



ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

**41η ΕΤΗΣΙΑ
ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ
ΣΥΝΟΔΟΣ**

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ
7-9 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2006**

Ο αριθμός στον τίτλο κάθε εργασίας, αντιστοιχεί στη σειρά με την οποία αυτή εμφανίζεται στο πρόγραμμα της Συνόδου.

Το όνομα του συγγραφέα ο οποίος θα παρουσιάσει την ανακοίνωση, σημειώνεται με αστερίσκο.

- 1 -

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ηλιόπουλος Δ*, Νικολόπουλος Γ, Παρασκευά Δ, Μπάκα Α

Από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Αθήνα.

Στην εποχή μας γίνεται συχνά λόγος για την εμφάνιση και αντιμετώπιση οξέων συμβάντων δημόσιας υγείας. Πρόκειται για επιδημίες που οφείλονται σε φυσικά αίτια, τύπου SARS και Γρίπης των Πτηνών και επιδημίες από αίτια βιοτρομοκρατίας, τύπου άνθρακα και ευλογιάς. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανασκόπηση της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας σχετικά με το ρόλο των οδοντιάτρων στην αντιμετώπιση των συμβάντων αυτών. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να ανταποκριθούν και να συνδράμουν σε καταστάσεις μαζικών καταστροφών και επιδημιών. Ειδικά οι γιατροί όλων των ειδικοτήτων και οι οδοντίατροι, σε περιπτώσεις οξέων συμβάντων δημόσιας υγείας θα είναι αυτοί που θα ανταποκριθούν άμεσα. Η εκπαίδευση των οδοντιάτρων σε θέματα που αφορούν στη δημόσια υγεία κρίνεται απαραίτητη και σκόπιμη, καθώς οι

οδοντίατροι έρχονται καθημερινά σε επαφή με πολλούς ασθενείς, οι οποίοι μπορεί να έχουν εκτεθεί σε έναν εξαιρετικά μεταδοτικό και επικίνδυνο λοιμογόνο παράγοντα. Κρίνεται απαραίτητη η γνώση της κλινικής εικόνας ασθενειών που μπορεί να προκληθούν, είτε από την νθετημένη απειλευθέρωση βιολογικών παραγόντων, είτε λόγω φυσικής διασποράς λοιμογόνων μικροοργανισμών. Οι φορείς δημόσιας υγείας της χώρας, σε συνεργασία με τους οδοντιατρικούς συλλόγους, είναι αυτοί που θα πρέπει να αναλάβουν το έργο της συνεχούς και επίκαιρης ενημέρωσης των οδοντιάτρων σε θέματα δημόσιας υγείας.

Συμπεράσματα: Οι οδοντίατροι, όπως και όλοι οι επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να ενημερώνονται και να εκπαιδεύονται συνεχώς σε θέματα που αφορούν στην αντιμετώπιση οξέων συμβάντων δημόσιας υγείας.

- 2 -

ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

Μανουέλα Σ*, Πανταλέων Μ

Η κακή στοματική υγιεινή είναι ένα κοινό εύρημα σε ορθοδοντικούς ασθενείς, που μπορεί να οδηγήσει σε απασβεστοποίηση, τερηδονισμό και ουλίτιδα, για την αποφυγή των οποίων χρειάζεται ένα συστηματικό πρόγραμμα στοματικής υγιεινής εκ μέρους του ασθενούς. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να τονιστεί η ιδιαίτερη σημασία της στοματικής υγείας κατά τη διάρκεια της ορθοδοντικής θεραπείας. Ένα πρόγραμμα μείωσης του κινδύνου εμφάνισης τερηδόνας και ουλίτιδας σε ορθοδοντικούς ασθενείς, μπορεί να γίνει με μέσα που εφαρμόζονται σε συνεργασία με το γενικό οδοντίατρο, με μέτρα που ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να εφαρμόσει στο σπίτι, με ένα πρόγραμμα διατροφής που να περιλαμβάνει λιγότερη ζάχαρη και χρησιμοποίηση «φιλικών» προς τα δόντια προϊόντων. Επίσης, συνιστάται η μείωση της κατάναλωσης ανθρακούχων ποτών και αναψυκτικών που περιέχουν κιτρικό οξύ, επειδή μπορούν να προκα-

λέσουν διάβρωση της αδαμαντίνης και, τέλος, με μέτρα για τη διατήρηση της στοματικής υγείας εκ μέρους του ίδιου του ορθοδοντικού, όπως τελευταίες έρευνες αναφέρουν, και είναι: η χρησιμοποίηση αγκίστρων με μικρή βάση, η απομάκρυνση της περίσσειας συγκολλητικής ρητίνης, αντισηπτικά στοματικά διαλύματα που χρησιμοποιούνται αμέσως πριν από τη συγκόλληση ορθοδοντικών μηχανισμών, συγκολλητικές ουσίες που χρησιμοποιούνται και απειλευθερώνουν φθόριο, αντιβακτηριδιακές ουσίες, χρησιμοποίηση υαλοϊονομερών κονιών για τη συγκόλληση των ορθοδοντικών δακτυλίων.

Συμπερασματικά, η διατήρηση της στοματικής υγιεινής κατά την ορθοδοντική θεραπεία αποτελεί πρωτεύοντα στόχο και απαιτεί τη συνεργασία του γενικού οδοντιάτρου, έτσι ώστε στο τέλος της θεραπείας η επιβάρυνση των σκληρών και μαλακών ιστών να είναι ελάχιστη.

- 3 -

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Πύλλη Μ*, Μακρή Ε, Τσιάρα Χ, Νικολόπουλος Γ, Παρασκευά Δ

Από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Αθήνα

Η συστηματική ανάπτυξη των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών βοηθάει το γιατρό στην ορθή λήψη κλινικών αποφάσεων. Ο κλινικός έλεγχος, που επιτυγχάνεται μέσω των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών τεκμηριωμένης ιατρικής, περιλαμβάνει διεργασίες που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση, τη θεραπεία, τη χρήση των πόρων, καθώς επίσης και για την αξιολόγηση των τελικών αποτελεσμάτων της παρεχόμενης φροντίδας. Η ανάπτυξη των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, ιδιαίτερα στην οδοντιατρική φροντίδα, βρίσκεται σε αρχικό στάδιο. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η ανασκόπηση της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας, όσον αφορά στη συμβολή των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών τεκμηριωμένης ιατρικής στην παροχή ποιοτικότερης οδοντιατρικής φροντίδας, στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και στη μείωση του κόστους. Επιπρόσθετα, σκοπός είναι να παρουσιασθούν τα βήματα ανάπτυξης των κατευθυντήριων οδηγιών. Στόχος των κατευθυντήριων οδηγιών είναι να αυ-

τοξετάσουν και να βελτιώσουν οι γενικοί οδοντίατροι την κλινική πρακτική, ώστε να διασφαλισθεί η υψηλή ποιότητα των οδοντιατρικών υπηρεσιών. Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες συμβάλλουν τόσο στη λήψη ορθότερων αποφάσεων, όσο και στη συνεχή επαγγελματική εκπαίδευση των οδοντιάτρων. Έρευνες παρουσιάζουν, ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες συμβάλλουν στην ορθότερη χρήση των αντιβιοτικών, των αναισθητικών και στην καλύτερη αντιμετώπιση της περιοδοντικής νόσου.

Συμπεράσματα: Η ευρεία χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών μπορεί να οδηγήσει στην αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη χρήση των διαθέσιμων πόρων, καθώς και στην αναβάθμιση της κλινικής φροντίδας. Βασικό εμπόδιο στη χρήση των οδηγιών, είναι οι επιφυλάξεις των οδοντιάτρων ότι θα περιοριστεί η επαγγελματική τους αυτονομία. Επιτακτική ανάγκη κρίνεται η συνεργασία των επιστημονικών φορέων για την ανάπτυξη των κατευθυντήριων οδηγιών.

- 4 -

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ DIGEORGE

Δαγδελένη Μ*, Κριθιώτης Ν, Καθαράνης Μ

Από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης και το Καρδιολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης.

Το σύνδρομο DiGeorge χαρακτηρίζεται από συγγενή απλασία ή υποπλάσια του θύμου και των παραθυρεοειδών αδένων. Πολύ μεγάλο ποσοστό των ασθενών παρουσιάζει καρδιαγγειακές και κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες. Οφείλεται σε έλλειμμα στο χρωμόσωμα 22, που προκαλεί ατελή ανάπτυξη του τρίτου και τέταρτου φαρυγγικού τόξου κατά την εμβρυϊκή περίοδο. Οι περισσότερες περιπτώσεις είναι σποραδικές. Η κλινική εικόνα ποικίλει ανάλογα με τη βαρύτητα του συνδρόμου και περιλαμβάνει: ευπάθεια στις ροιμώξεις (επηρεασμένη η κυτταρική ανοσία), τετανία (υπασβεσταιμία λόγω υποπαραθυρεοειδισμού), άηλιότε άηλιτης βαρύτητας καρδιαγγειακές

ανωμαλίες, ιδιάζον προσωπείο (μικρογναθία, υπερτελορισμός, προέχοντα ώτα), ανωμαλίες του ουροποιητικού. Συνήθως τα συμπτώματα βελτιώνονται με την ηλικία. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστεί η οδοντιατρική αντιμετώπιση αγοριού, ηλικίας 5 ετών, με σύνδρομο DiGeorge, που παραπέμφθηκε στο Οδοντιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης από το οδοντιατρείο του Νοσοκομείου «Αγλαΐα Κυριακού». Το παιδί δεν ήταν συνεργάσιμο, λόγω ψυχοκινητικής καθυστέρησης, και έπινε ακόμη το γάλα με μπιμπερό. Παρουσίαζε ολική καταστροφή μύλης των: 51, 52, 61, 62, 63, 64 και τερηδόνες μίας έως τριών επιφανειών στους: 54, 55, 65,

74, 75, 84, 85. Αποφασίστηκε η αντιμετώπιση να γίνει υπό γενική αναισθησία. Από το ιατρικό ιστορικό προέκυψαν: επεισόδιο σπασμών σε ηλικία επτά ημερών, μεσοκοιλιακή επικοινωνία, μονήρη νεφρό, νοσηλείες για βρογχοπνευμονία, γαστρεντερίτιδα, οξεία μέση ωτίτιδα, εγχείρηση για κρυψορχία και φίμωση, αλλεργία στην πενικιλίνη. Έγινε πλήρης κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος. Τα ποσοστά των υποπληθυσμών των λεμφοκυττάρων βρέθηκαν σε καλύτερη αναλογία σε σχέση με προηγούμενες εξετάσεις.

Το ασβέστιο αίματος ήταν φυσιολογικό. Το υπερηχογράφημα καρδιάς έδειξε μικρή μεμβρανώδους τύπου μεσοκοιλιακή επικοινωνία χωρίς αιμοδυναμική επιβάρυνση. Μία ώρα πριν την επέμβαση δόθηκε κλινδαμυκίνη I.V. για πρόληψη ενδοκαρδίτιδας. Υπό γενική αναισθησία έγιναν εμφράξεις και εξαγωγές. Η ανάνηψη και η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Στους γονείς του παιδιού δόθηκαν λεπτομερείς οδηγίες για στοματική υγιεινή, διατροφή, διακοπή χρήσης του μπιμπερό και τακτικές επανεξετάσεις.

- 5 -

ΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΞΩΔΕΡΜΙΚΗΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑΣ. ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Μπυράκη Α*, Βασταρδή Ε, Δοντά Α, Καραγιάννη Κ, Μπαζοπούλου Ε

Από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η εξωδερμική δυσπλασία εκπροσωπεί ένα σύνολο κληρονομικών καταστάσεων, όπου δύο ή περισσότερες ανατομικές δομές προερχόμενες από το εξώδερμα, αποτυγχάνουν να αναπτυχθούν. Ανάλογα με τον τύπο της εξωδερμικής δυσπλασίας, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν υποπλασία ή απλασία ιστών, όπως δέρματος, μαλλιών, νυχιών, δοντιών, ή ιδρωτοποιών αδένων. Οι ποικίλοι τύποι αυτής της διαταραχής κληρονομούνται είτε με αυτοσωματικό, επικρατούμενο ή υπολειπόμενο, είτε με φυλοσύνδετο υπολειπόμενο χαρακτήρα. Έχουν αναφερθεί περισσότερες από 150 διαφορετικές μορφές εξωδερμικής δυσπλασίας, οι οποίες είναι αρκετά σπάνιες, με συχνότητα 1 : 10.000 - 100.000 γεννήσεις. Σε αρκετές από αυτές, οι γονιδιακές μεταβολές και οι θέσεις τους σε χρωμοσώματα έχουν αναγνωρισθεί. Η διάγνωση του συνδρόμου μερικές φορές τίθεται κατά την παιδική ηλικία, όταν το παιδί εμφανίζει ανερμήνευτα υψηλούς πυρετούς. Κλινικά χαρακτηριστικά του κλασικού υψιδρωτικού συνδρόμου αποτελούν το λείο, λεπτό και ξηρό δέρμα, οι λεπτές ξανθές και αραιές τρίχες των μαλλιών και των φρυδιών, η έλλειψη βλεφαρίδων, η εφιπιοειδής μύτη και τα προέχοντα χείλη. Ακόμα παρατηρείται ρυτιδωμένο δέρμα γύρω από τους οφθαλμούς με έντονη εναπόθεση μελανίνης. Σε μερικά άτομα έχει αναφερθεί ξηροστομία και χρόνια απλαστική αναιμία. Ως

προς τις στοματικές εκδηλώσεις, εμφανίζεται μερική ή σπάνια ολική ανοδοκτία, και όταν υπάρχουν δόντια έχουν ανώμαλο σχήμα μύλης ή/και ρίζας. Ιστοπαθολογική εξέταση του δέρματος εμφανίζει μειωμένο αριθμό ιδρωτοποιών αδένων και θυλάκων τριχών. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιαστεί περίπτωση γυναίκας, ηλικίας 32 ετών με σύνδρομο εξωδερμικής δυσπλασίας, να αξιολογηθούν το ιστορικό, τα κλινικά χαρακτηριστικά, τα ακτινογραφικά και τα άλλα εργαστηριακά ευρήματα της ασθενούς και να συζητηθούν η αιτιοπαθογένεια, ο ρόλος της κληρονομικότητας και η γενετική προσέγγιση του συνδρόμου.

Περιγραφή περίπτωσης: Γυναίκα, ηλικίας 32 ετών, προσήλθε στην Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, παραπονούμενη για κινητικότητα, έλλειψη δοντιών και αιμορραγία ούλων. Η λεπτομερής λήψη ιστορικού, η ενδοστοματική και εξωστοματική κλινική εξέταση και ο ακτινογραφικός έλεγχος με λήψη οπισθοφατνιακών και πανοραμικής ακτινογραφίας, καθώς και οι άλλες εργαστηριακές εξετάσεις που ζητήθηκαν, έδωσαν σαφή και σημαντικά ευρήματα ως προς τον τύπο της εξωδερμικής δυσπλασίας, τον κληρονομικό της χαρακτήρα και τον προγραμματισμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

- 6 -

ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΑΘΛΟΠΑΙΔΙΕΣ

Μπεσμπέα Ρ*, Βαλαμβάνος Κ, Κουρή Ε

Οι τραυματισμοί, και ειδικά νέων ατόμων, που οφείλονται κυρίως στις αθλητικές δραστηριότητες, είναι αναμφισβήτητα ένα πολύ συχνό φαινόμενο στις ημέρες μας, που χρήζει αντιμετώπισης και ειδικής πρόληψης. Παράγοντες που ευνοούν την αυξημένη πιθανότητα τραυματισμού των οδοντικών ιστών, είναι: σε άτομα με αυξημένη οριζόντια πρόταξη, σε άτομα με κοντό άνω χείλος και μη ικανοποιητικό κλείσιμο των χειλέων και διάφοροι παθολογικοί λόγοι. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να γίνει ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των συνηθισμένων τραυμάτων που συμβαίνουν στη στοματική κοιλότητα και της συχνότητάς τους κατά τις αθλοπαιδιές. Τα

πλέον συνήθη τραύματα είναι: (α) κατάγματα μύλης, δηλαδή κάταγμα αδαμαντίνης και οδοντίνης, (β) μερική εκγύμφωση, που χαρακτηρίζεται από μερική μετατόπιση του δοντιού έξω από το φατνίο, και (γ) ολική εκγύμφωση, που χαρακτηρίζεται από την ολική εκτόπιση του δοντιού εκτός φατνίου. Για την αντιμετώπισή τους, στα μεν κατάγματα μύλης γίνεται θεραπεία κάλυψης με σύνθετη ρητίνη, για τη μερική εκγύμφωση γίνεται προσπάθεια εμβύθισης και ακινητοποίησης με ναρθηκοποίηση, στη δε ολική εκγύμφωση, η οποία συμβαίνει κυρίως σε ένα δόντι, αλλιώς μπορεί να εμπηκόνται και περισσότερα, γίνεται επανεμφύτευση.

- 7 -

ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣΘΙΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΗΜΑΤΩΝ ΥΑΛΟΒΑΜΒΑΚΑ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΤΗΣ ΡΗΤΙΝΗΣ

Κρανιάς Ν*, Γκαβέλα Γ, Αλεκίδου Ο

Ακινητοποίηση ορίζεται η με μηχανικά μέσα άρση της κλινικά ανιχνεύσιμης κινητικότητας. Οι ακινητοποιήσεις μπορούν να χωριστούν από πλευράς: (α) χρονικής διάρκειας παραμονής και (β) μεθόδου κατασκευής. Ως προς το χρόνο παραμονής τους, διακρίνονται στις προσωρινές, τις ημιμόνιμες και τις μόνιμες, ενώ ως προς τη μέθοδο κατασκευής τους, στις ενδομυλικές και τις εξωμυλικές. Η ακινητοποίηση των δοντιών με κλινικά ανιχνεύσιμη κινητικότητα, αποτελεί μία θεραπευτική λύση, που από τη μία πλευρά προσφέρει στον ασθενή αίσθημα άνεσης κατά τη μάσηση κυρίως, και από την άλλη επιτρέπει στο θεράποντα να ασκήσει μεγαλύτερες δυνάμεις κατά την ενεργό φάση της θεραπείας του περιοδοντίου και να εξασφαλίσει σταθερότητα ιστών κατά την επούλωση. Η ακινητοποίηση πρέπει να τηρεί ορισμένες προϋποθέσεις για μία λειτουργικά και αισθητικά αποδεκτή αποκατάσταση, με σεβασμό στην υγεία των περιοδοντικών ιστών. Θα πρέπει να γίνεται με τη μικρότερη δυνατή απώλεια οδοντικών ιστών, να μην ασκεί δυ-

νάμεις έληξης, να μην παρεμβαίνει στη σύγκληση, να μην δρα ερεθιστικά στους ιστούς, να μην αποφράζει τα μεσοδόντια διαστήματα, επιτρέποντας έτσι την εφαρμογή σωστής στοματικής υγιεινής από τον ασθενή και να είναι απλή και οικονομική ως προς την κατασκευή και επισκευή της. Όσον αφορά στα πρόσθια δόντια, στα οποία η αισθητική αποτελεί μία επιπλέον προϋπόθεση, έχουν προταθεί συστήματα ακινητοποίησης που περιλαμβάνουν τη χρήση νημάτων υαλοβάμβακα και σύνθετης ρητίνης, καθώς και τη χρήση ορθοδοντικού σύρματος και σύνθετης ρητίνης. Στην παρούσα εργασία θα παρουσιαστεί τεχνική ακινητοποίησης προσθίων δοντιών με τη χρήση νημάτων υαλοβάμβακα και σύνθετης ρητίνης κατά στάδια, θα αναφερθούν τα υλικά και ο τρόπος τοποθέτησής τους, ενώ θα δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στα σημεία που πρέπει να προσεχθούν (απομόνωση, διευθέτηση σύγκλησης κ.ά.), ώστε να μην δημιουργηθούν προβλήματα στον ασθενή κατά την εφαρμογή της στοματικής υγιεινής.

