεί. Σε περιπτώ-

σεις ελληιμματικής φατνιακής ακρολοφίας η εφαρμογή της τεχνικής της κατευθυνόμενης οστικής ανάπτυξης υποβοηθεί στην αύξηση αυτής σε οριζόντιο ή κατακόρυφο επίπεδο ή συνδυασμό αυτών, ώστε το εύρος και το ύψος του οστού να επιτρέπει την κατάλληλη τοποθέτηση του εμφυτεύματος. Σημαντικό είναι, σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, ότι το ποσοστό επιβίωσης των οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων που τοποθετούνται σε αναπλάσμένο οστό είναι ανάλογο με εκείνο των εμφυτευμάτων που τοποθετούνται σε φυσιολογικό, μη αναπλάσμένο οστό. Η εφαρμογή της τεχνικής της κατευθυνόμενης οστικής ανάπτυξης σε σχέση με την τοποθέτηση μονήρους εμφυτεύματος, μπορεί να γίνει είτε ταυτόχρονα (immediate implant placement και early implant placement) είτε σταδιακά (staged approach - late implant placement). Σκοπός της εργασίας είναι η αναφορά στα σύγχρονα βιβλιογραφικά δεδομένα σε σχέση με τα μονήρη εμφυτεύματα, καθώς και η τεκμηριωμένη παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων από ιδιωτικό ιατρείο.

47

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΔΙΑΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΩΝ ΣΤΗΡΙΓΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙ ΟΣΤΕΟΕΝΣΩΜΑΤΟΥΜΕΝΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

Χατζησταύρου Μ, Γιαννακόπουλος Κ

Η χρήση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων στην αντιμετώπιση οδικά και μερικά νωδών ασθενών αποτελεί πλέον ένα σύνηθες θεραπευτικό σχήμα με υψηλά ποσοστά επιτυχίας. Με δεδομένο ότι τα ενδοοστικά εμφυτεύματα συνιστούν ανάλογο των οδοντικών ριζών, σημαντικό ρόλο στην ομαλή λειτουργία, την αισθητική και τη μακροβιότητα των επιεμφυτευματικών αυτών αποκαταστάσεων, παίζει η επιλογή του κατάλληλου διαβληννογόνιου στηρίγματος (abutment). Η διαδικασία της επιλογής ξεκινά πολύ πριν από την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων, από τη φάση ακόμα της αρχικής σχεδίασης με αναρτημένα διαγνωστικά εκμαγεία. Παράγοντες, όπως η θέση των εμφυτευμάτων, η βιολογική υγεία των περιεμφυτευματικών

ιστών, ο διαθέσιμος μεσοφραγματικός χώρος, η αισθητική, η δυνατότητα αφαίρεσης και επανοποθέτησης της προσθετικής εργασίας, είναι μερικές από τις παραμέτρους που αξιολογούνται. Σκοπός της παρουσίασης αυτής είναι μέσα από μία σειρά κλινικών περιπτώσεων να αναληθούν τα κριτήρια επιλογής των διαφόρων διαβληννογόνιων στηριγμάτων, με γνώμονα τις αρχές της βιοηθικής των ιστών, της ορθής μηχανικής σχεδίασης και της αισθητικής. Καταδεικνύεται, τέλος, η ανάγκη χρησιμοποίησης συστημάτων οδοντικών εμφυτευμάτων που προσφέρουν δυνατότητες αποκατάστασης ακόμη και στις δύσκολες κλινικές περιπτώσεις, όπου η θέση του εμφυτεύματος δεν συμβαδίζει με τη θέση που υπογορεύει η προσθετική του αποκατάσταση.

48

ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥΣ

Κατσώνη Ε, Γκρίτζαλης Π, Στεφάνου Ε

Εισαγωγή: Η ακτινογραφία είναι η συνηθέστερη εργαστηριακή εξέταση που χρησιμοποιεί ο οδοντίατρος στην κλινική πράξη για τη διάγνωση, τη θεραπεία και την παρακολούθηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Επιπλέον, λόγω της φύσης της εργασίας, εκτός από την εκπαίδευσή του στην ακτινοτεχνική και ακτινοπροστασία, δικαιούται να έχει στο ιατρείο του ακτινογραφικό μηχάνημα και να κάνει μόνος του ακτινογραφίες, ενώ από όλες τις ειδικότητες της ιατρικής, αυτό το δικαίωμα το έχουν μόνον οι ειδικευμένοι ακτινολόγοι. Η ποιότητα των ακτινογραφιών, σε συνδυασμό με την ακτινοπροστασία, πρέπει να είναι πάντοτε σκοπός. Η ποιότητα και οι συνθήκες ακτινοπροστασίας έχουν άμεση σχέση με τον ακτινολογικό εξοπλισμό που χρησιμοποιεί ο οδοντίατρος. Ένα σύγχρονο ακτινογραφικό μηχάνημα και τα απαραίτητα βοηθήματα, είναι σημαντικά σε αυτή την κατεύθυνση. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι: 1) να δείξει τι περιλαμβάνει ο οδοντίατρος στον ακτινογραφικό εξοπλισμό του ιατρείου του και 2) με ποια κριτήρια επιλέγει το ακτινογραφικό μηχάνημα.

Υλικό και μέθοδος: Ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιλαμβάνει το βασικό ακτινογραφικό εξοπλισμό και τα κριτήρια για την επιλογή του

ακτινογραφικού μηχανήματος, δόθηκε να συμπληρωθεί από μία ομάδα τελειόφοιτων φοιτητών της οδοντιατρικής και από μία άλλη ομάδα νέων οδοντιάτρων, που ήδη έχουν αγοράσει τον εξοπλισμό.