- 8 -

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΔΟΝΤΙΩΝ ΓΙΑ ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ LASER Er,Cr:YSGG (2780nm). ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Στυλιανός Γ*, Βασιλείου Λ

Η τεχνολογία των laser στην οδοντιατρική ολοένα και βρίσκει εφαρμογές, εφάμιλλης ή και ανώτερες των συμβατικών τεχνικών. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η περιγραφή τριών περιπτώσεων προσθετικής αποκατάστασης προσθίων δοντιών, όπου η παρασκευή των στηριγμάτων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση laser Er,Cr:YSGG. Οι δύο πρώτες περιπτώσεις αφορούν σε άνδρα και γυναίκα, ηλικίας 35 και 26 ετών αντίστοιχα, που προσήλθαν για αισθητική αποκατάσταση των άνω τομέων. Και στις δύο περιπτώσεις τα δόντια εμφάνιζαν ελαφρύ συνωστισμό και έφεραν όμορα παλαιές εμφράξεις ρητινών, ορισμένες εκ των οποίων φιλοξενούσαν περιεμφρακτικά δευτερογενή τερηδόνα. Και στους δύο ασθενείς αποφασίστηκε αποκατάσταση με ολοκεραμικές όψεις, με στόχο να διορθωθούν ταυτόχρονα το ορθοδοντικό πρόβλημα και οι τερηδόνες. Η τρίτη περίπτωση αφορά σε άνδρα ηλικίας 36 ετών, ο οποίος μετά από εξαγωγή του 32 προγραμματίστηκε για κατασκευή ολοκεραμικής γέφυρας τύπου Maryland. Στις αναφερόμενες περιπτώσεις η πα-

ρασκευή των δοντιών πραγματοποιήθηκε με laser Er,Cr:YSGG (2780nm). Οι παράμετροι ρυθμίστηκαν στα 6,00Watt, 30pps, 70%H₂O-90%AIR για κοπή αδαμαντίνης και στα 2,50Watt, 50pps, 30%H₂O-60%AIR για αδροποίηση της οδοντικής επιφάνειας και δημιουργία συνθηκών βέλτιστης συγκράτησης. Ακολούθησε άμεση μονοφασική λήψη τελικού αποτυπώματος με ατομικό δισκίο και σιλικόνη αθροιστικού τύπου. Μετά την κατασκευή τους, όλες οι αποκαταστάσεις συγκολλήθηκαν με διπλού φωτοπολυμερισμού ρητινώδη κονία. Τα πλεονεκτήματα της προσέγγισης με laser, κλινικά εντοπίζονται κυρίως στη δυνατότητα ελέγχου της αιμορραγίας, που καθιστά εφικτή την αποτύπωση στην ίδια συνεδρία. Παράλληλα, απαλλασσεται ο ασθενής από το αίσθημα κραδασμών και δεν απαιτείται αναισθησία. Κύρια μειονεκτήματα είναι η μεγαλύτερη διάρκεια παρασκευής και το κόστος. Όπως προκύπτει, η χρήση laser προσφέρει πλεονεκτήματα, καθιστώντας το ένα μέσο χρήσιμο στην άσκηση της σύγχρονης κλινικής οδοντιατρικής, ακόμα και σε επίπεδο προσθετικής.

- 9 -

ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Κατσώνη Ε*, Γκρίτζαλης Π

Από την Κλινική της Διαγνωστικής και Ακτινοβολίας του Στόματος του Οδοντιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Οι διατροφικές διαταραχές έχουν συγκεκριμένη μεγάλη ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Μεγάλος αριθμός, κυρίως γυναικών, αναφέρει έντονα προβλήματα στη συμπεριφορά σε σχέση με το φαγητό. Στις διαταραχές αυτές περιλαμβάνονται δύο κυρίως κλινικά σύνδρομα: η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία. Ερευνητικές εργασίες έχουν δείξει ότι περισσότερο από 90% όσων έχουν διατροφικές διαταραχές, είναι γυναίκες μεταξύ 12 και 25 ετών. Η βουλιμία είναι μία διατροφική διαταραχή που χαρα-

κτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, που ακολουθούνται από τη χρήση αντισταθμιστικών μέσων για την αποφυγή απόκτησης βάρους, π.χ. προκλητό έμετο 80%-90%, χρήση καθαρτικών, διουρητικών, ακόμα και υπερβολική σωματική άσκηση. Τα βουλιμικά άτομα δείχνουν υπέρμετρο ενδιαφέρον για το βάρος τους. Οι προκλητοί έμετοι έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην υγεία του ατόμου, όπως ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες, μεγάλη φθορά δοντιών, οισοφαγική ρήξη, καρδιακές αρρυθμίες. Ο σκοπός

αυτής της εργασίας είναι να παρουσιάσει τις βλάβες που προκαλούνται ενδο- και εξωστοματικά σε βουλημικούς ασθενείς, ώστε ο κλινικός να είναι σε θέση να υποψιαστεί την παρουσία της νόσου και να αντιμετωπίσει κατάλληλα τον ασθενή. Οι κύριες εκδηλώσεις της νόσου θα παρουσιαστούν με τη βοήθεια τριών κλινικών περιπτώσεων.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με βουλημία συχνά εμφανίζονται αποτριβές, κυρίως στις υπερώιες επιφάνειες των άνω τομέων, αυχενικές διαβρώσεις, τερηδόνα, ερεθισμός και τραυματισμός του στοματικού βλεννογόνου, καθώς και διόγκωση των σιεληογόνων αδένων. Πολύ μεγάλη σημασία έχει για τους ασθενείς αυτούς, η καλή στοματική υγιεινή.

- 10 -

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΦΡΑΓΜΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Γκαβέλα Γ*, Αλεκίδου Ο, Κρανιάς Ν

Η νευρική ανορεξία είναι μία ψυχιατρική πάθηση που απαντάται κυρίως σε κορίτσια και νεαρές γυναίκες, χωρίς όμως να αποκλείονται κρούσματα και στον ανδρικό πληθυσμό. Η νόσος αυτή αφορά στο 0,5-3,7% του γυναικείου πληθυσμού και πλήττει ιδιαίτερα τις χώρες που χρησιμοποιούν το δυτικό τρόπο ζωής. Ένα άτομο με νευρική ανορεξία αντιμετωπίζει έντονο φόβο πρόσληψης βάρους και καταβάλλει συνεχή προσπάθεια ελάττωσης της προσλαμβανόμενης τροφής, με αποτέλεσμα η απώλεια βάρους να είναι πολύ σημαντική και τις περισσότερες φορές μεγαλύτερη του 15% του ιδανικού βάρους. Το αποτέλεσμα είναι η ισχνότητα του νοσούντος ατόμου, με πολλή προβλημάτα στη γενική του υγεία. Η νευρική ανορεξία χωρίζεται σε δύο τύπους. Ο πρώτος τύπος (ανορεξία περιοριστικού τύπου) συνίσταται στη στέρηση φαγητού, με τον ασθενή να καταναλώνει ελάχιστες θερμίδες και τις περισσότερες φορές να αθλείται εξαντλητικά. Ο δεύτερος τύπος συνίσταται σε περιόδους στέρησης φαγητού που εναλλάσσονται από επεισόδια βουλημίας με υπερφαγία που ακολουθούνται από προκλητούς εμέτους, χρήση καθαρικών ή διουρητικών. Η νευρική ανορεξία είναι μία πολυπαραγοντική νόσος, που σχετίζεται με κοινωνικούς παράγοντες, όπως η έλλειψη ανεξαρτησίας, η ύπαρξη διαταραγμένου οικογενειακού περιβάλλοντος, η αλληλεγγύη σχολικού περιβάλλοντος στις μικρότερες ηλικίες, αλλά και οι ακραίες και επαναλαμβανόμενες προσπάθειες αδυνατίσματος. Στη θεραπευτική προ-

σέγγιση της νευρικής ανορεξίας πρωταρχικό ρόλο παίζει η έγκαιρη διάγνωσή της. Η ψυχοθεραπεία, ατομική ή ομαδική, κρίνεται απαραίτητη, με σκοπό το άτομο να διαπιστώσει ότι πάσχει από τη νόσο και να βελτιώσει την αυτοπεποίθησή του. Απαραίτητη επίσης είναι η διατροφολογική εκπαίδευση και η συνεχής παρακολούθηση της δίαιτάς του. Στόχος της θεραπείας είναι η ελεγχόμενη αποκατάσταση του φυσιολογικού βάρους. Στη στοματική κοιλότητα πολλές φορές, λόγω των συχνών εμέτων, εμφανίζονται προβλήματα διαφορετικής κάθε φορά έκτασης. Αυτά μπορούν να ξεκινούν από απλές βλάβες (κηλίδες) ή και τερηδόνες στους αυχένες των δοντιών, κυρίως γήλωσικά και υπερώια. Οι πιο πάνω βλάβες δημιουργούνται από το όξινο pH και την κακή διατροφή του ασθενούς, καθώς και από την πληγμένη στοματική υγιεινή. Μπορεί όμως να υπάρχουν και περισσότερο εκτεταμένες βλάβες, που χρειάζονται πιο δραστήρια αντιμετώπιση. Προσπάθεια του θεράποντος πρέπει να είναι η τόνωση της αυτοπεποίθησης του ασθενούς, κυρίως μέσα από την αισθητική βελτίωση του οδοντικού φραγμού, ενώ πρωταρχικός σκοπός του πρέπει να είναι η μακροχρόνια παραμονή αυτών των αποκαταστάσεων στο στόμα. Έτσι, σε πολύ εκτεταμένες βλάβες η αποκατάσταση με κεραμικές στεφάνες αποτελεί μία λύση με πολύ καλά λειτουργικά και αισθητικά αποτελέσματα. Στην παρούσα εργασία θα παρουσιαστούν οι βασικές αρχές αντιμετώπισης της δεύτερης κατηγορίας βλαβών, που επικεντρώνονται στην αποκατά-

σταση αισθητικά και λειτουργικά του οδοντικού φραγμού με τη βοήθεια κεραμικών στε-

φανών, μετά την επιτυχή αποθεραπεία του ασθενούς.

- 11 -

Η ΝΟΜΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ

Πρασά Ι

Στην προσπάθεια να απαντηθεί το ερώτημα εάν και κατά πόσο οι ιατροί κατά την άσκηση του έργου τους υπέχουν ή όχι ευθύνη, έχουν αναπτυχθεί βασικά τρεις θεωρίες: η θεωρία της απόλυτης ανευθυνότητας του γιατρού, η θεωρία της ελαττωμένης ευθύνης του γιατρού και η θεωρία που σήμερα όχι απλώς επικρατεί, αλλά θεωρείται σχεδόν αυτονόητη, η οποία δέχεται ότι οι γιατροί είναι πλήρως υπεύθυνοι για κάθε πταίσμα κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Έτσι, η ευθύνη του γιατρού / οδοντίατρου μπορεί να είναι αστική, ποινική και πειθαρχική. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανασκόπηση της ισχύουσας νομοθεσίας και η ενημέρωση των οδοντιάτρων σχετικά με το είδος της ευθύνης τους για τυχόν πταίσμα τους κατά την εκτέλεση της ιατρικής πράξης. Ειδικότερα, η αστική ευθύνη του οδοντίατρου, η οποία ταυτίζεται με την υποχρέωση αποζημίωσης που υπέχει αυτός, όταν κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας προξενεί ζημία

στον ασθενή, μπορεί να θεμελιωθεί κατά πρώτον στη σύμβαση που ο οδοντίατρος έχει συνάψει με τον ασθενή (σύμβαση ιατρικής αγωγής). Περαιτέρω, θεμέλιο της αστικής ευθύνης του οδοντίατρου μπορεί να αποτελέσει, αφενός το άρθρο 914 του Αστικού Κώδικα για την τέλεση αδικοπραξίας, και αφετέρου το άρθρο 8 του Ν. 2251/1994 για την ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες. Ως ποινική χαρακτηρίζεται η ευθύνη του οδοντίατρου για πράξεις ή παραλείψεις του κατά την εκτέλεση του έργου του, που προσβάλλουν ή θίγουν κάποιο έννομο αγαθό, π.χ. σωματική ακεραιότητα ή ζωή, και για το λόγο αυτό αποδοκιμάζονται από την Πολιτεία και επισύρουν την επιβολή ποινής. Τέλος, η πειθαρχική ευθύνη του οδοντίατρου συνίσταται στην επιβολή κυρώσεων πειθαρχικής φύσεως, π.χ. έγγραφη επίπληξη, από τα πειθαρχικά όργανα του οικείου οδοντιατρικού συλλόγου, όταν ο οδοντίατρος διαπράξει κάποιο πειθαρχικό παράπτωμα.

- 12 -

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ, ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΥΠΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ

Ζούμπος Δ*, Παπουσή Β, Λαμπρόπουλος Π

Ο έλεγχος μετάδοσης λοιμώξεων στο οδοντιατρείο αποτελούσε και αποτελεί κεφαλαιώδους σημασίας παράμετρο για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση όλων των σύγχρονων μεθόδων αποστείρωσης οι οποίες αφορούν στο σημερινό οδοντίατρο, των κανόνων που διέπουν τις μεθόδους αυτές, αλλά και τρόπους ελέγχου και διασφάλισης της αποτελεσματικότητας των συστημάτων αυτών. Γίνεται αναφορά στο Ευρωπαϊκό Πρότυπο EN 13060 σχετικά με τους μικρούς κλίβανους αποστείρωσης

ατμού, το οποίο ισχύει και για την Ελλάδα. Η γνώση των πλεονεκτημάτων, των περιορισμών, αλλά και των παραμέτρων που ορίζουν τη λειτουργία των αυτόκαυστων, όπως για παράδειγμα οι δυνατότητες αποστείρωσης που παρουσιάζουν, η ανάγκη περιοδικού ελέγχου της ορθής ή μη λειτουργίας τους κ.ά., εξασφαλίζουν την αποτελεσματική χρήση τους από τον οδοντίατρο.

Συμπεράσματα: Η υγρή θερμότητα αποτελεί σήμερα την πλέον δραστική μέθοδο αποστείρωσης για το σύγχρονο οδοντιατρείο.

- 13 -

ΤΡΑΧΗΛΟΠΡΟΣΩΠΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε, Παπαχρήστου Ν*, Τριανταφύλλου Κ

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

Οι οδοντογενείς λοιμώξεις οφείλονται κατά κανόνα σε πολυφική νέκρωση ενός ή περισσοτέρων δοντιών και μπορούν να επεκταθούν στα διάφορα τραχηλοπροσωπικά διαστήματα είτε κατά συνέχεια ιστού, είτε μέσω της αιματικής ή της λεμφικής οδού. Εκτός από τα οδοντογενή αίτια, οι τραχηλοπροσωπικές λοιμώξεις μπορεί να οφείλονται σε επιμόληση καταγμάτων των γνάθων, κύστεων και νεοπλασματικών επεξεργασιών, ή σε ύπαρξη κάποιου ξένου σώματος. Προκειμένου να καθοριστεί η αιτία της λοίμωξης, απαιτείται λήψη πολύ καλού ιατρικού ιστορικού, σε συνδυασμό με προσεκτική κλινική και ακτινογραφική εξέταση. Σκοπός της εργασίας είναι, η κλινικοστατιστική μελέτη 167 περιπτώσεων τραχηλοπροσωπικών λοιμώξεων, που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο διάστημα 1988-2005. Από τους 167 ασθενείς, οι 95 ήταν άνδρες, ηλικίας 4 έως 70 ετών και οι 72 γυναίκες, ηλικίας 7 έως 67 ετών. Η συνηθέστερη εντόπιση της λοίμωξης ήταν η περιακρορριζική περιοχή ενός ή περισσοτέρων δοντιών (59 περιπτώσεις) και ακολούθούν ο υπομασητήριος χώρος (20), ο υπογνάθιος χώρος (18), η υπερώια περιοχή (12), ο υπογενειδίου χώρος (10), ο παρειακός χώρος (9), ο πτερυγογναθιαίος χώρος (8), ο υπογλώσσιος χώρος (8), ο κυνικός βόθρος

(7), ο υποκροτάφιος χώρος (6), η υποδόρια περιοχή (5) και ο πλάγιος φαρυγγικός χώρος (3). Σε έναν ασθενή υπήρχε κλινική εικόνα Λουδοβίκειου Κυνάγχης και, τέλος, ένας ασθενής εμφάνιζε εικόνα διάχυτης φλεγμονής (κυτταρίτιδα). Η συνηθέστερη ηλικία εντόπισης ήταν μεταξύ 31 και 40 ετών. Στους 160 ασθενείς η λοίμωξη ήταν οδοντογενούς αιτιολογίας, σε 5 ασθενείς οφειλόταν σε επιμόληση κυστικής εξεργασίας και σε 2 σε ξένο σώμα. Σε όλες τις περιπτώσεις η θεραπεία περιελάμβανε σχάση και παροχέτευση του πύου, σε συνδυασμό με άρση του αιτίου. Χορήγηση αντιβίωσης έγινε μόνο επί ύπαρξης γενικών συμπτωμάτων του ασθενούς και σε σοβαρής βαρύτητας λοιμώξεις και κυμαινόταν από 3 έως 5 ημέρες. Δεν παρατηρήθηκαν υποτροπές.

Συμπεράσματα: Η πιο συνηθισμένη περιοχή εντόπισης των οδοντογενών λοιμώξεων είναι η περιακρορριζική περιοχή και οφείλεται σε πολυφική νέκρωση. Παρόλα αυτά, είναι δυνατή η διασπορά της λοίμωξης σε τραχηλοπροσωπικούς χώρους, με επικίνδυνα ακόμα και για τη ζωή του ασθενούς αποτελέσματα. Σε όλες τις περιπτώσεις, η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει σχάση και παροχέτευση του πύου, σε συνδυασμό με άρση του αιτίου, ενώ η χορήγηση αντιβίωσης είναι καθαρά επικουρική και δεν υποκαθιστά τη χειρουργική παρέμβαση.