Αποτελέσματα: Από την αξιολόγηση των ερωτηματολογίων προκύπτει ότι η ομάδα των φοιτητών επιθυμεί να περιλάβει στον εξοπλισμό του ιατρείου τους ειδικούς συγκρατητήρες για την παράλληλη τεχνική, να χρησιμοποιήσει ως μέσα καταγραφής φιλμ και ψηφιακούς αισθητήρες, ενώ προτιμά την αυτόματη επεξεργασία. Στην ομάδα των νέων οδοντιάτρων, η χρήση του φιλμ ως μέσου καταγραφής κατέχει πρωταρχική θέση, όπως και η χειροκίνητη επεξεργασία. Και οι δύο ομάδες θεωρούν σημαντική τη χρήση διαφανοσκοπείου για τη μελέτη των ακτινογραφιών. Από τα κριτήρια επιλογής του ακτινογραφικού μηχανήματος, και οι δύο ομάδες θεωρούν σημαντικά το κυλινδρικό σχήμα του στοχευτικού συστήματος και τις ενδείξεις του χειριστηρίου. Στην ομάδα των νέων οδοντιάτρων, και το κόστος και η αισθητική έχουν σημασία. Αντίθετα, οι νέοι οδοντίατροι φαίνεται ότι αξιολογούν και άλλους παράγοντες, όπως το service και την αξιοπιστία.

49

Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ (DENTAL SCAN) ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΤΡΙΤΩΝ ΓΟΜΦΙΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ

Νικολαΐδης Α, Παπαδημόπουλος Δ, Μάστορης Μ, Μεηακόπουλος Ι

Η χειρουργική αφαίρεση εγκλειστων τρίτων γομφίων είναι η πλέον συχνή επέμβαση στη χειρουργική του στόματος. Μία από τις σοβαρές επιπλοκές που παρατηρούνται σε αυτές τις επεμβάσεις, είναι ο τραυματισμός του κάτω φατνιακού νεύρου, γεγονός που παρατηρείται όταν τα ακρορρίζια των εγκλειστων σχετίζονται με το κάτω φατνιακό νεύρο. Η πανοραμική ακτινογραφία δίνει

την πρώτη εικόνα αυτής της σχέσης, δεν είναι όμως δυνατό να δώσει εικόνα της παρειογλωσσικής συσχέτισης των ακρορριζίων με το κάτω φατνιακό νεύρο. Η αξονική τομογραφία δίνει απεικόνιση της περιοχής σε τρεις διαστάσεις. Στις ημέρες μας υπάρχουν ειδικοί οδοντιατρικοί αξονικοί τομογράφοι, που με το κατάλληλο λογισμικό και λιγότερη ακτινοβολία από τους κλασικούς αξονι-

κούς, παρέχουν πολύ καλή απεικόνιση της περιοχής. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση χρησιμοποίησης της αξονικής τομογραφίας σε επιλεγμένες περιπτώσεις εγκλιείστων τρίτων γομφίων, καθώς και των ενδείξεων χρήσης της. Η αξονική τομογραφία βοηθά το χειρουργό να καθορίσει το σχέδιο θεραπείας που θα ακολουθήσει διεγχειρητικά (τομή μύλης, διαχωρισμός ριζών, κορονοτομή) με μεγάλη ακρίβεια,

γεγονός που οδηγεί σε αποφυγή κατά το δυνατόν επιπλοκών λόγω τραυματισμού του αγγειονευρώδους δεματίου. Η χρήση της προτείνεται κύρια σε περιπτώσεις που στην πανοραμική ακτινογραφία υπάρχει ασάφεια στη σχέση ρίζας και νεύρου και η ρίζα επικαλύπτει το νεύρο περισσότερο από δύο χιλιοστά, ιδιαίτερα σε άτομα άνω των 25 ετών που η διάπληση της ρίζας έχει ολοκληρωθεί.

50

ΚΙΝΗΤΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΜΕ ΧΥΤΕΣ ΜΕΤΑΛΛΙΚΕΣ ΜΑΣΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΕΣ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Μαρίνη Σ, Σελλής Δ

Στην καθημερινή κλινική πράξη, ο γενικός οδοντίατρος καλείται να αποκαταστήσει προσθετικά με οδοντοστοιχίες (μερικές, επένθετες, τηλεσκοπικές), ασθενείς με μειωμένο μεσοφραγματικό χώρο ή ασθενείς που ασκούν υπέρμετρες συγκλειακές δυνάμεις (βρουξιζμός, λαβιδοδοντία). Όταν υπάρχει έλλειψη μεσοφραγματικού χώρου λόγω υπερέκφυσης των ανταγωνιστών ή έντονης αποτριβής ή άληθης αιτιολογίας, είναι αδύνατο να αποκατασταθεί η σύγκληση με συμβατικές μερικές οδοντοστοιχίες. Επίσης, σε περιπτώσεις παραλειτουργικών έξεων, τα ακρυλικά δόντια δεν ανταποκρίνονται στη μασητική λειτουργία, θραύονται ή αποκοιλιώνονται. Η χρήση χυτών μεταλλικών μασητικών επιφανειών δίνει λύση στα παραπάνω προβλήματα, αποκαθιστώντας τη σύγκληση και αποδίδοντας την οδοντική μορφολογία.

Στην εργασία αυτή παρουσιάζονται τα κλινικά και σύνθετα εργαστηριακά στάδια για την κατασκευή οδοντοστοιχιών με χυτές μεταλλικές μασητικές επιφάνειες, καθώς επίσης τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα μίας τέτοιας κατασκευής, εστιάζοντας στον τρόπο αντιμετώπισης του σημαντικότερου μειονεκτήματος, που είναι η δυσκολία απόδοσης της σύγκλησης. Αναφέρονται δύο περιπτώσεις. Στην πρώτη οι μεταλλικές μασητικές επιφάνειες είναι προέκταση μασητικά του μεταλλικού σκελετού της οδοντοστοιχίας και στη δεύτερη γίνεται συνδυασμός των προαναφερόμενων χυτών μεταλλικών μασητικών με τις τηλεσκοπικές καλύπτρες επένθετης οδοντοστοιχίας. Για τις προστομιακές επιφάνειες της μερικής οδοντοστοιχίας χρησιμοποιείται ακρυλική ρητίνη, αποδίδοντας την αισθητική στο φραγμό.

51

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΚΕΡΑΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΤΙΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΙΤΑΝΙΟΥ - ΚΕΡΑΜΙΚΗΣ

Ζέρβα Π, Φιλιππάτος Γ

Από το Εργαστήριο της Ακίνητης Προσθετικής του Οδοντιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Οι ευνοϊκές φυσικές, χημικές και μηχανικές ιδιότητες του τιτανίου και των κραμάτων του, το έχουν καθιερώσει ως κατασκευαστικό υλικό στη βιομηχανία. Ταυτόχρονα, η εξαιρετική βιοβιολογική συμπεριφορά του και η μεγάλη αντοχή του στη διάβρωση, αποτέλεσαν την αιτία για την ευρεία χρήση του

στην κλινική οδοντιατρική τα τελευταία χρόνια. Παρά τις σύγχρονες απαιτήσεις για τη χρήση βιοσυμβατών υλικών στην οδοντιατρική, οι δυσκολίες στη χύτευση και την κατεργασία του τιτανίου εμπόδιζαν την ευρεία εφαρμογή του και ιδιαίτερα τη χρήση του σαν υλικό προσθετικών αποκαταστάσεων.

Οι δυνατότητες που προσφέρει η σύγχρονη τεχνολογία, με την παρουσίαση νέων συστημάτων χύτευσης καθαρού τιτανίου και νεότερων τύπων πυροχωμάτων, συνετέλεσαν σε μεγάλο βαθμό στο να ξεπεραστούν τα προβλήματα που σχετίζονταν με ατέλειες της χύτευσης, όπως δημιουργία πόρων στα χυτά, ακρίβεια εφαρμογής κ.ά. Επιπρόσθετα, η χρήση των κεραμικών μαζών πολύ χαμηλού σημείου τήξης, και η εισαγωγή νέων τεχνικών δόμησης και όπτησης αυτών, καθώς και η χρήση του συγκολλητικού παράγοντα, καθιστούν εφικτή τη δημιουργία του κεραμικού δεσμού, επεκτείνοντας τη χρήση του τιτανίου σε ολόένα μεγαλύτερο φάσμα των κινητών και ακίνητων προσθετικών αποκαταστάσεων. Κάτω από το πρίσμα αυτό, εξετάζονται οι ιδιότητες του τιτανίου ως χυτεύσιμο κράμα, ενώ νέα συστήματα χύτευσης περιγράφο-

νται, καθώς και τα νεότερα κεραμικά συστήματα που ήδη χρησιμοποιούνται για την κατασκευή τιτανιο-κεραμικών αποκαταστάσεων με αρκετά ευοίωνα αποτελέσματα. Περιγράφονται ακόμα οι περιορισμοί, οι δυνατότητες, καθώς και τα προβλήματα που παρουσιάζονται κατά τη χρήση τόσο του τιτανίου όσο και των παραπάνω κεραμικών μαζών ως υλικών κατασκευής προσθετικών αποκαταστάσεων. Αναμφισβήτητα, βελτιώσεις όσον αφορά στην κλινική συμπεριφορά τους είναι απαραίτητες μακροπρόθεσμα. Οι βελτιώσεις αυτές πιθανόν να αφορούν στο δεσμό τιτανίου - κεραμικής μάζας, όσο και στη σύνθεση της πορσελάνης. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι μεγάλης αλληλαγές στα υλικά και τις τεχνικές λαμβάνουν χώρα στην παρούσα φάση, οι οποίες θα πρέπει να αποδείξουν την υπεροχή τους σε μελλοντικά κλινικές έρευνες.

52 ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΩΝ ΣΥΓΧΡΟΝΩΝ ΠΟΛΥΜΕΡΩΝ ΥΛΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΠΡΟΣΘΗΤΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Θωμοπούλου Ε, Φιλιππάτος Γ

Από το Εργαστήριο της Ακίνητης Προσθετικής του Οδοντιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Τα σύγχρονα πολυμερή αποτελούν υλικά εκλογής για μία μεγάλη ομάδα εφαρμογών στην προσθετική αποκατάσταση, αλλή και γενικότερα στην κλινική οδοντιατρική. Τα υλικά αυτά έχουν γίνει ιδιαίτερα δημοφιλή, λόγω του συνδυασμού καλών φυσικών ιδιοτήτων και ευκολίας στη χρήση τους. Επίσης, όπου είναι απαραίτητη, η αισθητική τους απόδοση κρίνεται ιδιαίτερα ικανοποιητική, παραλήσια με αυτή της πορσελάνης. Οι εφαρμογές τους περιλαμβάνουν την κατασκευή ενδοστοματικών ναρθήκων διαφόρων τύπων, όπως νάρθηκα σταθεροποίησης, νάρθηκα προστασίας και μαλακών ναρθήκων. Επίσης, χρησιμοποιούνται για την κατασκευή ατομικών δισκαρίων με διάφορες εφαρμογές, όπως για αποτύπωση με υλικά μέσης ή και μεγάλης ρευστότητας, καθώς και για την εφαρμογή υλικών ηεύκανσης ή φθορίωσης. Στα πλαίσια της προσθετικής αποκατάστασης, τα σύγχρονα πολυμερή υλικά χρησιμοποιούνται εργαστηριακά για την κατασκευή ψευδοκοιλοβωμάτων στα οποία γίνεται η κατασκευή της προσθετικής εργασίας. Επίσης, χρησιμοποιούνται ευρέως για την κατασκευή προσωρινών και μεταβατικών αποκαταστάσεων, είτε με την άμεση μέ-

θοδο ενδοστοματικά, είτε έμμεσα στο εργαστήριο. Στη σύγχρονη οδοντιατρική, η εφαρμογή των πολυμερών έχει επεκταθεί και στην κατασκευή μεταλλοκεραμικών αποκαταστάσεων, στεφανών και γεφυρών, καθώς και σε συστήματα επιδιόρθωσης των παραπάνω αποκαταστάσεων. Τα υλικά αυτά χρησιμοποιούνται και για την κατασκευή αμιγώς πολυμερών ενθέτων και επενθέτων. Η εργασία ασχολείται εκτενώς με αυτό το πλαίσιο των εφαρμογών, καθώς αφορά σε ένα ιδιαίτερα μεγάλο μερίδιο της κλινικής πράξης. Αναφέρονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και η χημική σύσταση των πολυμερών υλικών, τα πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματα, οι ενδείξεις, οι εφαρμογές, καθώς και το ζήτημα της συγκόλλησης του μεταλλικού υποστρώματος με την πολυμερή μάζα. Επίσης, παρατίθενται οι παρατηρήσεις της κλινικής εφαρμογής και της αισθητικής απόδοσης των μεταλλοπολυμερών αποκαταστάσεων. Σκοπός της εργασίας είναι η σύγκριση των μεταλλοπολυμερών συστημάτων με τα μεταλλοκεραμικά, ώστε να καταδειχθούν οι διαφορές και να προταθούν εφαρμογές των μεταλλοπολυμερών με αυξημένη κλινική αξιοπιστία.