- 14 -

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΠΑΝΩ ΣΤΙΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΛΕΥΚΑΝΣΗΣ

Αλεκίδου Ο*, Γκαβέλα Γ, Κρανιάς Ν

Οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις των ασθενών για πιο αισθητικό χαμόγελο έχουν εντατικοποιήσει τις έρευνες πάνω στις τεχνικές για τη λεύκανση των δοντιών. Προσπάθεια κάθε οδοντιάτρου είναι να προσφέρει εκείνες τις τε-

χνικές, που δημιουργούν τα λιγότερα προβλήματα στα δόντια, είναι χρονικά σύντομες και έχουν σχετικά χαμηλό κόστος. Η κατ' οίκον λεύκανση είναι μία τεχνική που προσφέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα σε σχετικά ήπιες δυ-

σχρωμίες, με δύο βασικά όμως μειονεκτήματα: πρώτον ότι δεν είναι πλήρως ελεγχόμενη από τον οδοντίατρο και δεύτερον ότι απαιτεί αρκετό χρόνο για ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Αντίθετα, η λεύκανση στο ιατρείο είναι μία τεχνική απόλυτα ελεγχόμενη από τον οδοντίατρο και ανάλογα με τη μέθοδο απαιτεί λιγότερες εφαρμογές λευκαντικού παράγοντα από ότι η κατ'οίκον λεύκανση. Οι τεχνικές που εφαρμόζονται σήμερα για λεύκανση στο ιατρείο χωρίζονται κυρίως ανάλογα με τον τρόπο ενεργοποίησης του λευκαντικού παράγοντα και είναι οι εξής: (α) με χρήση laser, (β) με τη βοήθεια φωτεινής πηγής και (γ) εν θερμώ. Οι λευκαντικοί παράγοντες που κυρίως χρησιμοποιούνται είναι το υπεροξείδιο του υδρογόνου σε διάφορες συγκεντρώσεις, ανάλογα με την εταιρεία κατασκευής. Οι πιο διαδεδομένες τεχνικές που χρησιμοποιούνται στις ημέρες μας, είναι αυτές που η ενεργοποίηση

του λευκαντικού παράγοντα επιτυγχάνεται με τη χρήση φωτεινής πηγής. Όπως σε κάθε τεχνική, η λήψη ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού είναι προαπαιτούμενη, ενώ απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία είναι η σωστή επιλογή της περίπτωσης και η σωστή εκτίμηση των δυνατοτήτων της τεχνικής σε σχέση με την ένταση, το βάθος και τη χρωματική χροιά της βλάβης. Στην παρούσα εργασία θα αναφερθούν τα κριτήρια επιλογής για τη λεύκανση στο ιατρείο, η προετοιμασία πριν από την εφαρμογή της τεχνικής, καθώς και οι κυριότερες μέθοδοι για τη λεύκανση στο ιατρείο, με ιδιαίτερη αναφορά στις τεχνικές που η ενεργοποίηση του λευκαντικού παράγοντα γίνεται με τη βοήθεια φωτεινής πηγής. Τέλος, θα αναδειχθούν τα πιθανά προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν, καθώς και οι τρόποι πρόληψης και αντιμετώπισής τους.

- 15 -

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΧΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΡΜΟΝΙΑΣ ΣΤΑ ΠΡΟΣΘΙΑ ΔΟΝΤΙΑ

Παπασωτηρίου Ο

Το χρώμα των δοντιών καθορίζει την αισθητική αρτιότητα του οδοντικού φραγμού. Οι δυσχρωμίες στα δόντια προκαλούνται από εξωγενείς, ενδογενείς και ιατρογενείς παράγοντες. Τα αίτια των δυσχρωμιών υπαγορεύουν το σχέδιο θεραπείας που θα ακολουθηθεί. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστούν οι τεχνικές με τις οποίες μπορούν να εξαλειφθούν οι δυσχρωμίες και να αποκατασταθεί η χρωματική αρμονία στα δόντια. Παρουσιάζονται χαρακτηριστικές κλινικές περιπτώσεις δυσχρωμίας των προσθίων δοντιών και οι ενδείξεις για τα διάφορα σχέδια θεραπείας, τα οποία εξαρτώνται βασικά από τα αίτια της αλλοίωσης του χρώματος των δοντιών. Η δυσχρωμία μπορεί να παρουσιάζεται λόγω τερηδόνας, λήψης φωτοενεργών φαρμακευτικών ουσιών στο παρελθόν, τραύματος, ή προϋπάρχουσας ενδοδοντικής θεραπείας. Επίσης, οι δυσχρωμίες οφείλονται πολύ συχνά σε παλαιές εμφράξεις από σύνθετες ρητίνες, διότι τα παλαιά αυτά υλικά αποκτούν με την πάροδο του χρόνου κί-

τρινο χρώμα και αδρή υφή, ενώ στα περιεμφρακτικά όρια εμφανίζουν στίγματα και χαρακτηριστικό αποχρωματισμό. Για την αποκατάστασή τους εφαρμόζονται διάφορες τεχνικές. Επιφανειακές δυσπληασίες της αδαμαντίνης σχηματίζουν χαρακτηριστικές κηλίδες, οι οποίες αφαιρούνται με τη συντηρητική μέθοδο της μικροαποτριβής. Η λεύκανση στην προστομαϊκή επιφάνεια των δοντιών ή ενδομυληκά, είναι μία μη επεμβατική τεχνική βελτίωσης του χρώματος των δοντιών, η οποία μπορεί και να συνδυαστεί με άλλες επανορθωτικές τεχνικές, όπως αποκαταστάσεις συγκολλητικού τύπου (επικαλύψεις από σύνθετες ρητίνες, ολοκεραμικές όψεις και στεφάνες) για καλύτερα αισθητικά αποτελέσματα.

Συμπερασματικά, οι δυσχρωμίες των προσθίων δοντιών μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με συντηρητικό τρόπο, εφόσον γίνει η σωστή διάγνωση του αιτίου και επιλεγεί η αρμόζουσα θεραπευτική τεχνική.

- 16 -**ΤΑ LASER ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ.
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ****Βαρθαλίτου Ν*, Γκουζιώτη Α, Καλύβας Δ, Μανταθενάκης Κ***Από την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.*

Παρόλο που τα laser χρησιμοποιούνται εδώ και τριάντα χρόνια σε πολλές ιατρικές ειδικότητες, δεν έτυχαν της ίδιας ανταπόκρισης και στη χειρουργική του στόματος. Ωστόσο, τα τελευταία δέκα χρόνια τα laser σταδιακά έγιναν ένα αξιόπιστο και χρήσιμο εργαλείο στα χέρια του Στοματικού Χειρουργού, αυξάνοντας το πεδίο εφαρμογής τους στη χειρουργική των μαλακών και σκληρών ιστών, χάρη στις διαθέσιμες συσκευές που λειτουργούν σε διαφορετικό μήκος κύματος η κάθε μία. Γνωρίζοντας τη δυνατότητα απορρόφησης του συγκεκριμένου μήκους κύματος από τα διάφορα χρωμοφόρα, επιτυγχάνεται η επιλογή του κάθε laser για τους ιστούς, με αποτέλεσμα να προκαλούνται λιγότερες βλάβες στους παρακείμενους ιστούς. Τα χειρουργικά

laser έχουν πολύ καλά αποτελέσματα στους ιστούς, περιορίζοντας το μετεγχειρητικό πόνο, το οίδημα και τη δημιουργία ουλών. Έχουν τη δυνατότητα να κάνουν τομές, επιτυγχάνοντας ταυτόχρονα και αιμόσταση, καθώς και αποστείρωση της περιοχής που εφαρμόζονται. Παρόλα αυτά δεν αποτελούν πανάκεια. Πρέπει πάντοτε να προηγείται η εκπαίδευση, σε θεωρητικό και κλινικό επίπεδο, διότι αγνοώντας τους κανόνες που τα διέπουν και μη τηρώντας τους όρους ασφαλείας, γίνονται επικίνδυνα στα χέρια αυτού που τα χρησιμοποιεί. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται μερικές κλινικές περιπτώσεις που χρησιμοποιήθηκε το laser Nd:YAG (1064nm) στους μαλακούς ιστούς και στη θεραπεία της περιεμφτευματίτιδας.

- 17 -**ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ
ΤΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ****Γκουζιώτη Α*, Κωλέτση Δ, Τζούτζας Ι***Από το Εργαστήριο της Οδοντικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.*

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του αριθμού των ογκολογικών ασθενών που προσέρχονται στο χώρο του οδοντιατρείου με σκοπό την αντιμετώπιση των οδοντοστοματολογικών προβλημάτων τους. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην αύξηση της επίπτωσης της επάρατης νόσου σε όλες τις ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού, στα πιο «επιθετικά» σχέδια θεραπείας που ακολουθούνται σήμερα, καθώς επίσης και στο γεγονός ότι κατάλληλα εκπαιδευμένοι οδοντίατροι μπορούν να προσφέρουν τις ανάλογες υπηρεσίες. Η θεραπεία των ογκολογικών ασθενών ποικίλλει ανάλογα με την περίπτωση. Έτσι, η χημειοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά της χειρουργικής εξαίρεσης των κακοήθων όγκων, ή ακόμη επικουρικά αυτής και της ακτινοθεραπείας. Ένας από τους κύριους στόχους των αντινε-

οπλασματικών θεραπειών είναι το στόμα, λόγω της ταχύτατης αναγέννησης του επιθηλίου του. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να ενημερώσει και να ευαισθητοποιήσει τον κλινικό οδοντίατρο, καθώς η θεραπεία του ογκολογικού ασθενούς απαιτεί το συντονισμό και τη συνεργασία πολλών ιατρικών ειδικοτήτων. Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στις επιπλοκές που εμφανίζονται στη στοματική κοιλότητα και οι οποίες παρατηρούνται σχεδόν σε όλους τους ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία κακοήθων όγκων κεφαλής και τραχήλου, αλλά και σε μεγάλο ποσοστό ασθενών που βρίσκονται υπό αντινεοπλασματική χημειοθεραπεία. Οι επιπλοκές αυτές είναι είτε οξείες, όπως η οξεία βλεννογονίτιδα, οι ουλιορραγίες και οι ριοιμώξεις, είτε παρατηρούνται σε δεύτερο χρόνο, όπως η ξηροστομία, η ίνωση, ο

τρισμός. Ακόμη, θα γίνει σαφής αναφορά στο ρόλο του οδοντιάτρου ως «στοματοθεραπευτή» (oral health care provider), με σκοπό την εφαρμογή προληπτικών και θεραπευτικών προγραμμάτων στα πλαίσια της οδοντιατρικής περίθαλψης των ασθενών αυτών. Εν κατακλείδι, η αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας της στοματικής κοιλότητας πριν από την έναρξη της αντινεοπλασματικής θεραπείας, καθώς και η εφαρμογή ειδικού πρω-

τοκόηλου αγωγής οδοντιατρικής υγείας, κρίνεται επιβεβλημένη. Συμβάλλει αφενός μεν στη μείωση του κινδύνου ουλιθωραγιών και τραυματισμού του βλεννογόνου από τερηδονισμένα δόντια, αφετέρου δε στην αύξηση της επιτυχίας της ογκολογικής θεραπείας, με παράλληλη μείωση του κόστους αλλήλ και των ημερών νοσηλείας και κατ' επέκταση στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

- 18 -

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΗΣ ΟΓΚΟΜΕΤΡΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ

Παπαδάκης Ε*, Μάστορης Μ, Γκρίτζαλης Π

Από την Κλινική της Διαγνωστικής και Ακτινοθωγίας του Στόματος του Οδοντιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Σκοπός της εργασίας είναι η απεικονιστική διερεύνηση των καταγμάτων των δοντιών με τη μέθοδο της εντοπισμένης ογκομετρικής τομογραφίας. Για το σκοπό αυτό παρουσιάζονται πέντε περιπτώσεις, για τις οποίες τα ευρήματα από το ιστορικό και την κλινική εξέταση οδηγούσαν σε ύπαρξη κατάγματος, χωρίς αυτό να τεκμηριώνεται από ευρήματα στις συμβατικές ακτινογραφίες. Έγινε εξέταση της περιοχής που παρουσίαζε το διαγνωστικό πρόβλημα, με τον ογκομετρικό τομογράφο Accuítomo (J. Morita, Japan). Στα δεδομένα της αρχικής εξέτασης έγινε ανασύνθεση και δημιουργία τομών σε όλα τα επίπεδα. Οι τομές που εξετάστηκαν δεν ήταν μόνο οι κλασικές εγκάρσιες προς τη φατνιακή ακρολοφία που χρησιμοποιούνται στον

προεγχειρητικό έλεγχο ασθενών με εμφυτεύματα, αλλά έγιναν ανασυνθέσεις σε όλα τα επίπεδα με μία μόνο εξέταση του ασθενούς. Και για τις πέντε περιπτώσεις η εντοπισμένη ογκομετρική τομογραφία, λόγω της υψηλής ανάλυσης της εικόνας, απεικόνισε τα κατάγματα των δοντιών.

Συμπεράσματα: Η εντοπισμένη ογκομετρική τομογραφία, με τη δυνατότητα ανασύνθεσης και δημιουργίας τομών σε όλα τα επίπεδα με μεγάλη ευκρίνεια, επιτρέπει τη διάγνωση καταγμάτων των δοντιών που δεν απεικονίζονται με τις συνηθισμένες συμβατικές τεχνικές. Σε συνδυασμό με τη χαμηλή δόση έκθεσης για τους ασθενείς, η τεχνική μπορεί να είναι επιλογή για τέτοιου είδους διαγνωστικά προβλήματα.

- 19 -

ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ 1146 ΜΑΘΗΤΩΝ ΤΗΣ ΣΑΜΟΥ (2004 - 2005)

Σικαλίδου Κ

Σκοπός της ερευνητικής αυτής εργασίας είναι να εξαχθούν και μελετηθούν τα αποτελέσματα από την εντατική εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικής οδοντιατρικής τα τελευταία έξι χρόνια στη Σάμο. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν επισκέψεις και ομιλίες σε όλα τα σχολεία του νησιού, επίσκεψη και εξέταση κάθε χρόνο όλων των μαθητών στο οδοντιατρείο,

εφαρμογή φθορίωσης στους μαθητές από την Γ' τάξη του δημοτικού μέχρι την Γ' τάξη του Λυκείου και αποστολή ενημερωτικών σημειωμάτων στους γονείς τους. Κατά το σχολικό έτος 2004-2005, σε όλους τους μαθητές μοιράστηκε εκ των προτέρων ερωτηματολόγιο από 14 ερωτήσεις, το οποίο έφεραν συμπληρωμένο κατά την επίσκεψή τους στο οδοντιατρείο. Συμ-

μετείχαν 444 μαθητές Γυμνασίων, Λυκείων και ΤΕΕ (ομάδα Α) και 702 μαθητές νηπιαγωγείων και δημοτικών (ομάδα Β), δηλαδή συνολικά 1146 μαθητές. Η στατιστική ανάλυση έγινε χωριστά για την κάθε ομάδα μαθητών, διότι θεωρήθηκε ότι τους μαθητές νηπιαγωγείων και δημοτικών «βοήθησαν» οι γονείς τους στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Από τις απαντήσεις λαμβάνονται πληροφορίες για το θηλασμό, τον εμβολιασμό, τα παιδικά νοσήματα, αλλά κυρίως τα στοματικά νοσήματα και ιδιαίτερα την τερηδόνα, η οποία μαστίζει το μαθητικό πληθυσμό του νησιού, και τη σχέση της με τη διατροφή τους. Ενδεικτικά, για την ομάδα Α τα αποτελέσματα έδειξαν ότι επιμένουν να επισκέπτονται τον οδοντίατρο μόνο όταν έχουν πρόβλημα σε ποσοστό 34%, δεν γνωρίζουν τι είναι η τερηδόνα σε ποσοστό 20% και τι η μικροβιακή πλάκα σε ποσοστό 85%. Επιμένουν να βουρτσίζουν τα δόντια τους αραιά ή καθόλου σε ποσοστό 16% και δεν χρησιμοποιούν οδοντόκρεμα με φθόριο το 24%. Όσον αφορά στη διατροφή τους, διατρέφονται με κρέας συχνά, σε ποσοστό 79%, φρούτα τρώ-

νε σπάνια το 38%, όσπρια και λαχανικά τρώνε σπάνια το 37%, δεν πίνει γάλα το 19%, αλλά πίνουν κατά τη διάρκεια των γευμάτων τους αεριούχα ποτά σε ποσοστό 41%! Για την ομάδα Β, τα αντίστοιχα αποτελέσματα έδειξαν ότι επισκέπτονται τον οδοντίατρο μόνο όταν έχουν πρόβλημα το 27%, δεν γνωρίζουν την τερηδόνα το 17% και τη μικροβιακή πλάκα το 55%. Δεν χρησιμοποιούν οδοντόκρεμα με φθόριο το 32% και βουρτσίζουν αραιά ή καθόλου τα δόντια τους το 19%. Όσον αφορά στη διατροφή τους, τρώνε συχνά κρέας το 69%, φρούτα τρώνε σπάνια το 38%, όσπρια και λαχανικά τρώνε σπάνια το 33%, δεν πίνει γάλα το 17%, αλλά πίνουν κατά τη διάρκεια των γευμάτων τους αεριούχα ποτά σε ποσοστό 27%. Τα αποτελέσματα, αν και δεν ήταν ανάλογα των προσπαθειών που καταβλήθηκαν, ωθούν στο να συνεχιστεί με μεγαλύτερη επιμονή η προσπάθεια για την εφαρμογή ακόμα πιο εντατικών προγραμμάτων προληπτικής οδοντιατρικής στη Σάμο. Την προσπάθεια για ένα υγιές χαμόγελο για όλους τους κατοίκους του νησιού και κυρίως τους μαθητές.

- 20 -

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΔΕΚΑΤΙΑΝΟΥ ΓΕΥΜΑΤΟΣ ΣΕ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΑ ΤΗΣ ΣΑΜΟΥ. ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΣ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2004 - 2005

Σικαλίδου Κ

Εισαγωγή: Στην ερευνητική αυτή εργασία καταγράφεται το δεκατιανό γεύμα που καταναλώθηκε σε νηπιαγωγεία της Σάμου, τη σχολική χρονιά 2004-2005. Βασίστηκε στο ότι, μόνο σε αυτή τη σχολική περίοδο μπορεί να καταγραφεί ασφαλώς το γεύμα των μαθητών. Καταγράφεται η συμμετοχή των γονέων στη λανθασμένη διατροφή τους.