53**ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΛΕΥΚΑΝΣΗΣ ΣΕ ΔΟΝΤΙΑ ΜΕ ΖΩΝΤΑΝΟ ΠΟΛΦΟ.
ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΛΕΥΚΑΝΣΗ****Κρασιάς Ν, Κρασιάς Δ, Αλεκίδου Ο***Από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν».*

Οι πρώτες προσπάθειες λεύκανσης δυσχρωμικών άποηφων δοντιών ξεκίνησαν πριν από 200 περίπου χρόνια. Από τότε πολλές προσπάθειες έγιναν για τη λεύκανση όχι μόνο άποηφων, αλλά και ζωντανών δοντιών, με πρώτο τον Latimer. Εκατό χρόνια μετά, μία τυχαία ανακάλυψη από τον Klusmier για τη λευκαντική ικανότητα του υπεροξειδίου του καρβαμιδίου, άνοιξε το δρόμο της εφαρμογής της κατ' οίκον λεύκανσης, ενώ το 1989 οι Haywood και Heymann σε άρθρο τους πρότειναν τη χρήση υπεροξειδίου του καρβαμιδίου 10% για λεύκανση δοντιών με ζωντανό πολφό στο σπίτι με τη βοήθεια ναρθήκων από τον ίδιο τον ασθενή. Στην εργασία αυ-

τή θα αναφερθούν αρχικά οι παράγοντες που επηρεάζουν το χρώμα των δοντιών, καθώς και η κατηγοριοποίηση των δυσχρωμιών, ενώ θα αναφερθεί και ο τρόπος δράσης των λευκαντικών παραγόντων. Κατόπιν θα αναφερθούν τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κατ' οίκον λεύκανσης και θα δοθεί ιδιαίτερη σημασία στη λήψη ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού. Επίσης, θα τονιστεί η αξία της σωστής επιλογής των περιστατικών. Τέλος, θα αναφερθεί ο τρόπος κατασκευής των ναρθήκων και της σωστής επιλογής του λευκαντικού παράγοντα, με ιδιαίτερη έμφαση στη συνεχή παρακολούθηση του ασθενή από τον οδοντίατρο.

54**ΠΙΘΑΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΕΥΚΑΝΣΗ ΖΩΝΤΑΝΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ****Υψηλάντη Ν, Γιαννακόπουλος Κ**

Η λεύκανση ζωντανών δοντιών αποτελεί μία ευρέως εφαρμοζόμενη πρακτική που μπορεί να γίνει είτε στο ιατρείο, είτε στο σπίτι, ελεγχόμενη από τον οδοντίατρο. Στη μέθοδο του ιατρείου χρησιμοποιείται υπεροξείδιο του υδρογόνου συγκέντρωσης 16-50%, ενώ στη μέθοδο του σπιτιού η λευκαντική ουσία τοποθετείται σε εξατομικευμένους νάρθηκες λεύκανσης, τους οποίους φορά ο ασθενής για μερικές ώρες την ημέρα ή τη νύκτα και περιέχει ως ενεργό συστατικό υπεροξείδιο του υδρογόνου συγκέντρωσης 3-7,5%. Οι πιο κοινές παρενέργειες που έχουν αναφερθεί κατά τη διάρκεια, αλλά και για κάποιο χρονικό διάστημα μετά από τη λεύκανση ζωντανών δοντιών, είναι η υπερευαισθησία των δοντιών σε ποσοστό 15-60% και ο ερεθισμός των ούλων. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την υπερευαισθησία που οφείλεται στη λεύκανση των δοντιών, αλλά και οι πιθανές επιδράσεις που μπορεί να έχει η λεύκανση στον πολφικό ιστό. Η υπερευαισθησία πιθανολογείται ότι οφείλεται κυρίως στην αφυδάτωση των δοντιών

που προκαλείται από το υπεροξείδιο του υδρογόνου και συνήθως είναι ήπια. Σε ορισμένους όμως ασθενείς, ιδίως όταν συνυπάρχουν αυχενικές αποτριβές ή διαβρώσεις, μπορεί να γίνει έντονη, οδηγώντας ακόμη και σε διακοπή της θεραπείας. Από ιστολογικές μελέτες του πολφού ζωντανών δοντιών, παρατηρήθηκαν μεταβολές, όπως μέτρια αγγειοδιαστολή και υπεραϊμία του πολφού κατά τη διάρκεια της λεύκανσης, οι οποίες όμως επανήλθαν στο φυσιολογικό μετά το τέλος της. Εφ' όσον υπάρχουν οι κατάλληλες ενδείξεις για την πραγματοποίηση της λεύκανσης, η υπερευαισθησία είναι συνήθως ήπια και εξαφανίζεται σε μία έως τέσσερις ημέρες από το τέλος της θεραπείας. Σε περιπτώσεις έντονης υπερευαισθησίας, συνιστάται τροποποίηση του σχεδίου θεραπείας με λιγότερη ώρα εφαρμογής του υλικού. Για τον ίδιο λόγο, προτείνεται επίσης και η χρήση σκευασμάτων, όπως φθορίου και απευαισθητοποιητικών οδοντοπαστών που περιέχουν νιτρικό κάλιο, τα οποία καταπραΰνουν τα έντονα συμπτώματα υπερευαισθησίας.

55**ΣΦΑΛΜΑΤΑ****ΣΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΨΗΦΙΑΚΗ ΕΝΔΟΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ****Γκρίτζαλης Π, Καβαδέλλη Α, Κατσώνη Ε**

Εισαγωγή: Οι οδοντιατρικές ενδοστοματικές ακτινογραφίες αποτελούν σημαντικό βοήθημα του κλινικού οδοντιάτρου για τη διάγνωση παθολογικών καταστάσεων των δοντιών και των γνάθων, τη λήψη απόφασης σχετικά με τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους και την παρακολούθηση της εξέλιξης της θεραπείας. Η λήψη υψηλής ποιότητας ακτινογραφιών εξασφαλίζει τη διαγνωστική ακρίβεια και περιορίζει την έκθεση του ασθενούς σε ακτινοβολία από την επανάληψη των ακτινογραφιών. Τα ακτινογραφικά σφάλματα στη συμβατική ενδοστοματική ακτινογράφιση έχουν ήδη μελετηθεί και μπορεί να οφείλονται στην τεχνική λήψης ή στις διαδικασίες αποκάλυψης και σταθεροποίησης της εικόνας. Τα σφάλματα, ωστόσο, στην ψηφιακή ενδοστοματική απεικόνιση δεν έχουν ακόμη μελετηθεί και καταγραφεί, λόγω της φύσης της τεχνικής αυτής και των πολλών ηλεκτρονικών-τεχνολογικών στοιχείων που συνδυάζονται για τη δημιουργία της ψηφιακής εικόνας.

Υλικό και μέθοδος: Παρουσιάζονται ενδοστοματικές ψηφιακές εικόνες, οι οποίες έχουν ληφθεί με αισθητήρες στερεάς κατάστασης (solid-state sensors) και ειδικότερα με CCD, οι οποίες εμφανίζουν διάφορα σφάλματα, που μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες: 1) σφάλματα τεχνικής και 2) σφάλματα τεχνολογίας. Τα σφάλματα τεχνικής οφείλονται σε εσφαλμένη τεχνική λήψης, όπως μειωμένη ή αυξημένη οριζόντια ή

κάθετη γωνία, λανθασμένη τοποθέτηση του αισθητήρα, αυξημένος χρόνος έκθεσης, και τα περισσότερα μπορούν να αποφευχθούν με τη χρήση συσκευών παραλήθηθισμού. Τα σφάλματα τεχνολογίας μπορούν να οφείλονται σε οποιοδήποτε στοιχείο της απεικονιστικής αλυσίδας: ακτινογραφική ρυχνία, αισθητήρας, καλώδιο μεταφοράς σήματος, κάρτα υπολογιστή, οθόνη υπολογιστή. Ένα γνωστό χαρακτηριστικό σφάλμα, είναι το φαινόμενο υπερχειρίσισης των φορτίων (blooming effect) που παρατηρείται όταν τα φορτία ενός αριθμού pixels του αισθητήρα μεταφερθούν, λόγω κορεσμού, σε γειτονικά pixels, με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαυγαστικής περιοχής. Άλλα σφάλματα της εικόνας εικάζεται ότι οφείλονται σε ελαττωματική λειτουργία κάποιου ηλεκτρονικού κυκλώματος, χωρίς όμως να είναι δυνατόν να προσδιοριστεί με ακρίβεια η συγκεκριμένη αιτία.

Συμπεράσματα: Οι ψηφιακές ενδοστοματικές εικόνες εμφανίζουν ιδιαίτερα σφάλματα, που οφείλονται στον τρόπο λειτουργίας των αισθητήρων, στα ηλεκτρονικά κυκλώματα της απεικονιστικής αλυσίδας και σε προβλήματα των ηλεκτρονικών υπολογιστών. Η εκπαίδευση στη χρήση των υπολογιστών και η γνώση όλων των παραγόντων που υπεισέρχονται στη δημιουργία της ψηφιακής εικόνας, μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητά της και να ελαττώσουν τα σφάλματα.

56**Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΜΕΓΕΘΥΝΣΗΣ****ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΝΔΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑ****Χαρίσης Α**

Στην Αμερική ο πιο κοινός κίνδυνος του οδοντιατρικού επαγγέλματος είναι η οπτική καταπόνηση. Μελέτες δείχνουν ότι το 87% των οδοντιάτρων υποφέρει από κάποιου είδους οπτική καταπόνηση. Εννέα στους δέκα οδοντιάτρους θα χρειαστούν οπτική υποβοήθηση σε κάποιο σημείο της καριέρας τους. Δεύτερα έρχονται τα μυοσκελετι-

κά προβλήματα στη μέση, τα οποία μοιράζεται το 57-60% των οδοντιάτρων στην Αμερική. Είναι γνωστό ότι θεραπείες που προσφέρουν οριστική ανακούφιση από υπάρχοντα προβλήματα μέσης είναι περιορισμένες. Στην πραγματικότητα καμία θεραπεία δεν είναι τίποτα περισσότερο από οριακά αποτελεσματική. Γι αυτούς τους λόγους έμ-

φασα θα πρέπει να δοθεί στην πρόληψη. Εδώ έρχεται να δώσει ήυση η μεγέθυνση, η οποία βελτιώνοντας την οπτική οξύτητα, συμβάλλει παράλληλα στην πρόληψη της οπτικής καταπόνησης και των ορθοπεδικών προβλημάτων στην κατώτερη σπονδυλική στήλη. Η χρησιμοποίηση της μεγέθυνσης στην οδοντιατρική μπορεί να προσφέρει αυξημένο μέγεθος εικόνας, το οποίο να βελτιώνει την οπτική οξύτητα, έχοντας ως αποτέλεσμα καλύτερη οδοντιατρική περίθαλψη. Η ειδικότητα της ενδοδοκτολογίας υπήρξε πρωτοπόρος μέσα στην οδοντιατρική επιστήμη σε ό,τι αφορά στην εισαγωγή των νέων τεχνολογιών στον τομέα της μεγέθυνσης. Σκοπός αυτής της παρουσίασης είναι μία αναλυτική περιγραφή των διαθέσιμων μεγεθυντικών μέσων σήμερα. Παράλληλα, μέσω της προβολής εικόνων και βίντεο δια μέσω χειρουργικού μικροσκοπίου, θα αναδειχθεί η αξία της μεγέθυνσης στην κλινική πράξη και ειδικότερα σε όλα τα στάδια της ενδοδοκτολογίας: από το στάδιο της διάγνωσης για την ανακάλυψη γραμμών καταγμάτων, μέχρι τη διάνοιξη και τον εντοπισμό του δεύτερου εγγύς παρειακού ριζικού σωλήνα σε άνω γομφίους και έως την πλήρη και ερμητική έμφραξη του συστήματος των ριζικών σωληνίων σε τρεις διαστάσεις. Αυτές οι νέες τεχνολογίες στον τομέα της μεγέθυνσης εκφράζονται με τη μορφή δύο κυρίως μέσων: των οδοντιατρικών τηλεσκοπίων (loupes) και των χειρουργικών μικροσκοπίων (operating-surgical microscopes). Τα οδοντιατρικά τηλεσκόπια χωρίζονται σε ευρέως πεδίου (expanded field) και σε κανονικού πεδίου