Υλικό και μέθοδος: Πήραν μέρος 10 νηπιαγωγεία της Σάμου, και ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων μαθητών ήταν 132.

Αποτελέσματα: Σε σύνολο 1605 μερίδων, οι μερίδες του ενδεδειγμένου δεκατιανού βρέθηκαν συνολικά 890, ή ποσοστό 55,45%, ενώ οι μερίδες του μη ενδεδειγμένου δεκατιανού ήταν συνολικά 715, ή ποσοστό 44,55%. Στους μαθητές Κοντακαϊκών και Β' Βαθέως βρέθηκε μεγαλύτερη τάση κα-

τανάλωσης ενδεδειγμένου δεκατιανού, 78%. Στους μαθητές Μυτιληνίων βρέθηκε η μικρότερη, 34%. Από τα ενδεδειγμένα τρόφιμα, πιο δημοφιλή με σειρά προτίμησης υπήρξαν: τoστ με τυρί, κουλούρι, τυρόπιτα ή σπανακόπιτα (πολύ καλής ποιότητας) και φρούτα εποχής. Από τα μη ενδεδειγμένα: χυμός φρούτων με ζάχαρη, γιαούρτι με ζάχαρη και άλλα πρόσθετα, κέικ, κρουασάν και τσουρέκι. Τα τρόφιμα χωρίστηκαν σε ενδεδειγμένα και μη ενδεδειγμένα με γνώμονα τη νομοθεσία που διέπει τη λειτουργία των σχολικών κυλικείων (Ν. 2327/95 άρθρ. 10, παρ. 8, ΦΕΚ 156α/31.7.1995).

Συμπεράσματα: Από την ερευνητική αυτή εργασία φάνηκε η αναποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου νόμου και η λανθασμένη νοοτροπία των ίδιων των γονέων. Πρέπει ακόμα περισσότερο να ενταθούν με επιμονή τα προγράμματα οδο-

ντιατρικής πρόληψης και η προσπάθεια στην πληροφόρηση εκπαιδευτικών, γονέων και μαθητών, για

καλύτερα και πιο ουσιαστικά, έστω και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα στο νησί της Σάμου.

- 21 -

ΜΕΛΙ. ΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΜΕ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

Πολίτης Θ

Από την Γ' Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής.

Ιστορικά το μέλι έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως, λόγω των αντιμικροβιακών και αντιβακτηριακών ιδιοτήτων του, για τη θεραπεία εγκαυμάτων, μοησμένων τραυμάτων, ελκώσεων του δέρματος και μόλυνσεων του οφθαλμού. Τα τελευταία χρόνια, έρευνες *in vitro* έχουν καταδείξει ότι συγκεκριμένοι τύποι μελιού μπορούν να επιταχύνουν τη θεραπεία νοσημάτων του στόματος και της περιστοματικής περιοχής. Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της χρησιμότητας του μελιού και των τρόπων εφαρμογής του στη θεραπεία των νοσημάτων της στοματικής κοιλότητας. Για την επίτευξη του σκοπού της εργασίας έγινε εκτενής ανασκόπηση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας, σε ότι αφορά στην αντιβακτηριακή και αντιμικροβιακή δράση του μελιού και τις ενδεχόμενες εφαρμογές του στην οδοντιατρική. Οι αντιμικροβιακές και αντιβακτηριακές ιδιότητες κάθε είδους μελιού διαφέρουν σημαντικά, ανάλογα με το είδος και την προέλευσή του. Το είδος μελιού Manuka, που παράγεται κατά αποκλειστικότητα από τα δάση Manuka της Νέας Ζηλανδίας, εμφανίζει εργαστηριακά αυξημένη αντιβακτηριακή και αντιμικροβιακή δραστηριότητα, συγκριτικά με άλλα είδη μελιού, γεγονός που αποδίδεται σε ένα μοναδικό αντιβακτηριακό παράγοντα (UMF) που ανιχνεύεται στη σύστασή του, στις φυσικοχημικές ιδιότητές του και στην εν-

ζυματική παραγωγή υπεροξειδίου του υδρογόνου. Το μέλι Manuka έχει χρησιμοποιηθεί ερευνητικά με ενθαρρυντικά αποτελέσματα για τη μείωση ή/και την αναστολή δημιουργίας υπερουβικής πλάκας, τη θεραπεία της ουλίτιδας, την πρόληψη ανάπτυξης ξηρού φατνίου μετά από εξαγωγή εγκλειστών, την επούλωση ελκώσεων ή τραυμάτων του στοματικού βλεννογόνου, τον καθαρισμό των ριζικών σωλήνων, τη θεραπεία του επιχείλιου έρπητα, τη μείωση των ανεπιθύμητων ενεργειών από τη θεραπευτική ακτινοβολία και την ελάττωση της κακοσμίας του στόματος. Οι ευεργετικές όμως ιδιότητες του μελιού στο στόμα είναι χρονικά περιορισμένες, λόγω της διάλυσής του από το σίελο. Το μέλι Manuka έχει αποδειχθεί ότι διατηρεί τις αντιμικροβιακές του ιδιότητες ακόμα και μετά τη διάλυσή του από το σίελο. Η εφαρμογή του μελιού στη στοματική κοιλότητα μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους, όπως στοματικό διάλυμα μελιού με απεσταγμένο νερό, γέλη μελιού, οδοντόκρεμα και καραμέλα με εκχύλισμα μελιού.

Συμπεράσματα: Από τις μέχρι τώρα εργαστηριακές έρευνες, διαφαίνεται η δυνατότητα θεραπευτικής χρήσης του μελιού στην οδοντιατρική. Χρειάζονται περισσότερες κλινικές έρευνες, προκειμένου να επιβεβαιωθεί η αποτελεσματικότητα του μελιού στη θεραπεία νόσων του στοματικού βλεννογόνου.

- 22 -

ΑΝΥΨΩΣΗ ΤΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ ΤΟΥ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ ΑΝΤΡΟΥ. ΜΙΑ ΑΞΙΟΠΙΣΤΗ ΛΥΣΗ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Αντωνοπούλου Μ*, Σχοινοχωρίτη Ο, Τζέρμπος Φ, Ιατρού Ι

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

Το οστικό υπόβαθρο, μετά την απώλεια των δοντιών στην οπίσθια περιοχή της άνω γνάθου, εκτός από πτωχό ποιοτικά είναι συνήθως και ελλιπές πο-

σοτικά. Έτσι, η αποκατάσταση της μερικής ή ολικής νωδότητας της άνω γνάθου με οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα καθίσταται σε αρκετές περιπτώσεις

εξαιρετικά δύσκολη. Τα τελευταία χρόνια, με την καθιέρωση της ανύψωσης του ιγμορείου άντρου ως εναλλακτικής χειρουργικής τεχνικής για την αύξηση του ύψους της νωδής άνω ακρολοφίας, ακόμη και οι περιοχές αυτές μπορούν να αποκατασταθούν ασφαλώς και αξιόπιστα με εμφυτεύματα. Μέχρι σήμερα έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες τεχνικές και τύποι οστικών μοσχευμάτων, όπως αυτογενή, αλληλογενή, ξενογενή και συνθετικά. Από τις αναφερόμενες στη βιβλιογραφία τεχνικές, η ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου με οστεοτομία (τεχνική του οστικού παραθύρου), αποτελεί όχι μόνο την περισσότερο ερευνητικά τεκμηριωμένη, αλλά και τη συχνότερα χρησιμοποιούμενη στην κλινική πράξη τεχνική. Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή της τεχνικής του οστικού παραθύρου για την αποκατάσταση περιπτώσεων

και η αναφορά των σχετικών ενδείξεων και αντενδείξεων, καθώς και των πιθανών συμβαμάτων και επιπλοκών. Η εργασία βασίζεται σε πέντε περιπτώσεις, στις οποίες αποφασίστηκε η αποκατάσταση της νωδότητας στην οπίσθια περιοχή της άνω γνάθου με εμφυτεύματα και κρίθηκε σκόπιμη η διενέργεια της επέμβασης ανύψωσης του ιγμορείου άντρου, ώστε να προετοιμασθεί το οστικό υπόστρωμα για την υποδοχή τους.

Συμπεράσματα: Η ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου άντρου αποτελεί μία αξιόπιστη μέθοδο με προβλέψιμα αποτελέσματα για την αύξηση του ύψους της φατνιακής ακρολοφίας στην οπίσθια περιοχή της άνω γνάθου, όταν αυτή κρίνεται αναγκαία πριν από την τοποθέτηση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων.

- 23 -

ΟΣΤΙΚΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΝΥΨΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ ΤΟΥ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ ΑΝΤΡΟΥ ΓΙΑ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

Καλλιώρα Ε*, Τσουρής Δ, Τζέρμπος Φ

Από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η αποκατάσταση της οπίσθιας περιοχής της άνω γνάθου ανέκαθεν αποτελούσε σημαντική πρόκληση για τον οδοντίατρο. Τη λύση εκλογής δίνει πλέον η τοποθέτηση εμφυτευμάτων, τα οποία μπορούν να στηρίξουν τόσο ακίνητες όσο και κινητές προσθετικές αποκαταστάσεις. Όταν η απορρόφηση της φατνιακής ακρολοφίας εμφανίζεται εκτεταμένη, οι καταδύσεις του ιγμορείου άντρου πλήσιάζουν την κορυφή της φατνιακής απόφυσης και το οστικό υπόβαθρο για την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων μένει ελλιπές. Η αύξηση του οστικού υπόβαθρου επιτυγχάνεται με τη χρήση οστικών μοσχευμάτων. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση όλων των οστικών μοσχευμάτων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε επεμβάσεις ανύψωσης του εδάφους του ιγμορείου άντρου. Συγκεκριμένα, θα αναφερθούν τα παρακάτω μοσχεύματα: (α) αυτογενή (σπογγώδες, φλοιώδες, vascularized και non-vascularized cortical autografts, οι θέσεις λήψης τους, επίσης η χρήση μορφογεννητικών πρωτεϊνών, αυ-

ξητικών παραγόντων και PRP), (β) αλληλογενή (demineralized freeze-dried bone-DFDBA και FDBA), (γ) ξενογενή (Bio-Oss, κοραληένιος υδροξυαπατίτης και υδροξυαπατίτης προερχόμενος από φύκια), (δ) συνθετικά (τριφωσφορικό ασβέστιο, συνθετικός υδροξυαπατίτης, κονία φωσφορικού ασβεστίου, βιοενεργή ύαλης, γυάλινα ιονομερή, θειικό ασβέστιο και συνθετικό οστικό υλικό). Οι τύποι αυτοί θα μελετηθούν ως προς τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους, τις δυνατές αναμίξεις μεταξύ τους που οδηγούν σε καλά αποτελέσματα, τις ενδείξεις και αντενδείξεις τοποθέτησής τους, τις επιπλοκές κατά τη χρήση και μέχρι την ολοκλήρωση της οστεοενσωμάτωσης. Τέλος, θα παρουσιαστούν περιπτώσεις ασθενών στους οποίους πραγματοποιήθηκε ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου άντρου με τοποθέτηση μοσχεύματος και εμφυτευμάτων.

Συμπεράσματα: Το αυτογενές οστικό μόσχευμα θεωρείται το υλικό εκλογής σε επεμβάσεις στο έδαφος του ιγμορείου, και σε περιπτώ-

σεις που απαιτείται μεγάλη ποσότητα, αναμειγνύεται με ξενογενή, αλλογενή ή συνθετικά μοσχεύματα, δίνοντας πολύ καλά αποτελέσματα.

Το ερευνητικό ενδιαφέρον στα μοσχεύματα αυτά στρέφεται πλέον προς την κατευθυνόμενη οστική αναγέννηση.

- 24 -

ΕΠΙΦΑΝΕΙΕΣ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ. ΠΟΙΟΣ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΟΣΤΕΟΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ

Τσουρής Δ*, Χαραλαμπίδης Β, Τζέρμπος Φ

Η επιφάνεια του εμφυτεύματος καθορίζει σε πολύ μεγάλο βαθμό την επιτυχία του, καθώς εκτός από την ποιότητα του οστού και τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς, συνιστά το σημαντικότερο παράγοντα οστεοενσωμάτωσης. Τα τελευταία χρόνια το επιστημονικό και πειραματικό ενδιαφέρον έχει στραφεί προς τη δημιουργία επιφάνειας με την οποία θα επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο δυνατό ποσοστό οστεοενσωμάτωσης. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η περιγραφή των χαρακτηριστικών και των ιδιοτήτων των επιφανειών εμφυτευμάτων που παράγονται από τις μεγαλύτερες παγκοσμίως εταιρείες εμφυτευμάτων σήμερα, καθώς και να επισημανθεί πώς οι επιφάνειες αυτές επιδρούν στη διαδικασία της οστεοενσωμάτωσης. Για το σκοπό αυτό, γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση των κλινικών ερευνών οι οποίες έχουν γίνει επάνω στις σημαντικότερες επιφάνειες εμφυτευμάτων που αποτελούν το 85-95% της παγκόσμιας αγοράς. Πιο συγκεκριμένα, θα αναφερθούν: (i) η TiUnite (της Nobel Biocare),

(ii) η SLA (της Straumann), (iii) η Osseosite (της 3i), (iv) η Frialit-2 (της Dentsply-Friadent), (v) η Tioblast και Osseospeed (της Astra Tech). Στη συνέχεια θα γίνει αναλυτική περιγραφή των μικροσκοπικών και μακροσκοπικών χαρακτηριστικών του κάθε τύπου επιφάνειας ξεχωριστά, καθώς επίσης και η επεξεργασία που έχουν υποστεί. Επίσης, θα φανεί πώς τα παραπάνω χαρακτηριστικά συμμετέχουν και επηρεάζουν την αντίδραση με τους γύρω ιστούς ποσοτικά και ποιοτικά, κατά τη διαδικασία της οστεοενσωμάτωσης. Τέλος, θα γίνει αναφορά στις πιο μακροχρόνιες μελέτες που αφορούν στις επιφάνειες αυτές και στο ποσοστό επιτυχίας που προέκυψε από την καθεμία.

Συμπεράσματα: Η επιφάνεια SLA, που είναι αμβροβημένη και παρασκευασμένη με οξύ, παρουσίασε το υψηλότερο ποσοστό οστεοενσωμάτωσης και τη μικρότερη οστική απορρόφηση σε διάστημα τριών χρόνων, σε σχέση με άλλες επιφάνειες, αν και οι μεταξύ τους διαφορές δεν είναι εξαιρετικά σημαντικές.

- 25 -

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΟΣΤΕΟΕΝΣΩΜΑΤΟΥΜΕΝΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΗΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΕΦΑΛΗΣ - ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Τιτσινίδης Σ*, Δασκαλά Ι, Τζέρμπος Φ, Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε

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

Κατά τον προσδιορισμό του σχεδίου θεραπείας σε ογκολογικούς ασθενείς, ο οδοντίατρος εμφανίζεται συχνά διστακτικός σχετικά με την προσθετική αποκατάσταση, χρησιμοποιώντας οδοντικά οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα, ιδιαίτερα εάν οι ασθενείς έχουν ακτινοβηθεί στην περιοχή κεφαλής - τρα-

χήλου. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση των παραμέτρων που είναι αναγκαίο να ληφθούν υπόψη κατά τον προσδιορισμό ενός ασφαλούς σχεδίου θεραπείας και της απόφασης για τοποθέτηση ή μη οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων σε αυτούς τους ασθενείς. Μεταξύ των ερευνητών

παρατηρείται διχογνωμία σχετικά με το εάν ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία για καρκίνο κεφαλής - τραχήλου μπορούν να δεχθούν εμφυτεύματα, με αποτέλεσμα κάποιες φορές η αισθητική, ομιλία και θρέψη του ασθενούς να επηρεάζονται αρνητικά. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η έκθεση της άνω και κάτω γνάθου σε μεγάλης δόσεις ακτινοβολίας αποτέλεσε παλαιότερα αντένδειξη για την τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων, διότι συσχετιζόταν με αυξημένο ποσοστό επιπλοκών, όπως οστεονέκρωση, φλεγμονή των μαλθακών ιστών, αποτυχία οστεοενσωμάτωσης. Αντίθετα σήμερα, σε πληθώρα μελετών επισημαίνεται ότι υπό ορισμένες προϋποθέσεις και αφού τηρηθούν κάποιοι βα-

σικοί κανόνες, είναι δυνατή η τελική αποκατάσταση της νωδότητας του ασθενούς με τη χρήση οδοντικών εμφυτευμάτων. Στην παρούσα εργασία θα υπογραμμίζονται όλοι εκείνοι οι σημαντικοί παράγοντες που εάν ελεγχθούν, ο οδοντίατρος μπορεί να προβεί σε τοποθέτηση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων σε ακτινοβλημένους στην περιοχή κεφαλής - τραχήλου ασθενείς.

Συμπερασματικά, επισημαίνεται ότι η τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία για καρκίνο κεφαλής - τραχήλου είναι εξαιρετικής σημασίας και σε πολλές περιπτώσεις απαραίτητη, διότι είναι δυνατό να βελτιώσει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών.

- 26 -

ΑΜΕΣΗ ΦΟΡΤΙΣΗ. Η ΝΕΑ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Παπασωτηρίου Α

Η εφαρμογή των οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων αποτελεί πλέον μία καταξιωμένη και γενικότερα αποδεκτή μέθοδο θεραπείας της μερικής ή ολικής νωδότητας. Μία από τις σημαντικότερες εξελίξεις της σύγχρονης εμφυτευματολογίας είναι η τεχνική της άμεσης φόρτισης των εμφυτευμάτων. Σκοπός της εργασίας αυτής, είναι η παρουσίαση της τεχνικής της άμεσης φόρτισης στην κλινική πράξη και η τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας. Το κλασικό πρωτόκολλο για την επιτυχία των οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων προβλέπει μία χρονική περίοδο 3-6 μηνών, κατά την οποία θα πρέπει να αποφευχθεί η οποιαδήποτε μηχανική φόρτιση των εμφυτευμάτων. Η αρχή αυτή κάποια στιγμή αμφισβητήθηκε, καθώς παρατηρήθηκαν πολύ καλά αποτελέσματα όταν τυχαία κάποια εμφυτεύματα φορτίστηκαν κατά την οστική επούλωση, ή παρακολούθοντας τα καλά αποτελέσματα από παλαιότερα συστήματα εμφυτευμάτων, όπου η άμεση φόρτιση γινόταν συστηματικά. Έτσι λοιπόν, τόσο η επιθυμία των ασθενών για συντομότερο χρόνο θεραπείας, όσο και

τα ανέλπιστα καλά αποτελέσματα, οδήγησαν σε πιο συστηματική έρευνα, με αποτέλεσμα η άμεση φόρτιση να αποτελέσει μία σίγουρη, προβλέψιμη μέθοδο αποκατάστασης με εμφυτεύματα. Για μία επιτυχή άμεση φόρτιση είναι σημαντικό να αξιολογηθεί ένα πλήθος παραγόντων, οι οποίοι είναι καθοριστικοί για την επιτυχή έκβαση της τεχνικής, όπως η ποιότητα και ποσότητα του οστού της γνάθου, η σχέση εμφυτεύματος - κλινικής μύλης, η ανατομική θέση της μελλοδικής εμφύτευσης, η γενική υγεία του ασθενούς, και άλλοι παράγοντες, όπως η σύγκλιση, έξεις, κλπ. Τα πρώτα αποτελέσματα της τεχνικής αυτής είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά, καθώς παρουσιάζουν ποσοστά επιτυχίας παρόμοια με τα εμφυτεύματα με πλήρη χρόνο οστικής επούλωσης. Στην παρούσα φάση είναι σημαντικό να μην γενικεύονται τα αποτελέσματα, καθώς τα ποσοστά επιτυχίας ενός συστήματος δεν σημαίνει απαραίτητα ότι ισχύουν για όλους τους τύπους εμφυτευμάτων. Η άμεση φόρτιση είναι ήδη μία αξιόπιστη και πολύ υποσχόμενη προσέγγιση της σύγχρονης εμφυτευματολογίας.