(standard field), όσον αφορά στο ορατό πεδίο. Επίσης, διακρίνονται σε αυτά με ενσωματωμένους φακούς (through-the-lens telescopes) και σε αυτά με αναδιπλούμενους φακούς (flip-up telescopes). Χρησιμοποιούνται είτε αυτοτελή, είτε σε συνδυασμό με φωτεινή πηγή και οπτικές ίνες (fiber optics), συγκρατούμενες με ή χωρίς ακουστικά. Στα θετικά των οδοντιατρικών τηλεσκοπίων συγκαταλέγονται η ευελιξία στην κλινική πράξη και το σχετικά μικρό κόστος απόκτησης σε σχέση με τα μικροσκόπια. Τα χειρουργικά μικροσκόπια ταξινομούνται σε δύο, τριών, τεσσάρων, πέντε και έξι βημάτων (steps), που αντιστοιχούν σε διαφορετικές κλίμακες μεγεθύνσεων, με ανακλινόμενα ή όχι δίοπτρα. Τα μέρη ενός χειρουργικού μικροσκοπίου είναι η βάση (τροχήλατη, σε τοίχο ή οροφή), η πηγή φωτός με τις οπτικές ίνες, οι βραχίονες στήριξης, ο πλάγιος σύνδεσμος, το σώμα του μικροσκοπίου με τις λαβές, τα δίοπτρα και ο αντικειμενικός φακός με το προστατευτικό κάλυμμα. Εναλλακτικά, στο σώμα του μικροσκοπίου μπορεί να εφαρμόσει ο διαθλαστής ακτίνας (beam splitter) μαζί με τον προσαρμογέα (x-mount) και τους κατάλληλους συνδέσμους, έτσι ώστε να είναι δυνατή η προσαρμογή μίας ψηφιακής μηχανής (photo ή video). Τα χειρουργικά μικροσκόπια παρέχουν άριστη ποιότητα εικόνας με εξαιρετικό φωτισμό, ακόμη και σε μεγάλες μεγεθύνσεις (20x). Η δυνατότητα επίσης τοποθέτησης ψηφιακής μηχανής, καθιστά δυνατή την καταγραφή των περιστατικών, παράγοντας ένα ομοιόμορφα εντυπωσιακό οπτικό υλικό.

57

ΦΩΤΟΠΟΛΥΜΕΡΙΣΜΟΣ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΠΑΝΩ ΣΤΙΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΥΠΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Κρανιάς Ν, Κρανιάς Δ, Αλεκίδου Ο

Από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν».

Τα ρητινώδη υλικά που χρησιμοποιούνται στην οδοντιατρική πολυμερίζονται κατά κύριο λόγο με το μηχανισμό πολυμερισμού προσθήκης. Η έναρξη του πολυμερισμού μπορεί να γίνει με χημικό, φωτοχημικό, αηλιά και με συνδυασμό χημικού και φωτοχημικού τρόπου κατάλυσης (διπλού πολυμερισμού). Στο φωτοχημικό τύπο έναρξης πολυμερισμού, για την παραγωγή ελευθέρων ριζών χρησιμοποιούνται

χημικές ενώσεις που απορροφούν τη φωτεινή ακτινοβολία. Ο συνδυασμός χημικού και φωτοχημικού τρόπου κατάλυσης αναπτύχθηκε για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα του περιορισμένου βάθους πολυμερισμού, κυρίως σε εφαρμογές σε κεραμικές και μεταλλικές έμμεσες αποκαταστάσεις. Κατά τον πολυμερισμό των συνθέτων ρητινών, κάτω από ιδανικές συνθήκες θα έπρεπε να μετατρέπονται όλα τα

μονομερή σε πολυμερή, κάτι όμως που δεν συμβαίνει. Έτσι, η παρουσία υπολειπόμενων διπλών δεσμών άνθρακα στο δίκτυο του πολυμερούς, έχει πολλαπλές αρνητικές συνέπειες, όπως την απορρόφηση νερού, την ενζυματική αποδόμηση, την αλλοίωση των φυσικοχημικών και μηχανικών ιδιοτήτων, καθώς και στην οπτική συμπεριφορά. Τέλος, η απειλευθέρωση παραπροϊόντων έχει ενοχοποιηθεί για τοξικές και αλλεργικές αντιδράσεις. Για να επιτευχθεί η μέγιστη μετατροπή των διπλών δεσμών άνθρακα, πρέπει η φωτεινή πηγή να εκπέμπει κατάλληλο μήκος κύματος, καθώς και να αποδίδει το μέγιστο στις στοματικές συνθήκες. Άλλο πρόβλημα είναι η εμφάνιση της συστολής πολυμερισμού, που προκαλεί μεταβολή των διαστάσεων του υλικού, η οποία επιδρά αρνητικά στην ακεραιότητα των ορίων, με κίνδυνο την εμφάνιση περιεμφρακτικού χώρου και δευτερογενούς τερηδόνας, καθώς και μετεμφρακτικής ευαισθησίας. Επιπλέον, αυτές οι τάσεις μέσα στη μάζα του υλικού προκα-

λούν μείωση της αντοχής καθώς και ρωγμές στην αδαμαντίνη. Το βάθος πολυμερισμού είναι σημαντική παράμετρος που καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τις μηχανικές ιδιότητες του υλικού, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε κατάγματα, σχηματισμό αποκολληήσεων και χαίνοντα όρια. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθούν και οι συνέπειες από τη ζώνη αναστολής οξυγόνου, κυρίως στην ποιότητα σύνδεσης των στρωμάτων της ρητίνης, καθώς και μεταξύ νέου και παλαιού υλικού. Στην εργασία αυτή θα αναπτυχθούν οι κυριότερες τεχνικές φωτοπολυμερισμού ανάλογα με τον τύπο της αποκατάστασης (I - V ομάδα με σύνθετες ρητίνες, όψεις συνθέτων ρητινών, κεραμικών όψεων και στεφανών, καθώς και ενθέτων και επενθέτων από σύνθετη ρητίνη και κεραμικά), ενώ θα αναπτυχθούν τεχνικές αντιρρόπησης των δυνάμεων συστολής, καθώς και τεχνικές συνδυασμού υλικών για τη βελτίωση του τελικού αποτελέσματος και την εξάλειψη των προβλημάτων από το φωτοπολυμερισμό.

58

ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΑΜΑΛΓΑΜΑ: ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Νικολόπουλος Γ, Μπάγκος Π, Παρασκευά Δ

Εισαγωγή: Ο υδράργυρος που περιέχεται στο οδοντιατρικό αμάλγαμα έχει ενοχοποιηθεί ως παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση νόσων του νευρικού συστήματος, μεταξύ των οποίων και η σκλήρυνση κατά πλάκας. Οι επιδημιολογικές μελέτες που έχουν γίνει είναι περιορισμένες και τα αποτελέσματα διίστανται. Σκοπός της εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και η μετα-ανάλυση επιδημιολογικών μελετών για την επίδραση του αμαλγάματος στην εμφάνιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας.

Υλικό και μέθοδος: Συστηματική αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όλων των σχετικών επιδημιολογικών μελετών και χρήση στατιστικής ανάλυσης για αξιολόγηση πιθανής σχέσης δόσης - αποτελέσματος (fixed effects dose-response models).

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των 61 εγγραφών που βρέθηκαν, τέσσερις μελέτες (μία προοπτική και τρεις ασθενών - μαρτύρων) εξετάζουν τη σχέση αμαλγάματος και σκλήρυνσης κατά πλάκας. Στο μοντέλο που αφορά στον αριθμό των αμαλγαμάτων και

στο οποίο περιέχονται τρεις μελέτες (ασθενών - μαρτύρων), ο συντελεστής είναι 0,029879 (95%, διάστημα εμπιστοσύνης: -0,000303, 0,060061), ενώ εάν αφαιρεθεί η μία μελέτη, ο συντελεστής γίνεται σημαντικός. Σε σχέση με την έκθεση στο αμάλγαμα (αριθμός και διάρκεια) ο συντελεστής του μοντέλου είναι 0,002809 (95%, διάστημα εμπιστοσύνης: 0,001026, 0,004594).

Συμπεράσματα: Αναλύοντας τα δεδομένα από τις τέσσερις μελέτες, βρέθηκε αύξηση του κινδύνου εμφάνισης σκλήρυνσης κατά πλάκας, με αντίστοιχη αύξηση του αριθμού των αμαλγαμάτων και της διάρκειάς τους στη στοματική κοιλότητα. Η βιολογική βάση των παρατηρήσεων βρίσκεται στον υδράργυρο, ο οποίος απειλευθερώνεται από το αμάλγαμα και έχει την ικανότητα μέσω των πνευμονικών κυψελίδων να εισέρχεται στην αιματική κυκλοφορία και να διαχέεται μέσω του αιματοεγκεφαλικού φραγμού στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Αν και η μετα-ανάλυση παρουσιάζει αρκετά μειονεκτήματα, τα αποτελέσματα καταδεικνύουν την ανάγκη διεξαγωγής περαιτέρω έρευνας στον τομέα αυτό.

59

ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ Ή ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Γκρίτζαλης Π, Δοντά Α, Καραγιάννη Α

Από την Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινοβολίας Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η προοδευτική συστηματική σκλήρυνση ή συστηματικό σκληρόδερμα, αποτελεί χρόνια γενικευμένη νόσο του συνδετικού ιστού αγνώστου αιτιολογίας και υπάγεται στις νόσους του κολληγόνου. Για την αιτιοπαθογένεια της νόσου έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι φλεγμονώδεις, βιοχημικοί, αγγειακοί και ανοσοποιητικοί παράγοντες, όμως κυρίαρχο φαινόμενο στην παθογένεια του σκληροδέρματος είναι η διέγερση των ινοβλαστών, που φαίνεται να οφείλεται σε μία αρχική αγγειακή βλάβη στο ενδοθήλιο, με αποτέλεσμα τη διέγερση ανοσοκυττάρων και αιμοπεταλίων και την απειλευθέρωση από αυτά τροφικών παραγόντων για τους ινοβλάστες. Η νόσος προσβάλλει άτομα κάθε ηλικίας, κυρίως όμως άτομα ηλικίας 31-50 ετών, σπάνια δε εμφανίζεται μετά την ηλικία των 60 ετών. Προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες σε ποσοστό 90%. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου στην Ελλάδα είναι 10 ανά 100.000 άτομα γενικού πληθυσμού. Το συστηματικό σκληρόδερμα χαρακτηρίζεται από σκλήρυνση του δέρματος και των άηλων ιστών, λόγω υπερπαραγωγής κολληγόνου από τους ινοβλάστες και εναπόθεσής του στο δέρμα, στα εσωτερικά όργανα και στα αγγεία, με αποτέλεσμα την υπολειτουργία τους. Είναι δυνατόν να εμφανισθεί με τρεις μορφές: 1) ως περιορισμένο σκληρόδερμα, που χαρακτηρίζεται από τοπικές μεταβολές που περιορίζονται στο δέρμα το οποίο εμφανίζεται ανελαστικό, 2) ως γενικευμένο ή προοδευτικό σκληρόδερμα, που χαρακτηρίζεται από "τάση" του δέρματος, περιορισμένες λειτουργίες των πνευμόνων, της καρδιάς, των νεφρών, του γαστρεντερικού σωλήνα και από οστεολυτικές μεταβολές στο σκελετό, και 3) ως ακροσκήρυνση, που χαρακτηρίζεται από συνδυασμό σκληροδέρματος