- 27 -

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗ

Τρικεριώτης Δ*, Παραβάλλου Ε, Διαμαντόπουλος Π

Από τη Γενική Κλινική ΙΑΣΩ, Αθήνα.

Σκοπός της εργασίας είναι η κλινική αξιολόγηση της προεγχειρητικής σχεδίασης με τη βοήθεια υπολογιστή για την τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων (computer-assisted implantology) με τεχνικές προσομοίωσης και κατασκευής οδηγών-варθήκων (surgi-guides). Για το σκοπό αυτό, παρουσιάζονται περιπτώσεις κατασκευής οδηγών-варθήκων στους οποίους μεταφέρθηκε η προσχεδιασμένη θέση και κατεύθυνση ή και το βάθος της τοποθέτησης του οδοντικού εμφυτεύματος. Επιπλέον, παρουσιάζονται περιπτώσεις στις οποίες οι μετρήσεις στα εικονικά τρισδιάστατα ομοιώματα μεταφέρθηκαν στο χειρουργικό πεδίο χωρίς τη μεσοδιάθεση варθήκων. Σε όλες τις περιπτώσεις οι μελετούμενες ανατομικές περιοχές των γνάθων εξετάστηκαν με τη μέθοδο της σπειροειδούς αξονικής τομογραφίας (1 mm). Τα ψηφιακά δεδομένα των εγκάρσιων τομών της εξέτασης μεταφέρθηκαν υπό μορφή "dicom" σε

δίσκο CD και στη συνέχεια σε προσωπικό υπολογιστή (PC) με εγκατεστημένο το λογισμικό Simplant (Materialise N.V. Belgium). Με κατάλληλη επεξεργασία των ψηφιακών δεδομένων έγινε δυνατή η παραγωγή 2D και 3D ανασυνθέσεων, πάνω στις οποίες προσομοιώθηκε η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων και ακολούθησε η κατασκευή των οδηγών-варθήκων.

Συμπερασματικά, το χειρουργικό σχέδιο με τη βοήθεια υπολογιστή: (α) μελετά και αξιοποιεί στο μέγιστο τις υπάρχουσες ανατομικές δομές ή/και συμβάλλει στον ακριβή υπολογισμό των αναγκαίων αναπροσαρμογών τους (μοσχεύματα, ανύψωση ιγμορείου, κ.ά.), και (β) οδηγεί σε ασφαλέστερη και ελεγχόμενη τοποθέτηση των εμφυτευμάτων σε σχέση με ζωτικά ανατομικά μόρια, αλλήλα και σε σχέση με τις λειτουργικές και αισθητικές απαιτήσεις.

- 28 -

ΙΣΤΙΚΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ ΦΑΤΝΙΑΚΗΣ ΑΚΡΟΛΟΦΙΑΣ. ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Βλάχη Σ*, Γαβριηλίδου Φ, Τζέρμπος Φ

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

Τα ελλείμματα της φατνιακής ακρολοφίας αποτελούν ένα σημαντικό και συχνό πρόβλημα, με το οποίο έρχεται αντιμέτωπος ο κλινικός οδοντίατρος κατά το σχεδιασμό μίας επιεμφυτευματικής ή ακόμα και συμβατικής προσθετικής αποκατάστασης. Η αντιμετώπιση των ελλειμμάτων αυτών είναι επιβεβλημένη, γιατί διαφορετικά μπορεί να οδηγήσουν σε δομικά, λειτουργικά και αισθητικά προβλήματα στην τελική αποκατάσταση. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την ταξινόμηση των ελλειμμάτων της φατνιακής ακρολοφίας, την περιγραφή της αιτιολογίας τους, καθώς και των χειρουργικών τεχνικών που εφαρμόζονται, τόσο για την πρόληψη όσο και για την αποκατάστασή τους. Για το σκοπό αυτό διενεργήθη-

κε αναζήτηση όλων των σχετικών με το θέμα δημοσιευμένων εργασιών στο medline, χρησιμοποιώντας τις εξής λέξεις-κλειδιά: «ελλείμματα», «σκληροί και μαλακοί ιστοί», «φατνιακή ακρολοφία», «εμφυτευματική αποκατάσταση» και παρουσιάζονται με αντίστοιχα ίδια περιστατικά, τα οποία έχουν αποκατασταθεί με εμφυτεύματα μετά από ιστική ανάπλαση. Σε ό,τι αφορά στην ταξινόμηση των ιστικών ελλειμμάτων, έχουν προταθεί από αρκετούς συγγραφείς διαφορετικά συστήματα. Στην παρούσα εργασία γίνεται μία προσπάθεια ταξινόμησης ανάλογα με το εάν το έλλειμμα αφορά σε σκληρούς ή μαλακούς ιστούς, καθώς επίσης και ανάλογα με την εντόπιση και την έκταση του ελλείμματος. Η αιτιολογία των ελλειμμάτων της φατνιακής ακρολοφίας ποικίλλει

και μπορεί να αφορά σε τραύμα, εξαγωγή δοντιού, περιοδοντική νόσο, συγγενή έλλειψη δοντιών και άλλα λιγότερο συνήθη αίτια. Η αντιμετώπισή τους συνίσταται αφενός στην πρόληψη της εμφάνισής τους, όπως π.χ. προβαίνοντας στους κατάλληλους χειρισμούς κατά την εξαγωγή ενός δοντιού που στη συνέχεια θα αποκατασταθεί με μία επιεμφυτευματική προσθετική εργασία, ή στην

αποκατάσταση των ελλειμμάτων αυτών μετά την πρόκλησή τους. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται, ανάλογα με το τύπο του ελλείμματος, ποικίλες χειρουργικές τεχνικές, όπως η κατευθυνόμενη οστική αναγέννηση, τα μοσχεύματα σκληρών και μαλακών ιστών, η διάσχιση της φαρυγγικής ακρολοφίας και τελευταία η διατατική οστεογένεση.

- 29 -

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΟΡΙΖΟΝΤΙΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΓΚΛΕΙΣΙΑΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΣΤΗΝ ΕΠΩΔΥΝΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Γιαμαρέλος Γ, Λομβαρδάς Ι, Μπαρούτσου Ε*, Παπαδάκης Μ, Παπακωσταντίνου Χ

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η κλινική μελέτη που διεξήχθη από 10/2004 έως 2/2006 σε 45 εξωτερικούς ασθενείς που προσήλθαν στο Γναθοχειρουργικό Τμήμα του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Αθηνών με συμπτώματα επώδυνης δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος. Στους ασθενείς αυτούς ελήφθη πλήρες ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό και έγινε ακτινογραφικός έλεγχος με πανοραμική ακτινογραφία. Επίσης, έγινε κλινική εξέταση με καθοδήγηση της κάτω γνάθου στην κεντρική σχέση με αμφίπλευρο χειρισμό και καταγραφή των συγκλειακών σχέσεων στην κεντρική σχέση (stop του Lucia, δάγκωμα). Σε 17 από αυτούς έγινε ανάρτηση των εκμαγείων τους σε αρθρωτήρα στατικών καταγραφών με τη χρήση προσωπικού τόξου. Κατασκευάστηκε και εφαρμόστηκε πρόσθιο οριζόντιο επίπεδο της άνω

γνάθου, το οποίο εξαλείφοντας τις πρόωρες επαφές των οπισθίων δοντιών επέτρεπε στον κόνδυλο να λάβει την πλέον αβίαστη θέση στην κροταφική γλήνη και στην κάτω γνάθο να εκτελεί κινήσεις προοπίσθησης και πηλαγοπίσθησης χωρίς οδοντικές παρεμβολές των οπισθίων δοντιών. Οι ασθενείς επανελέγχθησαν μετά από μία εβδομάδα, 15 ημέρες και ένα μήνα. Οι διαπιστώσεις από την παραπάνω κλινική μελέτη είναι: (1) η άμεση και θεαματική ανακούφιση των ασθενών, και (2) η σημαντικά στατιστική συσχέτιση της επώδυνης δυσλειτουργίας με τη συγκλειακή δυσαρμονία.

Συμπέρασμα: Η δυσλειτουργία συσχετίζεται με τη συγκλειακή δυσαρμονία και το πρόσθιο οριζόντιο επίπεδο αποτελεί σημαντικό εργαλείο διάγνωσης και άμεσης και προσωρινής ανακούφισης των ασθενών.

- 30 -

Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΚΡΑΝΙΟΓΝΑΘΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ. ΜΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ

Λομβαρδάς Π

Οι κρανιογναθικές διαταραχές αποτελούν μία από τις πιο αμφιλεγόμενες παθήσεις του στοματογναθικού συστήματος. Οι αντιπαραθέσεις για το θέμα αφορούν τόσο στην αιτιολογία και τη θεραπευτική αντιμετώπιση, όσο και στην εξέταση και τη διάγνωση. Η φράση «σημεία και συμπτώ-

ματα δυσλειτουργίας», που αναφέρεται σε όλα τα σχετικά με το θέμα άρθρα, δεν έχει πάντα το ίδιο νόημα για όλους τους ερευνητές και βεβαίως πολύ απέχει από το νόημα που του δίνει ο κάθε κλινικός. Η εργασία αυτή θα ασχοληθεί με τη σχετική με την εξέταση και τη διάγνωση διαθέσι-

μη τεκμηρίωση. Πιο συγκεκριμένα, θα αναφερθούν τα ακόλουθα ζητήματα: (1) Διαγνωστικές δοκιμασίες και οι πολυάριθμες αναγνώσεις τους. (2) Οι «οδηγίες» που εκδίδουν οι επιστημονικές εταιρείες. Παρά τη φιλήλιμη προσπάθεια ορισμένων, οι οδηγίες βρίθουν από ανακρίβειες, ασάφειες και αντιφάσεις, που δυσκολεύουν κλινικούς και ερευνητές να κατανοήσουν το πρόβλημα. (3)

Διάγνωση βασισμένη στη σημειολογία (αντικειμενικά ευρήματα) ή στη συμπτωματολογία (υποκειμενική αίσθηση του ασθενή). Όπως στα περισσότερα ζητήματα, η πιο σωστή αντιμετώπιση βρίσκεται κάπου στη μέση. Ο κλινικός οφείλει να επεξεργαστεί τόσο τα αντικειμενικά ευρήματα όσο και τη συμπτωματολογία του ασθενή, για να θέσει τη σωστή διάγνωση.

- 31 -

Η ΑΠΟΤΡΙΒΗ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΩΣ ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΥΡΗΜΑ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Γεωργούλα Χ

Η σύμπτωση της μέγιστης συγγόμφωσης των δοντιών με την κεντρική σχέση των γνάθων στη σωστή κατά μήκος διάσταση, αποτελεί προϋπόθεση για την ομαλή λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος (σσ) και τη διαφύλαξη της ακεραιότητας των σκληρών οδοντικών ουσιών. Η παραπάνω συνθήκη ισορροπίας απουσιάζει από μεγάλο ποσοστό ασθενών, με αποτέλεσμα κλινικά ευρήματα, τα οποία συνοδεύονται από άλληλοτε άηλου βαθμού δυσλειτουργία του σσ. Συχνό εύρημα δυσλειτουργίας, που διαφεύγει της προσοχής και λαμβάνεται λανθασμένα ως ένδειξη προσαρμοστικότητας του σσ, είναι η αποτριβή των προσθίων δοντιών εξ αιτίας πρόωρων επαφών στα οπίσθια δόντια κατά την κεντρική σχέση. Πώς η δυσαρμονία του σσ προκαλεί αποτριβή των προσθίων δοντιών; Η πρόωρη επαφή στην κεντρική σχέση ενεργοποιεί τη συστολή του έξω πτερυγοειδούς μυός, ο οποίος φέρει τους κονδύλους σε χαμηλότερη θέση στην κροταφική γλήνη με σκοπό την εδραίωση μίας εκτός κεντρικής σχέσης μέγιστης συγγόμφωσης, τη γνωστή σύγκληση συνήθειας ή άνεσης. Η «προσαρμογή» αυτή όμως,

συσσωρεύει προϊόντα ανταλλαγής της ύλης στους μαστήρες, οι οποίοι ασφυκτιούν και οδηγούνται σε μυϊκό κάματο ο οποίος ευθύνεται για το βρυγμό. Ο βρυγμός ως παραλειτουργική δραστηριότητα ακολουθεί το μηχανισμό της θετικής ανάδρασης, οδηγεί το σσ σε πλήρη αποδιοργάνωση και τα προσθιότερα από την πρόωρη επαφή δόντια σε απώλεια σκληρών οδοντικών ουσιών, που συχνά φτάνει μέχρι το επίπεδο των ούλων, και όχι στην αποτριβή του υπαίτιου για τη δυσλειτουργία δοντιού. Σκοπός της εργασίας είναι η τεκμηρίωση της παρατήρησης ότι η αποτριβή είναι αποτέλεσμα της δυσλειτουργίας του σσ και παρατηρείται στα πιο μπροστά από την πρόωρη επαφή δόντια. Θα παρουσιαστούν φωτογραφίες και υλικό από ιδιωτικό ιατρείο, με την κλινική τεκμηρίωση των ανωτέρω.

Συμπεράσματα: Η αποτριβή των προσθίων δοντιών αποτελεί κλινικό σημείο δυσλειτουργίας του σσ και εμφανίζεται κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις πρόωρες επαφές, ιατρογενείς ή μη, των οπίσθιων δοντιών, τα οποία συνήθως παραμένουν ανέπαφα.

- 32 -

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ

Ρίζου Μ

Πολλές φορές στο ορθοδοντικό ιατρείο καταφθάνουν ανήλικοι ασθενείς με μεγάλη καθυστέρηση ως προς το χρόνο έναρξης της ορθοδοντικής θεραπείας. Το γεγονός αυτό περιορίζει

τις δυνατότητες της θεραπείας, μετριάξει το αποτέλεσμα της, ενώ κάνει όλο και πιο δύσκολη και αμφίβολη τη σταθερότητα αυτής. Μία από τις πιο συχνές απαντήσεις που δίνονται, όταν γίνε-

ται προσπάθεια να εντοπιστούν τα αίτια της καθυστέρησης και το μερίδιο ευθύνης που αναλογεί στους γονείς, είναι και το ότι ο οδοντίατρος δεν ενημέρωσε επαρκώς την οικογένεια, υποβιάζοντας ενδεχομένως το πρόβλημα. Ένα τέτοιο συμβάν μπορεί να οφείλεται σε αδυναμία αναγνώρισης μίας ορθοδοντικής ανωμαλίας ή αδυναμία επιλογής του κατάλληλου χρόνου επέμβασης. Εφόσον ο οδοντίατρος έχει τη μοναδική ευκαιρία για μία πρώτη επαφή με ένα μικρό ασθενή, πρέπει να την αξιοποιήσει επαρκώς, διατηρώντας έναν υψηλό δείκτη υποψίας. Μία σωστή και έγκαιρη διερεύνηση της υγείας του στοματογναθικού συστήματος στοχεύει στον έλεγχο της διάπλησης των δοντιών, στον έλεγχο του αριθμού, της σειράς και της φοράς ανατολής αυτών, στον έλεγχο του βαθμού απορρό-

φησης των νεογιτών δοντιών, αλλήλ και στην πρόωρη απώλεια αυτών. Μία ενδελεχής επισκόπηση των οστικών βάσεων και της σχέσης μεταξύ τους στα τρία επίπεδα του χώρου, μπορεί να αποκαλύψει μία ορθοδοντική ανωμαλία, που μπορεί να αφορά στο κατακόρυφο, το οριζόντιο, το εγκάρσιο επίπεδο ή και σε συνδυασμό αυτών. Συνήθως βλέπουμε ότι γνωρίζουμε. Επιπλέον, η διάγνωση αποτελεί την πρωταρχική, την κορυφαία και την πιο αποφασιστική διαδικασία σε κάθε ιατρική πράξη. Για τους λόγους αυτούς, κατά την ομιλία αυτή θα παρουσιασθούν κλινικές περιπτώσεις ανήλικων ασθενών που χρήζουν ορθοδοντικής θεραπείας, συζητώντας τη διάγνωση και εστιάζοντας στην επιλογή του κατάλληλου χρόνου έναρξης της θεραπείας.

- 33 -

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΓΙΣΜΙΚΩΝ ΤΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

Γκρίτζαλης Π*, Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε, Κατσώνη Ε

Από την Κλινική της Διαγνωστικής και Ακτινοβολίας του Στόματος και την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Οδοντιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η υπολογιστική τομογραφία χρησιμοποιήθηκε από τους γναθοπροσωπικούς χειρουργούς για τη μελέτη της μορφολογίας και της παθολογίας του σπληαχνικού κρανίου και του τραχήλου, λίγο μετά την εφαρμογή της στην ιατρική πράξη. Στο τέλος της δεκαετίας του 80 χρησιμοποιήθηκε για τον προεγχειρητικό έλεγχο του φατνιακού οστού πριν από την τοποθέτηση των οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων. Η ανάγκη για ακριβείς μετρήσεις σε τομές κάθετες στη φατνιακή ακροφία, ξεπεράστηκε με ειδικά λογισμικά που παρέχουν τη δυνατότητα ανασύνθεσης των αρχικών, εγκάρσιων τομών σε πολλαπλά επίπεδα, λοξά ή και παραοβελιαία, καθώς και τη δυνατότητα τρισδιάστατης απεικόνισης. Ο οδοντιατρικός υπολογιστικός τομογράφος, αποτελεί μία σημαντική εφαρμογή στην κλινική οδοντιατρική και βασίζεται στην αρχή της «χαμηλής δόσης, κωνικής δέσμης υπολογιστικής τομογραφίας». Είναι σχεδιασμένος για την απεικόνιση μόνο των

σκληρών ιστών του σπληαχνικού κρανίου. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να δείξει τη συμβολή των ειδικών λογισμικών στη μελέτη των παθολογικών αλλοιώσεων της στοματογναθικής περιοχής με τη δυνατότητα ανάγνωσης των χαρακτηριστικών τους και σε επίπεδα πέρα από το αξονικό. Για το σκοπό αυτό θα παρουσιαστούν περιπτώσεις παθολογικών αλλοιώσεων, για τις οποίες έγινε απεικονιστικός έλεγχος με υπολογιστική τομογραφία και ανασύνθεση και λήψη τομών σε πολλαπλά επίπεδα.