των άκρων και της νόσου του Raynaud. Οι στοματικές εκδηλώσεις της νόσου συνήθως είναι περιορισμένη διάνοιξη του στόματος λόγω συρρίκνωσης του δέρματος γύρω από αυτό, (εικόνα στόματος ψαριού), ακαμψία της γλώσσας και των χαλινών, μείωση του μεγέθους της στοματικής κοιλότητας, ξηροστομία, ριείος και ωχρός βλεννογόνο του στόματος, ατροφία των μαστήρων μυών, τηλαγγειεκτασίες του βλεννογόνου του χείλους, εξαφάνιση των φαρυγοπαρειικών και φαρυγοχειλικών αυλάκων κ.ά. Ακτινογραφικά ευρήματα είναι η διεύρυνση του περιρριζικού χώρου, κυρίως στα οπίσθια δόντια και οστεολυτικές εξεργασίες στη γωνία και τον κλάδο της κάτω γνάθου. Παρατηρούνται επίσης χαρακτηριστικές αλλοιές στην εμφάνιση του προσώπου, όπως αξιοσημείωτη σμίκρυνση των ματιών και περιορισμός των κινήσεων του προσώπου, που παίρνει τη μορφή μάσκας και αναφέρεται και ως προσωπείο Mona Lisa. Η εργασία αυτή αφορά στην περιγραφή μίας περίπτωσης ασθενούς με σκληρόδερμα, ηλικίας 56 χρόνων. Από το ιστορικό ανέφερε σκληροδερμία, προβλήματα από τους πνεύμονες και το γαστρεντερικό σωλήνα, για τα οποία έχει στο παρελθόν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο. Τα ευρήματα από την εξωστοματική κλινική εξέταση ήταν περιορισμένη διάνοιξη του στόματος και σκληρές ανελαστικές παρειές. Επίσης, υπήρχαν και οι χαρακτηριστικές βλάβες του σκληροδέρματος στα χέρια. Στα ακτινογραφικά ευρήματα παρατηρήθηκε η διεύρυνση του περιρριζικού χώρου, κυρίως στα οπίσθια δόντια. Η περιγραφή αυτής της περίπτωσης έχει στόχο να συμβάλει στην εξοικείωση του οδοντιάτρου με τα κλινικά χαρακτηριστικά και τις στοματικές εκδηλώσεις της νόσου, που συχνά αγνοούνται.

60**ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΑ ΕΛΚΗ.
ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ****Δεληγιάννη Ε, Αντωνιάδης Δ**

Τα υποτροπιάζοντα στοματικά έλκη αποτελούν μία από τις πιο συχνές παθήσεις του βλεννογόνου του στόματος. Οι υποθέσεις για την παθογένειά τους είναι πολλαπλές, καθώς εμφανίζονται σε διαφορετικές ομάδες ασθενών, με διαφορετικό σε κάθε περίπτωση αιτιοπαθογενετικό υπόστρωμα, γεγονός που καταδεικνύει την πολυπαραγοντικότητα της εκδήλωσης. Αν και δεν μπορεί να ενοχοποιηθεί ένας μόνο εκλητικός παράγοντας, η εμφάνιση των αλλοιώσεων φαίνεται να σχετίζεται με μία Τ-λεμφοκυτταρική ανοσιακή απάντηση, ενώ διακρίνονται τρεις κύριες ανοσολογικές διαταραχές: διαταραχή στην κυκλοφορία των αντισωμάτων, μείωση του επιθηλιακού φραγμού, και αυξημένη έκθεση σε αντιγονικούς παράγοντες. Άφθες, συστηματικά νοσήματα, αλλεργίες, γενετική προδιάθεση, διατροφικές ελλείψεις, αιματολογικές παθήσεις, ορμονικές διαταραχές, μολυσματικοί παράγοντες, τραυματισμοί, άγχος, καταστάσεις ανοσοκαταστολής, είναι κά-

ποιοι από τους παράγοντες που εμπλέκονται στην εμφάνιση των υποτροπιάζόντων στοματικών ελκών. Ως συστηματικές διαταραχές, στις παραπάνω καταστάσεις μπορούν να ενταχθούν το σύνδρομο Behçet, η νόσος Celiac, η κυκλική ουδετεροπενία, η έλλειψη IgA, καταστάσεις ανοσοκαταστολής συμπεριλαμβανομένης και της HIV λοίμωξης, η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, το σύνδρομο MAGIC, το σύνδρομο PFAPA, η νόσος Reiter, το σύνδρομο Sweet, κ.ά. Όπως ήδη φαίνεται, η διαφορική διάγνωση αυτού του πλήθους των νοσημάτων καθίσταται πολύπλοκη, με αποτέλεσμα να απαιτεί πολλές φορές και συνεργασία με άλλες ιατρικές ειδικότητες. Ο γενικός οδοντίατρος καλείται λοιπόν στην περίπτωση αυτή, να έχει γνώση όλων αυτών των καταστάσεων, ώστε να κατευθύνει τον ασθενή του σωστά, τόσο ως προς την αιτιολόγηση όσο και ως προς την αντιμετώπιση της νόσου, λαμβάνοντας πάντα ενεργό μέρος σε αυτήν.

61**ΟΓΚΟΙ ΚΑΙ ΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΕΡΙΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΧΩΡΑ****Παναγιωτίδου Θ, Σακάλογλου Ε, Κολλοκοτρώνης Α**

Η στοματική κοιλότητα και η περιστοματική χώρα αποτελούν συνήθη τόπο εντόπισης πολλών όγκων και υπερπλασιών. Στην αιτιοπαθογένεια πολλών από αυτών των αλλοιώσεων είναι πλέον αποδεδειγμένο ότι εμπλέκονται ιοί. Στην εργασία αυτή μελετώνται ιογενούς αιτιολογίας όγκοι και δυσπλασίες στη συγκεκριμένη περιοχή, παρατίθενται στοιχεία κλινικής εικόνας, στατιστικής ανάληψης και θεραπευτικής αντιμετώπισης, που μπορούν να απασχολήσουν το γενικό οδοντίατρο. Η μελέτη περιλαμβάνει αλλοιώσεις που οφείλονται στον ιό του ανθρώπινου θηλώματος (HPV), όπως τα θηλώματα, τα οξυτενή κονδυλώματα, οι ακροχόρδωνες ή κοινές μυρμηκίες, η

νόσος του Heck και το κερατοακάνθωμα. Μελετάται η εμπλοκή του ιού του απλού έρπη (HSV) στην αιτιοπαθογένεια του σαρκώματος Kaposi, του ιού Epstein Barr στο λέμφωμα Burkitt και τα μη-Hodgkin λέμφωμα σε ανοσοκατασταλημένα άτομα, καθώς και διάφορες άλλες ομάδες ιών που προκαλούν λιγότερο συχνές αλλοιώσεις, των οποίων η διαφοροδιάγνωση μπορεί να προβληματούσει τον οδοντίατρο (π.χ. μολυσματική τέρμινθος). Τέλος, διερευνάται η σχέση ομάδων ιών με την αιτιοπαθογένεια του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος του στόματος (OSCC), μία υπόθεση που κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος τα τελευταία χρόνια.