Συμπεράσματα: (1) Η χρήση των ειδικών λογισμικών δίνει πληροφορίες για τα χαρακτηριστικά των παθολογικών αλλοιώσεων σε πολλαπλά επίπεδα. (2) Είναι απαραίτητη για τον προεγχειρητικό έλεγχο των ακροφιών για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων. (3) Δεν επιβαρύνεται ο ασθενής από ακτινοβολία, γιατί πρόκειται για επεξεργασία των δεδομένων με το ειδικό λογισμικό.

- 34 -**ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ
ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΤΡΙΤΩΝ ΓΟΜΦΙΩΝ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ****Αντωνοπούλου Μ*, Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε, Ιατρού Ι***Από την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.*

Η προληπτική χειρουργική αφαίρεση των εγκλειστών τρίτων γομφίων κάτω γνάθου έχει απασχολήσει εκτενώς την επιστημονική βιβλιογραφία με πολλές και αντικρουόμενες απόψεις. Προληπτική απομάκρυνση εγκλειστών τρίτων γομφίων ορίζεται ως η χειρουργική αφαίρεση ασυμπτωματικών τρίτων γομφίων, όταν οι ασθενείς δεν έχουν και δεν είχαν συμπτώματα ή/και παθήσεις σχετιζόμενες με τους εγκλειστούς τρίτους γομφίους. Έχει σαν στόχο την πρόληψη των ενδεχόμενων επιπλοκών που σχετίζονται με την παρουσία των δοντιών αυτών, καθώς επίσης και την αποφυγή των δυσχερειών και επιπλοκών που μπορεί να παρουσιασθούν κατά τη διάρκεια της εξαγωγής τους σε άτομα μεγάλης ηλικίας. Η λήψη απόφασης για την απομάκρυνση ενός ασυμπτωματικού κάτω τρίτου γομφίου, είναι πιθανόν μία από τις πιο συχνές θεραπευτικές αποφάσεις που λαμβάνονται από οδοντιάτρους, ορθοδοντικούς και στοματικούς και γναθοπροσω-

πικούς χειρουργούς. Δεν είναι δυνατόν να καθοριστεί σε κάθε ασθενή εάν θα έχει τελικά πρόβλημα από έναν εγκλειστο τρίτο γομφίο. Για το λόγο αυτό η τελική απόφαση για απομάκρυνση ή παραμονή του πρέπει να βασιστεί σε μία θεώρηση της ολικής ανατομίας οφέλους - κινδύνου. Πρέπει να συνυπολογίζονται τα οφέλη και οι κίνδυνοι όταν αυτά τα δόντια απομακρύνονται προφυλακτικά σε ένα νέο άτομο αντί να περιμένει κανείς μέχρι να παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα σε μεγαλύτερη ηλικία που θα αντιμετωπιστεί τότε. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των σύγχρονων βιβλιογραφικών δεδομένων σχετικά με την προληπτική χειρουργική αφαίρεση των εγκλειστών τρίτων γομφίων κάτω γνάθου. Γίνεται προσπάθεια να αποσαφηνιστεί εάν η έγκαιρη προληπτική αφαίρεση των δοντιών αυτών ωφελεί τους ασθενείς, συμβάλλοντας στην αποφυγή δυσάρεστων μελλοδικών επιπλοκών από την παρουσία τους.

- 35 -**ΣΥΝΔΡΟΜΟ CROUZON - ΚΡΑΝΙΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΔΥΣΟΣΤΩΣΗ.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ****Δημητρίου Α, Μεσσήνη Μ*, Φανδρίδης Ι, Μπούρας ΕΑ, Μπούρας Θ***Από το Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑμΕΑ Ενηλίκων με Γενική Αναίσθησία του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας».*

Το σύνδρομο Crouzon χαρακτηρίζεται βιολογικά από πρόωμη συνοστέωση των ραφών του κρανίου και ταξινομείται στην ομάδα των συνδρόμων που παρουσιάζουν κρανιοπροσωπική δυσπλασία με δυσόσωση και συνοστέωση. Η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου είναι μία στις 25.000 γεννήσεις και η μεταβίβαση της νόσου γίνεται συνήθως με τον αυτοσωματικό επικρατούντα τύπο κληρονομικότητας, αν και παρατηρούνται και αρκετές περιπτώσεις νέων μεταλλάξεων. Η νόσος παρουσιάζει μεγάλη ποικιλομορφία στην εκδήλωσή της, και έτσι, ανάλογα με το είδος και τη βαρύτητα έκφρασής της, διακρίνονται πέντε διαφορετικές κλινικές μορφές. Η πρόωμη συνοστέωση

των ραφών οδηγεί σε βραχυκεφαλία, μετωπιαία προπέτεια, εξόφθαλμο, πρόπτωση και απόκλιση των οφθαλμών προς τα έξω. Παρατηρείται υποπλασία της άνω γνάθου, με αποτέλεσμα φαινομενικό προγναθισμό της κάτω, βραχύ άνω χείλος, υψηλή και γωνιώδης υπερώα, υπερωιοσχισία και μερική ανοδοντία. Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν προβλήματα στην όραση και την ακοή, καθώς και πονοκεφάλους, λόγω της αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης. Συχνά εμφανίζονται επιληπτικές κρίσεις και πνευματική υστέρηση. Στην εργασία αυτή περιγράφεται η περίπτωση νεαρής γυναίκας, ηλικίας 22 ετών, με σύνδρομο Crouzon, η οποία λόγω της νοντικής υστέρησης που πα-

ρουσίαζε και της αδυναμίας συνεργασίας με τον οδοντίατρο, προσήλθε με τη μητέρα της για οδοντιατρική θεραπεία στη Μονάδα για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες υπό γενική αναισθησία του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπείο Βούλας». Η διάγνωση του συνδρόμου είχε γίνει σε ηλικία 13 μηνών, με ανάληψη του χρωμοσωματικού τύπου. Στην εμφάνιση του προσώπου χαρακτηριστική ήταν η απόσταση μεταξύ των οφθαλμών και η πρόπτωσή τους. Ο ραιμός ήταν κοντός και χονδρός και δυσκόλεψε τη διασωλήνωση κατά την αναισθησία. Η άνω γνάθος ήταν υποπλαστική και η υπερώα

υψηλή και γωνιώδης. Είχε μικρή στοματική κοιλότητα, ογκώδη γλώσσα και υπήρχαν πολλαπλές συγγενείς ελλείψεις δοντιών. Ο δείκτης τερηδόνας DMFT της ασθενούς ήταν 11, ο οποίος για την τηρούμενη στοματική υγιεινή βρισκόταν εντός των αναμενόμενων ορίων. Το σχέδιο θεραπείας της περιελάμβανε επτά εμφράξεις και δύο ανασυστάσεις αμαλγάματος, δύο εξαγωγές και αποτρύγωση/στίλβωση όλων των δοντιών. Κατά τη χορήγηση της αναισθησίας, την οδοντοθεραπεία και την ανάνηψη, δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα προβλήματα.

- 36 -

ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΛΙΘΙΑΣΗΣ ΥΠΟΓΝΑΘΙΟΥ ΑΔΕΝΑ

Τρικεριώτης Δ*, Παραβάθου Ε, Κωτούλας Π

Από τη Γενική Κλινική ΙΑΣΩ, Αθήνα.

Ο οδοντίατρος είναι συνήθως ο πρώτος γιατρός που έχει την ευκαιρία να εκτιμήσει την παθολογία των σιαλογόνων αδένων. Η χρόνια σιαλαδενίτιδα λόγω λιθίασης, στένωσης ή άλλης αιτίας, είναι η συχνότερη νόσος του υπογνάθιου αδένου, η οποία αντιμετωπίζεται με χειρουργική αφαίρεση του αδένου. Εφαρμόζονται ωστόσο τεχνικές, οι οποίες αποσκοπούν στη διατήρησή του και την ελάττωση της μετεγχειρητικής νοσηρότητας (ενδοστοματική και ενδοσκοπική αφαίρεση των σιαλόλιθων, εξωσωματική λιθοτριψία). Η ενδοσκόπηση των μειζόνων σιαλογόνων αδένων παρουσιάστηκε σαν μία ελάχιστα επεμβατική διαδικασία, χαμηλής νοσηρότητας, η οποία ενδείκνυται αφενός για την πληρέστερη διάγνωση της ενδοαυλικής παθολογίας του πόρου και αφετέρου για την αφαί-

ρεση των σιαλόλιθων και τη διεύρυνση των στενώσεων. Σημαντικό πλεονέκτημα αυτής της τεχνικής είναι το γεγονός ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί με τοπική αναισθησία σε συνθήκες εξωτερικού ιατρείου. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση μίας περίπτωσης άνδρα, ηλικίας 27 ετών, με συμπτωματική λιθίαση του υπογνάθιου αδένου, η οποία αντιμετωπίστηκε με διαγνωστική και επεμβατική ενδοσκόπηση. Κατά την εξέταση εντοπίστηκε ένας επιπλέον σιαλόλιθος, ο οποίος δεν είχε απεικονιστεί στην αξονική τομογραφία. Σε πολλαπλές θέσεις του πόρου του Wharton παρατηρήθηκαν στένωση και ατροφία. Τέσσερις μήνες μετά την αφαίρεση των λίθων, ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός και η λειτουργία του υπογνάθιου αδένου έχει βελτιωθεί.

- 37 -

Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΓΩΓΗ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ή ΗΜΙΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΗΡΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ

Λαυρεντιάδης Γ

Εξαιτίας των στενών ανατομικών σχέσεων μεταξύ των ακρορριζίων των εγκλιείστων σωφρονιστήρων της κάτω γνάθου με το γναθιαίο πόρο, επιβάλλεται μία προεγχειρητική προετοιμασία,

που θα περιλαμβάνει έναν λεπτομερή ακτινογραφικό έλεγχο και μία αξιολόγηση όλων των ανατομικών δομών σε σχέση με τα εγκλιείστα δόντια, έτσι ώστε να αποφευχθεί η εμφάνιση δυσά-

ρεστων συμβαμάτων και να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος τραυματισμού ζωτικών στοιχείων. Η ακτινογραφία εκλογής για αυτόν τον προεγχειρητικό ακτινογραφικό έλεγχο είναι το ορθοπαντομογράφημα, και βοηθητικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν η οπισθοφατνιακή ακτινογραφία και η ακτινογραφία δήξεως. Υπάρχουν όμως περιστατικά, στα οποία δεν είναι αρκετές οι πληροφορίες που δίνονται από τις τρεις αυτές απεικονιστικές μεθόδους, και αυτό οφείλεται στο γεγονός της αλληλεπικάλυψης των ανατομικών μορίων, που οδηγεί σε εσφαλμένη εκτίμηση και διάγνωση της κατάστασης. Είναι απαραίτητη λοιπόν η χρήση μίας τεχνικής που να ξεπερνάει τα εμπόδια της διαστάτης απεικόνισης ενός τρισδιάστατου αντικειμένου και να δίνει μία πιο σαφή και λεπτομερή εικόνα. Η χρήση της υπολογιστικής αξονικής τομογραφίας επιτρέπει στον επεμβαίνοντα να αξιολογήσει με περισσότερες λεπτομέρειες την περιοχή του έγκλειστου σωφρονιστήρα της κάτω γνάθου, όσον αφορά στη γειτονία του με το γνα-

θιαίο πόρο, καθώς και την ύπαρξη ή όχι λεπτού οστικού φατνιακού πετάλλου, γλωσσικά ή παρειικά. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η αναφορά στην υπολογιστική αξονική τομογραφία (dental scan) για τον ακριβή προσδιορισμό της θέσης του έγκλειστου ή ημιέγκλειστου σωφρονιστήρα της κάτω γνάθου στο χώρο. Για το σκοπό αυτό εξετάστηκαν με υπολογιστική αξονική τομογραφία (dental scan) τέσσερις ασθενείς για τον προσδιορισμό της θέσης του έγκλειστου ή ημιέγκλειστου σωφρονιστήρα της κάτω γνάθου, τη σχέση του με το γναθιαίο πόρο και την ύπαρξη ή όχι λεπτού παρειικού ή γλωσσικού πετάλλου.

Συμπερασματικά, με τη σωστή αξιολόγηση των ευρημάτων της υπολογιστικής αξονικής τομογραφίας δίνεται η δυνατότητα στον κλινικό να προσδιορίσει ακριβώς τη θέση του έγκλειστου ή ημιέγκλειστου σωφρονιστήρα της κάτω γνάθου στο χώρο, σε σχέση με το γναθιαίο πόρο, με αποτέλεσμα η χειρουργική διαδικασία της αφαίρεσής του να είναι ασφαλής.

- 38 -

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΠΟΥΛΩΣΗ

Μπουγιουκλής Κ

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η μελέτη της επίδρασης των βλαβερών συστατικών του καπνού του τσιγάρου: της νικοτίνης, του μονοξειδίου του άνθρακα και του υδροκυανίου, στην επούλωση των τραυμάτων και οι επιπτώσεις τους στην κλινική πράξη. Υλικό και μέθοδος αποτέλεσε η μελέτη σχετικών με το θέμα άρθρων της ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας. Τα τοξικά αποτελέσματα της νικοτίνης, του μονοξειδίου του άνθρακα και του υδροκυανίου μαζί, έχουν τη δυνατότητα να βλάψουν τους μηχανισμούς που απαιτούνται για την επισκευή δερματικών βλαβών και τον υγιή σχηματισμό των ουλών. Θεωρείται ότι τα συστατικά αυτά έχουν ανασταθτική επίδραση στην επούλωση, σε σχέση με την πρόκληση ιστικής ανοξίας, κυτταρικής υποξίας, επιβράδυνσης του πολλαπλασιασμού των επιθηλιακών κυττάρων, αγγειοσυστολής, διαταραχής της μικροκυκλοφορίας, μειωμένης ικανότητας μεταφοράς οξυγόνου των ερυθροκυττάρων του αίματος και της τοξικής δράσης σε μερικά από τα ενζυμικά συστήματα. Ένα με-

γάλο μέρος της έρευνας έχει επικεντρωθεί στη μελέτη ζώων και ανθρώπων με οξεία χειρουργικά τραύματα. Εντούτοις, οι περισσότερες από τις μελέτες δεν προσδιορίζουν σαφώς τις πραγματικές χορηγούμενες ποσότητες αυτών των ουσιών κατά τη διάρκεια των πειραμάτων, προκύπτοντας έτσι ζητήματα αξιοπιστίας και ισχύος των συμπερασμάτων τους. Η μελλοντική έρευνα πρέπει να εξετάσει τον αντίκτυπο του καπνίσματος στους ασθενείς που έχουν πρόβλημα με τη θεραπεία χρόνιων ή/και οξέων τραυμάτων.

Συμπεράσματα: Η νικοτίνη, το μονοξείδιο του άνθρακα και το υδροκυάνιο που βρίσκονται στον καπνό των τσιγάρων, μπορούν να έχουν καταστροφική επίδραση στη θεραπεία οξέων τραυμάτων. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση και συνεχίζουν να καπνίζουν, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών στην επούλωση των τραυμάτων, και πρέπει να ενθαρρυνθούν για τη διακοπή του καπνίσματος προεγχειρητικά.

- 39 -

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJÖGREN. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Καραγκούνης Κ*, Εμμανουηλίδου Α, Χρυσομάλη Ε, Παπανικολάου Σ

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

Το σύνδρομο Sjögren (sS) είναι μία χρόνια, αυτοάνοσης αρχής νόσος, που χαρακτηρίζεται από ηεμφοπλησματοκυτταρική διήθηση των εξωκρινών αδένων και προσβάλλει συνήθως γυναίκες της τέταρτης ή πέμπτης δεκαετίας της ζωής. Κύριες κλινικές εκδηλώσεις του sS αποτελούν η ξηροστομία, η ξηροφθαλμία και η διόγκωση των παρωτίδων. Όταν η κλινική εικόνα συνοδεύεται από ρευματοειδή αρθρίτιδα ή άηθο αυτοάνοσο νόσημα, τότε πρόκειται για τη δευτεροπαθή μορφή του sS. Η αιτιοπαθογένεια δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί, αλλά ενοχοποιούνται διάφοροι παράγοντες: ορμονικοί, γενετικοί, ψυχολογικοί, ιοί (κυρίως οι EBV, HCV, ρετροϊοί) κ.ά. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με sS έχουν 44 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν λέμφωμα (μη-Hodgkin's), σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Στην αιτιολογία του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος του στόματος αναφέρονται ποικίλοι εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες, αλλά στη βιβλιογραφία δεν έχουν περιγραφεί πε-

ριπτώσεις ανάπτυξης ακανθοκυτταρικού καρκινώματος σε ασθενείς με sS. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση μίας ενδιαφέρουσας περίπτωσης πρωτοπαθούς sS σε γυναίκα ηλικίας 65 ετών, η οποία εμφάνισε ηευκοπληκία στο δεξιό πλάγιο χείλος της γλώσσας, 10 έτη περίπου μετά την αρχική διάγνωση του sS. Η ιστολογική διάγνωση της μερικής βιοψίας που είχε ληφθεί από τη βλάβη ήταν υπερκερατίνωση υπερκόκκωση και η ασθενής παρακολουθούταν ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Πέντε έτη μετά την αρχική εμφάνιση της ηευκοπληκίας αναπτύχθηκε στην αντίστοιχη περιοχή ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Η ασθενής υποβλήθηκε σε μερική γήλωσσεκτομή και 3 έτη μετά τη χειρουργική αφαίρεση δεν παρουσίασε υποτροπή. Συζητούνται η πιθανή συμμετοχή των τοπικών παραγόντων και του υποκείμενου ανοσολογικού υποβάθρου αυτής της περίπτωσης συνδρόμου Sjögren, στην ανάπτυξη ακανθοκυτταρικού καρκινώματος της στοματικής κοιλότητας.

- 40 -

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΕΡΙΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ

Πανταζής Γ

Οι δερματικές καρκινικές βλάβες είναι οι συχνότερες από όλες τις μορφές του καρκίνου. Συνθεστερες μορφές είναι το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και το μελάνωμα. Οι μορφές αυτές απαντώνται και στα χείλη και την περιστοματική περιοχή. Καθώς η πρόληψη και η πρώιμη διάγνωση αποτελούν σημαντικές παραμέτρους με αυξανόμενη σημασία και έμφαση από τη διεθνή ιατρική κοινότητα, ο ρόλος του οδοντιάτρου καθίσταται εξαιρετικά αποφασιστικός στην αποτελεσματική αντιμετώπιση προκαρκινικών και καρκινικών βλαβών στην περιστοματική περιοχή και τα χείλη, τα οποία αποτελούν ένα θεωρητικό όριο «ευθύνης» των οδο-

ντιάτρων. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η ανάδειξη του ρόλου του γενικού οδοντιάτρου στην πρώιμη διάγνωση προκαρκινικών και καρκινικών βλαβών της περιστοματικής περιοχής, αλλά και η σωστή, έγκαιρη και αποτελεσματική καθοδήγηση των ασθενών στους ειδικούς ιατρούς και οδοντιάτρους. Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία και την κλινική πράξη, περιγράφονται οι κλινικοί χαρακτήρες των συνθεστερων καρκινικών βλαβών που απαντώνται στην περιστοματική περιοχή, καθώς και ορισμένων προκαρκινικών καταστάσεων, όπως η ακτινική κεράτωση, οι σπίλοι, κ.ά. Διόγκωση στην περιστοματική περιοχή, δυσχρωμία, βλατίδες, κηλίδες, εξέλικωση ή και

συρίγγιο στο δέρμα, που αποτελούν συνήθη κλινικά ευρήματα, μπορεί να υποκρύπτουν κακοήθη βλάβη και καθιστούν σημαντική και πολυπλάσιμη κρίσιμη την ορθή και έγκαιρη διάγνωση. Επίσης, αναδεικνύεται η επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας ως ο σημαντικότερος αιτιολογικός παράγοντας. Παρουσιάζονται κλινικές περιπτώσεις ασθενών με καθοριστική τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης ανάλογων βλαβών και εξε-

τάζονται διεθνή πρωτόκολλα αντιμετώπισης του καρκίνου με συμμετοχή οδοντιάτρων.

Συμπερασματικά, προκύπτει ο σημαντικός ρόλος του οδοντιάτρου στην έγκαιρη και ορθή διάγνωση των σημείων και συμπτωμάτων κακοήθων δερματικών βλαβών στην περιστοματική χώρα, τόσο στο πλαίσιο της συνήθους οδοντιατρικής περιθαλήψης, όσο και κατά την ειδική αναφορά από μέρους των ασθενών.

- 41 -

ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΜΕΣΗΣ ΡΟΜΒΟΕΙΔΟΥΣ ΓΛΩΣΣΙΤΙΔΑΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κριθινάκης Σ, Μπονατάκη Γ*, Σαρνγαννίδη Μ, Τόσιος Κ, Παπανικολάου Σ

Η μέση ρομβοειδής γλωσσίτιδα (ΜΡΓ) εμφανίζεται σαν μία λοβώδης ή λεία ή αυλακωτή, επίπεδη ή υπεργερμένη, σαφώς περιγεγραμμένη πλάκα, ερυθρού ή έντονου ροζ ή λευκού χρώματος, διότι δεν διαθέτει τριχοειδείς θηλές. Εντοπίζεται χαρακτηριστικά, συμμετρικά της μέσης γραμμής της ραχιαίας επιφάνειας της γλώσσας, μπροστά από το γευστικό λάμδα. Αναπτύσσεται με μεγάλη συχνότητα στους άντρες (70-80%), ενώ το ποσοστό εμφάνισης στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου 1%. Η ΜΡΓ είναι μία οντότητα άγνωστης αιτιολογίας. Μεταξύ άλλων έχει συσχετισθεί με τη χρόνια καντιντίαση, εμβρυολογικές δυσπλασίες της γλώσσας, χρόνια φλεγμονώδη ερεθίσματα, ανοσολογικές καταστάσεις κ.ά. Σκοπός της εργασίας αυτής, είναι η παρουσίαση μίας ασυνήθιστης περίπτωσης ΜΡΓ, η οποία έμοιαζε κλινικά με ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Άντρας ηλικίας 63 ετών, προσήλθε για εξέταση, θορυβημένος από έντο-

νες ερυθρές αυλακώσεις στην κορυφή και τη ραχιαία επιφάνεια της γλώσσας, καθώς και εξαιτίας πικρής και στυφής αίσθησης στο στόμα. Η κλινική εξέταση έδειξε διόγκωση στη μεσότητα της ραχιαίας επιφάνειας της γλώσσας, με ανώμαλη, λοβωτή επιφάνεια, και υπόσκληρη σύσταση. Με την πιθανή κλινική διάγνωση ακανθοκυτταρικού καρκινώματος, έγινε βιοψία, τα ευρήματα της οποίας ήταν συμβατά με ΜΡΓ.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση της ΜΡΓ βασίζεται κατά κύριο λόγο στην κλινική εικόνα, που δεν είναι πάντα παθολογική. Σε αμφίβολες περιπτώσεις, η τελική διάγνωση μπορεί να τεθεί μόνο με τη βιοψία. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα της ράχης της γλώσσας είναι μία σπάνια οντότητα, αλλά είναι υπαρκτή. Επιπλέον, έχει συσχετισθεί με τη ΜΡΓ. Επομένως, όσο απίθανη και να θεωρείται μία τέτοια κατάσταση, όταν υπάρχει αμφιβολία, την τελική απάντηση δίνει η ιστολογική εξέταση.

- 42 -

ΟΓΚΟΙ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΤΡΑΧΗΛΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ. ΚΛΙΝΙΚΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 170 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Παπαβασιλείου Δ, Κυριακόπουλος Β*, Χρυσομάλη Ε, Παπανικολάου Σ

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

Τα λιπώματα αποτελούν κοινούς όγκους των μαλακών ιστών, αλλά απαντώνται σπάνια στη

στοματική και τραχηλοπροσωπική περιοχή. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να εξετάσει τα

κλινικά και ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά 170 περιπτώσεων όγκων του λιπώδους ιστού της στοματοτραχηλιοπροσωπικής περιοχής, προερχομένων από τα αρχεία του Εργαστηρίου της Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών από το έτος 1974 έως το έτος 2005. Η μέση ηλικία εμφάνισης ήταν τα 52,2 έτη, με εύρος από 2 έως 85 έτη. Σε ποσοστό 49% η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν μεταξύ έκτης και έβδομης δεκαετίας. Δεν παρατηρήθηκε αξιόλογη προτίμηση στο φύλο. Η εντόπιση ήταν ενδοστοματική σε ποσοστό 90% και εξωστοματική σε ποσοστό 10%. Συνηθέστερη ενδοστοματική εντόπιση ήταν η παρειά (37%) και η κάτω γνάθος (21%), ενώ ακολουθούσαν το κάτω χείλος (10%), η γλώσσα, η άνω γνάθος, η υπερώα, το έδαφος του στόματος και το άνω χείλος. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η διάγνωση ήταν «κοινό λίπωμα» (71%), με δεύ-

τερο σε συχνότητα το ινολίπωμα (28%). Τα κακοήθη νεοπλασμάτα του λιπώδους ιστού ήταν εξαιρετικά σπάνια με μόνο 2 περιπτώσεις (1,18%). Η χροιά των όγκων ήταν φυσιολογική στο 50%, κίτρινη στο 33% και λευκή στο 11% των περιπτώσεων.

Συμπεράσματα: Από το σύνολο των καλοήθων όγκων του λιπώδους ιστού, το κοινό λίπωμα και το ινολίπωμα απαντούν συχνότερα στη στοματική και τραχηλιοπροσωπική περιοχή. Ενδοστοματικά, η συνηθέστερη θέση εντόπισης είναι ο βλεννογόμος της παρειάς. Είναι πιθανόν η πλειοψηφία των περιπτώσεων να αφορά σε βλάβες αντιδραστικής ή τραυματικής αιτιολογίας και όχι σε αληθή νεοπλασμάτα (τραυματικό ψευδολίπωμα). Οι κακοήθεις όγκοι του λιπώδους ιστού είναι εξαιρετικά σπάνιοι στη στοματική και τραχηλιοπροσωπική περιοχή.

- 43 -

ΜΕΤΕΞΑΚΤΙΚΗ ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ NON-HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΣ

Μελλακόπουλος Ι, Παπαχρήστου Ν*, Γαβριήλ Σ, Τόσιος Κ, Μέλλου Σ

Τα non-Hodgkin λεμφώματα περιλαμβάνουν μία ετερογενή ομάδα νεοπλασμάτων του λεμφικού ιστού με διαφορετική κλινική συμπεριφορά και πρόγνωση. Εξωαδενικές εντοπίσεις των non-Hodgkin λεμφωμάτων δεν είναι σπάνιες. Συνήθως εντοπίζονται στο στομάχι, το έντερο, τους πνεύμονες, τα ιγμόρεια, τους ιστούς του οφθαλμικού κόγχου, τους θυροειδείς, τους σιελογόνους αδένες. Ο δακτύλιος του Waldeyer θεωρείται η πλέον συχνή εντόπιση στην κεφαλή και τον τράχηλο. Στη στοματική κοιλότητα θεωρείται σπάνια η εξωοστική εντόπιση στις γνάθους και ιδιαίτερα στην άνω γνάθο. Σκοπός της εργασίας είναι η αναφορά περίπτωσης ασθενούς με non-Hodgkin λέμφωμα από Β κύτταρα και πρώτη εκδήλωση στα μαλακά μόρια της άνω γνάθου, και επισημαίνεται ο ρόλος του οδοντιάτρου στη διάγνωση βλαβών στη στοματική κοιλότητα που μπορεί να υποκρύπτουν κακοήθεια. Η ασθενής, ηλικίας 54 ετών, εξετάστηκε για προστοματική

διόγκωση στην άνω γνάθο δεξιά, αντίστοιχα με την περιοχή του 14. Από το ιστορικό προέκυψε ότι στην περιοχή υπήρχε μικρή διόγκωση και είχε γίνει εξαγωγή του 14 πριν από δύο μήνες. Χορηγήθηκαν στο διάστημα αυτό διάφορα αντιμικροβιακά σχήματα, αλλά η διόγκωση μεγάλωνε. Δεν υπήρχαν ευρήματα σε πανοραμικές ακτινογραφίες πριν και μετά την εξαγωγή. Ζητήθηκε υπολογιστική τομογραφία άνω γνάθου, όπου δεν παρατηρήθηκαν οστικές αλλοιώσεις, αλλά σημαντική ανισομέρεια στα μαλακά μόρια, ανάμεσα στη δεξιά και την αριστερή πλευρά. Έγινε βιοψία, που έδειξε non-Hodgkin λέμφωμα από Β κύτταρα. Στις αξονικές τομογραφίες ολοκλήρου του σώματος που ακολούθησαν, βρέθηκαν διογκωμένοι λεμφαδένες και μπλοκ λεμφαδένων στη βουβωνική και μασχαλιαία χώρα. Η ασθενής αντιμετωπίζεται από το Ογκολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν» και η πορεία της είναι καλή, δύο χρόνια μετά τη διάγνωση.

- 44 -

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΚΡΟΡΡΙΖΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΜΗ ΠΟΛΦΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ. ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΒΙΟΨΙΩΝ

Κριθινάκης Σ*, Μποντάκη Γ, Χριστόπουλος Π, Τόσιος Κ, Παπανικολάου Σ

Εισαγωγή: Στις ακρορριζικές αθηροιώσεις που σχετίζονται με νέκρωση του πολφού, η σωστή αξιολόγηση των κλινικών και ακτινογραφικών χαρακτηριστικών επιτρέπει συνήθως την ορθή διάγνωση. Παρόλα αυτά, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις βλάβων που εντοπίζονται περιακρορριζικά, υποδύμενες αθηροιώσεις πολφικής αιτιολογίας, όπως αναπτυξιακές οδοντογενείς κύστεις, ειδικές φλεγμονές και νεοπλασμάτα.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η σύγκριση μεταξύ της πιθανής διάγνωσης και της ιστοπαθολογικής διάγνωσης σε ακρορριζικές αθηροιώσεις που είχαν διαγνωσθεί κλινικά σαν βλάβες οδοντογενούς φλεγμονώδους αιτιολογίας.

Υλικό και μέθοδος: Το υλικό της μελέτης προήλθε από το ιστοπαθολογικό αρχείο του Εργαστηρίου της Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και αφορά στα έτη 1990 έως και 2004. Συγκεντρώθηκαν 2097 περιπτώσεις ακρορριζικών βλαβών, στις οποίες η πιθανή διάγνωση ήταν ακρορριζική αθηροίωση οδοντογενούς φλεγ-

μονώδους αιτιολογίας. Εξαιρέθηκαν 91 βλάβες όπου δεν προσδιοριζόταν σαφώς η φλεγμονώδης φύση. Σε κάθε περίπτωση καταγράφηκε το συμπέρασμα της ιστολογικής εξέτασης, το οποίο σε 52 περιπτώσεις δεν προσδιόριζε με σαφήνεια τη φύση της βλάβης. Και οι περιπτώσεις αυτές εξαιρέθηκαν της μελέτης, οπότε το τελικό υλικό ήταν 1954 περιπτώσεις.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Στο 93,4% των περιπτώσεων η πιθανή και η ιστολογική διάγνωση συνέπιπταν ως προς την οδοντογενή φλεγμονώδη φύση της βλάβης, ενώ στο 5,9% το συμπέρασμα της ιστολογικής διάγνωσης δεν συμφωνούσε με την πιθανή. Από αυτές τις περιπτώσεις, η πιο συχνή διάγνωση ήταν οδοντογενής κερατινοκύστη, ενώ στο 2,8% η τελική διάγνωση ήταν βλάβη με σοβαρή πρόγνωση για τον ασθενή. Τα ευρήματα αυτά τονίζουν την ανάγκη ιστοπαθολογικής εξέτασης των ιστών που αφαιρούνται κατά τη διάρκεια της ενδοδοντικής χειρουργικής, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για άτυπες βλάβες ή βλάβες που δεν ανταποκρίθηκαν στην ενδοδοντική θεραπεία.

- 45 -

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Σαπουνάκης Κ

Ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος είναι ολοένα μεγαλύτερος. Μεγάλο μέρος των ασθενών αυτών λαμβάνει για προληπτικούς ή και θεραπευτικούς λόγους κάποια μορφή αντιπηκτικής αγωγής. Αυτή συνίσταται συνήθως σε μία από τις παρακάτω κατηγορίες φαρμάκων: (α) αντιπηκτικά, (β) αντιαιμοπεταλιακά και (γ) ινωδολυτικά ή θρομβολυτικά. Η αγωγή αυτή ενδεχομένως να προβλημάτισε το θεράποντα οδοντίατρο. Θα πρέπει να διαλέξει μεταξύ του αιμορραγικού κινδύνου στον οποίο μπορεί να εκθέσει τον ασθενή και του θρομβοεμβολικού κινδύνου που μία μείωση ή διακοπή της τρέχουσας αντιπηκτικής αγωγής ίσως προκαλέσει. Η πιο επί-

φοβη στατιστικά αγωγή είναι αυτή με κουμαρινικά φάρμακα. Χωρίς να υπάρχουν ακόμα σαφείς παγκόσμιες οδηγίες, η στάση που ακολουθείται είναι εκείνη του ελέγχου του INR του ασθενούς. Εάν αυτό βρίσκεται εντός των θεραπευτικών ορίων, δεν θα γίνει προσπάθεια τροποποίησής του. Η προτεραιότητα δίνεται σαφώς στην αντιθρομβωτική αγωγή, δεδομένου ότι οι κίνδυνοι στους οποίους θα εκτεθεί ο ασθενής με τη διακοπή της, είναι μεγαλύτεροι από την αιμοστατική δυσχέρεια που μπορεί να συναντήσει ο οδοντίατρος. Οι τοπικές αιμορραγίες από τις οδοντιατρικές πράξεις δεν είναι στατιστικά μεγαλύτερες στους ασθενείς αυτούς. Οι μετεπεμβατικές αιμορραγίες συνδέονται κυρίως με

την τοπική φλεγμονή. Εάν υπάρξουν, ελέγχονται εύκολα με τοπικά μέσα (φατνιακή συρραφή, πλύσεις με τρανζεμικό οξύ, κυανοακρυλικές κόλλες), χωρίς ιδιαίτερες τεχνικές δυσκολίες. Οι θεραπείες με αντιαιμοπεταλιακά (ασπιρίνη, κλοπιδογρέλη) δεν χρειάζονται κάποια ιδιαίτερη μετατροπή πριν από κάποια οδοντιατρική εργασία. Προσοχή θα πρέπει να

δοθεί στις αγωγές που θα χορηγηθούν από τον οδοντίατρο, για να μην αντενδείκνυνται με την υπάρχουσα αντιπηκτική θεραπεία, αλλά και να μην επιδράσουν στο μεταβολισμό των αντιπηκτικών φαρμάκων ανατρέποντας την υπάρχουσα δυναμική αντιπηκτική ισορροπία. Η συνεργασία του θεράποντος ιατρού κρίνεται απαραίτητη.

- 46 -

ΤΡΙΧΩΤΗ ΛΕΥΚΟΠΛΑΚΙΑ, ΜΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Χρυσομάλη Ε*, Κυριακόπουλος Β, Δανδουλάκη Α, Ζαχαρόπουλος Δ, Κριθινάκης Σ, Μπονατάκη Γ
Από το Εργαστήριο Στοματολογίας του Τομέα Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η τριχωτή λευκοπλακία (ΤΛ) αποτελεί ευκαιριακή λοίμωξη οφειλόμενη στον ιό Epstein-Barr. Αρχικά περιγράφηκε σε άτομα που παρουσίαζαν οροθετικότητα στον ιό της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV) και συνιστά σημαντικό διαγνωστικό και προγνωστικό δείκτη της HIV λοίμωξης. Στη βιβλιογραφία έχουν επίσης περιγραφεί περιπτώσεις εμφάνισης ΤΛ σε ασθενείς με ιατρογενούς ή αληθινής αιτιολογίας ανοσοκαταστολή, καθώς και περιπτώσεις ΤΛ σε μη ανοσοκαταστατημένα άτομα. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση δύο περιπτώσεων ΤΛ μη σχετιζόμενης με ανοσοκαταστολή. Η πρώτη περίπτωση αναφέρεται σε άνδρα ηλικίας 32 ετών με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, ο οποίος εμφάνισε μη αποκοιλιωμένη ανώδυνη λευκή πλάκα στο πλάγιο χείλος της γλώσσας. Η διάγνωση της ΤΛ τέθηκε μετά από λήψη μερικής βιοψίας από τη βλάβη και ιστολογική εξέταση. Οι ορολογικές εξετάσεις για ανίχνευση HIV οροθετικότητας ήταν αρνητικές. Σε επανεξέταση μία εβδομάδα μετά, ο ασθενής δεν

παρουσίαζε παθολογικά ευρήματα στο στοματικό βλεννογόνο και δύο έτη μετά παραμένει ελεύθερος κλινικών σημείων και συμπτωμάτων, ενώ οι ορολογικές εξετάσεις που διενεργήθηκαν εκ νέου ήταν αρνητικές για τον HIV. Η δεύτερη περίπτωση αναφέρεται σε άνδρα ηλικίας 63 ετών, ο οποίος έπασχε από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια για την οποία ελάμβανε βρογχοδιασταλτικά φάρμακα, και εμφάνισε ΤΛ στο πλάγιο χείλος της γλώσσας που επιβεβαιώθηκε μετά από βιοψία και ιστολογική εξέταση. Ο αιματολογικός έλεγχος του ασθενούς δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα και οι ορολογικές εξετάσεις για HIV λοίμωξη ήταν αρνητικές.

Συμπερασματικά, η ΤΛ εξαιρετικά σπάνια μπορεί να εμφανισθεί σε μη ανοσοκαταστατημένα άτομα, αλλά είναι πάντα απαραίτητος ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος του ασθενούς για να αποκλεισθεί η πιθανότητα HIV οροθετικότητας ή η ύπαρξη άηλου υποκείμενου νοσήματος που μπορεί να σχετίζεται με ανοσοκαταστολή.

- 47 -

ΛΕΥΚΟΠΛΑΚΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΥΝ SANGUINARIA. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Χρονόπουλος Α*, Διαμαντή Σ, Βασίλας Α, Τόσιος Κ, Παπανικολαΐου Σ

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

Εισαγωγή: Το εκχύλισμα του φυτού *Sanguinaria Canadensis* L αποτελούσε κύριο συστατικό προϊό-

ντων στοματικής υγιεινής, μερικά από τα οποία κυκλοφορούσαν μέχρι πρόσφατα και στην ελληνική

αγορά. Τα προϊόντα αυτά είχαν σημαντική αντιμικροβιακή δράση και προκαλούσαν ελάττωση της υποουβικής οδοντικής μικροβιακής πλάκας, της φλεγμονής και της αιμορραγίας των ούλων. Το 1999 όμως, παρατηρήθηκε ότι ασθενείς που χρησιμοποιούσαν για πολλή χρόνια προϊόντα στοματικής υγιεινής με εκχύλισμα sanguinaria ανέπτυσαν λευκοπλακία στο φατνιακό βλεννογόνο της άνω γνάθου. Η θέση αυτή θεωρείται ασυνήθιστη για την ανάπτυξη λευκοπλακίας και οι βλάβες αποδόθηκαν στις τοξικές ή μεταλλάξιμες ιδιότητες ορισμένων από τα συστατικά του εκχυλίσματος της sanguinaria.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με λευκοπλακία στο φατνιακό βλεννογόνο της άνω γνάθου, η οποία χρησιμοποιούσε για μεγάλο χρονικό διάστημα στοματικό πλυσμα με εκχύλισμα sanguinaria.

Περιγραφή περίπτωσης: Γυναίκα ηλικίας 52 ετών, παραπέμφθηκε από οδοντίατρο για λευκοπλακία. Η βλάβη ήταν ασυμπτωματική και δεν είχε γίνει αντιληπτή από την ασθενή. Η ασθενής δεν κάπνιζε και δεν έπινε οινοπνευματώδη ποτά, αλκή

είχε χρησιμοποιήσει στοματικό διάλυμα με sanguinaria για περισσότερο από δύο χρόνια, στη διάρκεια θεραπείας περιοδοντίτιδας. Το ιατρικό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Η βλάβη εντοπιζόταν στο φατνιακό βλεννογόνο, αντίστοιχα των δοντιών 24 και 25. Ήταν ομοιογενής και είχε μέγεθος 1x0,5 εκ. Σε διάστημα παρακολούθησης 10 μηνών διαπιστώθηκε αύξηση σε μέγεθος, οπότε έγινε ολική εξαίρεση. Η μικροσκοπική εξέταση έδειξε υπερκερατίωση, επιθηλιακή ατροφία, μικρού βαθμού επιθηλιακή δυσπλασία, και ήπια φλεγμονή του συνδετικού ιστού του χορίου. Τα ευρήματα ήταν συμβατά με λευκοπλακία σχετιζόμενη με sanguinaria.

Συζήτηση: Ο κλινικός οδοντίατρος πρέπει να γνωρίζει την πιθανότητα ανάπτυξης λευκοπλακίας μετά από μακροχρόνια χρήση προϊόντων στοματικής υγιεινής με sanguinaria, έτσι ώστε να εξετάζει προσεκτικά τους βλεννογόνους των ασθενών που χρησιμοποιούν τέτοια προϊόντα. Η ολική εξαίρεση και ιστολογική εξέταση των βλαβών αυτών είναι επιβεβαιωμένα, καθώς μελέτες αναφέρουν την πιθανότητα ανάπτυξης επιθηλιακής δυσπλασίας.

- 48 -

ΛΕΥΚΟΠΛΑΚΙΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΜΕΛΕΤΗ 490 ΑΣΘΕΝΩΝ

Ανδρεάδης Δ*, Δούκα-Αλεξίου Μ, Γκάγκαρα Ε, Λάσκαρης Γ

Από το Στοματολογικό Τμήμα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός».

Η λευκοπλακία είναι κλινικός όρος, που περιγράφει κάθε λευκή πλάκα στερεά προσκολλημένη στο στοματικό βλεννογόνο, που δεν μπορεί να ταξινομηθεί σε κάποια νοσηλογική οντότητα. Αιτιολογικά σχετίζεται με τη χρήση καπνού, αλκοόλη, χρόνιο ερεθισμό και τους ιούς του ανθρώπινου θηλώματος (HPV). Είναι προκαρκινική βλάβη, με ποσοστό εξαθλαγής 5-6%. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η μελέτη της συχνότητας εμφάνισης της λευκοπλακίας, της ηλικίας και του φύλου των ασθενών, της εντόπισής της, των κλινικών μορφών και του βαθμού δυσπλασίας. Για το σκοπό αυτό, έγινε αναδρομική μελέτη επί 490 ασθενών της Κλινικής της Στοματολογίας του Νοσοκομείου «Α. Συγγρός» από 2000 έως 2005. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η λευκοπλακία διαγνώσθηκε στο 9% των εξετασθέντων στοματολογικών ασθενών. Το 88% των ασθενών ήταν χρόνιοι καπνιστές. Άνδρες ήταν 273 (55,5%) και γυναίκες 217 (44,6%), σχέση 1,25:1. Η

μέση ηλικία των ασθενών ήταν παρόμοια στα δύο φύλα (άνδρες 51 (31-78), γυναίκες 52 (28-73)). Συνότερη θέση εντόπισης ήταν οι παρειές (30%), και ακολουθούσαν με φθίνουσα συχνότητα η γλώσσα (20%), ούλα και χείλη (15%), έδαφος στόματος (10%), υπερώα (7,5%) και φατνιακές αποφύσεις (1,5%). Κλινικά, στο 97% ήταν ομοιογενής λευκοπλακία, 2,5% κοκκιώδης και 0,5% μυρμηκιδώδης. Ιστολογικά, επιθηλιακή δυσπλασία παρατηρήθηκε στο 20% των περιπτώσεων.

Συμπεράσματα: Τα τελευταία χρόνια καταγράφονται περιστατικά λευκοπλακίας σε όλες τις ηλικιακές ομάδες άνω των 30, με ίση περίπου αναλογία μεταξύ των δύο φύλων. Η σε ικανό ποσοστό παρατηρούμενη δυσπλασία, είναι ενδεικτική του κινδύνου κακοήθους εξαθλαγής. Τονίζεται η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης της λευκοπλακίας για την πρόληψη του κινδύνου κακοήθους εξαθλαγής.

- 49 -

ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ

Νικολόπουλος Γ*, Μακρή Ε, Πύλην Μ, Παπαδημόπουλος Δ, Τσιάρα Χ, Παρασκευά Δ

Από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Αθήνα.

Εισαγωγή: Η πιθανότητα μετάδοσης της HIV λοίμωξης στο χώρο του οδοντιατρείου θεωρείται εξαιρετικά χαμηλή. Ωστόσο, στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται η περίπτωση ενός οροθετικού στον HIV οδοντίατρο, ο οποίος μόλιανε ασθενείς του.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία επιχειρεί την παρουσίαση της επιδημιολογικής διερεύνησης των αναφερόμενων περιστατικών μετάδοσης της HIV λοίμωξης από οδοντίατρο στους ασθενείς του.

Υλικό και Μέθοδος: Συστηματική αναζήτηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και των ιστοσελίδων οργανισμών δημόσιας υγείας.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα των επιδημιολογικών μελετών του Centers for Disease Control and Prevention (CDC) στις ΗΠΑ, καταδεικνύουν ως πολύ πιθανή τη μόλυνση 6 ατόμων από έναν οδοντίατρο στη Φλόριδα. Πρόκειται για

4 γυναίκες και 2 άνδρες. Στο συγκεκριμένο συμπέρασμα συνηγορούν τα εξής: (1) κανένας από τους παραπάνω ασθενείς δεν είχε κάποιου άλλου είδους επιβεβαιωμένη έκθεση στον HIV, (2) σε όλους διενεργήθηκαν αιματηρές επεμβάσεις και (3) η γενετική ομοιότητα των στελεχών του HIV στον οδοντίατρο και στους ασθενείς. Ο ακριβής τρόπος μετάδοσης δεν έχει διαπιστωθεί.

Συμπεράσματα: Το CDC θεωρεί τα ανωτέρω περιστατικά ως τη μοναδική τεκμηριωμένη περίπτωση μετάδοσης της HIV λοίμωξης από HIV οροθετικό οδοντίατρο σε ασθενείς του. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι επιστημονικές έρευνες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος μετάδοσης της HIV λοίμωξης από οροθετικό οδοντίατρο σε ασθενή του είναι πολύ μικρή. Η εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων ελέγχου των λοιμώξεων στο χώρο του οδοντιατρείου είναι απαραίτητη.

- 50 -

ΚΑΤΑΔΥΟΜΕΝΟ ΒΑΤΡΑΧΙΟ ΣΕ ΑΓΟΡΙ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΡΙΩΝ ΕΤΩΝ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Γεωργοπούλου Μ*, Ιατρού Ι, Λυγιδάκη Θ, Χριστόπουλος Π, Οικονομοπούλου Π

Από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή μίας περίπτωσης αγοριού ηλικίας 3 ετών, με καταδύομενο βατράχιο, που εκδηλώθηκε ως ευμεγέθους διόγκωση στη μεσότητα του τραχήλου, διάρκειας δύο χρόνων, που μεγάλωνε. Με πιθανή διάγνωση κύστης θυρεοειδούς πόρου, έγινε χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεσή της. Η ιστολογική εξέταση αποκάλυψε καταδύομενο βατράχιο. Το βατράχιο είναι βλεννοκήλη, που εμφανίζεται στο έδαφος του στόματος από βλήννα, κυρίως του υπογλώσσου σιελογόνου αδένου. Το καταδύομενο βατράχιο είναι σπάνια κλινική οντότητα που συμβαίνει όταν η βλήννα διαχυθεί κάτω από το γναθοϋοειδή μυ, ώστε να ευνοείται η συγκράτησή της και η ανάπτυξη κύστης. Πολλές φορές μπορεί να μην υπάρχει καμία ένδειξη της

βλάβης ενδοστοματικά, οπότε και η διάγνωση είναι αδύνατη χωρίς ιστολογική εξέταση, όπως συνέβη στην παρούσα περίπτωση. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει από τη διόγκωση της μεσότητας του τραχήλου, που μπορεί να αφορά σε δερμοειδείς ή βραγχιακές κύστεις, τερατώματα, αποστήματα, διογκωμένους λεμφαδένες, κυστικό ύγρωμα, λίπωμα, αιμαγγείωμα ή παρυγκοκήλη, έκτοπο θυρεοειδικό ιστό, όγκους του θυρεοειδούς και των σιαλογόνων αδένων, κύστη του θυρεοειδούς πόρου ή καταδύομενο βατράχιο. Η σύσταση της βλάβης, η κινητικότητα ή ο κλυδασμός, ο πόνος, ο πυρετός, η δυσκαταποσία και η διάρκεια της βλάβης, είναι τα πρώτα στοιχεία από το ιστορικό του ασθενούς που προσανατολίζουν τη διάγνωση.

- 51 -

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ζησόπουλος Σ

Η μη χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνεται στην πρώτη φάση της περιοδοντικής θεραπείας (φάση ελέγχου της φλεγμονής) και είναι αναπόσπαστο μέρος της αντιμετώπισης κάθε περιοδοντικού ασθενούς. Τα αποτελέσματά της έχουν τεκμηριωθεί πειστικά σε μεγάλο αριθμό εργασιών σε μέτριας βαρύτητας περιοδοντίτιδες. Σε περιπτώσεις με βαρύτερη διάγνωση και αμφίβολη πρόγνωση, όπου το αποτέλεσμα μπορεί να μην είναι ικανοποιητικό μετά την πρώτη φάση, ίσως απαιτηθεί το δεύτερο επανορθωτικό στάδιο της θεραπείας, που περιλαμβάνει τη χειρουργική του περιοδοντίου. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει την αποτελεσματικότητα της μη χειρουργικής περιοδοντικής θεραπείας και τη συμβολή της σωστής διατήρησης του θεραπευτικού αποτελέσματος σε περιπτώσεις με μειωμένη πιθανότητα επιτυχίας. Θα παρουσιαστούν κλινικές περιπτώσεις ασθενών με βάθος θυλάκων άνω των 6 χιλ., απώλεια πρόσφυσης άνω των 8 χιλ., κινητικότητα έως δεύτερου βαθμού και ενδοστικές βλάβες, όπως αυτές αξιολογήθηκαν με ακτινογραφικά κριτήρια.

Η διάγνωση ήταν βαριά χρόνια γενικευμένη περιοδοντίτιδα. Η αρχική πρόγνωση ήταν μέτρια και σε κάποιες περιπτώσεις αμφίβολη. Στο αρχικό σχέδιο θεραπείας η πιθανότητα χειρουργικής του περιοδοντίου ήταν αυξημένη. Η φάση ελέγχου της φλεγμονής περιελάμβανε οδηγίες στοματικής υγιεινής, ριζική απόξεση σε ολόκληρο το φραγμό, επανεξέταση σε 30 έως 45 ημέρες και επαναξιολόγηση του αποτελέσματος ανά 3 έως 6 μήνες. Καμία από τις περιπτώσεις δεν υποβλήθηκε σε χειρουργική του περιοδοντίου. Θα εξεταστεί, θα αναλυθεί και θα συζητηθεί το θετικό αποτέλεσμα της συμβατικής περιοδοντικής θεραπείας. Θα παρουσιαστεί το σύστημα επανεξετάσεων και η υποστηρικτική θεραπεία σε χρονικό διάστημα 6 ετών. Από τις κλινικές περιπτώσεις διαφαίνεται η σημασία της απάντησης του ξενιστή, οι δυνατότητες της μη χειρουργικής προσέγγισης και η χρησιμότητα της πειθαρχημένης παρακολούθησης του ασθενή. Απαραίτητη προϋπόθεση θεωρείται η συνεργασία του ασθενή και η ενεργή συμμετοχή του στην εξέλιξη της θεραπείας.

- 52 -

Η ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΙΣΤΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΟΥ ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ

Ζησόπουλος Σ

Κλινικές και ιστολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η επούλωση και η ωρίμανση των περιοδοντικών ιστών αρχίζει αμέσως μετά τη χειρουργική αύξηση της κλινικής μύλης και συνεχίζεται για 3, 6, ακόμα και 12 μήνες αργότερα. Το γεγονός αυτό έχει σημασία, διότι επηρεάζει το σχεδιασμό της επέμβασης, το αναμενόμενο αποτέλεσμα και το χρόνο αναμονής πριν από την τοποθέτηση μίας μόνης προσθετικής αποκατάστασης, κυρίως σε περιοχές με αισθητικό ενδιαφέρον. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τις κλινικές αλλαγές των περιοδοντικών ιστών από τα αρχικά στάδια της επούλωσης και για διάστημα 8 ετών. Οι ασθενείς που επελήφθησαν υποβλήθηκαν σε χειρουργική αύξηση της κλινικής μύλης στην πρόσθια περιοχή για λόγους ολοκλήρωσης της προσθετικής αποκατάστασης και φωτογραφήθηκαν υπό σταθερές συνθήκες. Παρουσιάζονται οι αλλαγές των ιστών σε διάστημα 8 ετών. Συζητείται η προβλεψιμότητα του τελικού αποτελέσματος. Αξιολογείται η σημασία του βιολογικού εύρους και των διαστάσεών του. Παραβίαση του βιολογικού εύρους μπορεί να οδηγήσει σε φλεγμονή, υπερπλασία, σχηματισμό θυλάκων ή υφίζηση. Σε αισθητικά ευαίσθητες περιοχές η υφίζηση και η απορρόφηση οστού πρέπει να ελέγχονται και να

να ελέγχονται και να

αξιοηγοούνται, κυρίως όταν ακολουθήσει προσθετική εργασία. Ο κλινικός οφείλει να εξετάσει λεπτομερώς το περιοδόντιο και να αποφασίσει για την ωριμότητα και σταθερότητα των ιστών και κυρίως της ουλικής παρυφής. Φαίνεται ότι οι ιστοί αναδομούνται ακόμα και για 6 μήνες μετά την επέμβαση (tissue rebound) και έχουν την τάση να επανέλθουν στην αρχική τους θέση. Το πε-

ριοδόντιο τείνει να δημιουργήσει και να επανακτήσει το αρχικό πάχος του βιοηολογικού εύρους, 3 έως 6 μήνες αργότερα. Η επούλωση ίσως ολοκληρώνεται ακόμα και σε 12 μήνες. Η τελική αποκατάσταση πρέπει να τοποθετείται 2 έως 3 μήνες μετά την επέμβαση και ακόμη αργότερα στις πρόσθιες περιοχές, όπου η δημιουργία υφίζησης είναι πιθανή.

- 53 -

ΜΟΝΗΡΕΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΚΥΤΤΩΜΑ ΤΩΝ ΟΥΛΩΝ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Γκούβερης Ι*, Δρούκας Χ, Αρσενόπουλος Α, Τόσιος Κ, Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε

Από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ο γενικός οδοντίατρος κατά την άσκηση της οδοντιατρικής πράξης καλείται να αντιμετωπίσει περιφερικούς όγκους των ούλων, οι οποίοι αποτελούν κατά κανόνα αντιδραστικές βλάβες, όπως το περιφερικό ίνωμα, το αιμαγγειωματοειδές κοκκίωμα κ.ά. Σε σπάνιες περιπτώσεις, οι περιφερικοί όγκοι είναι δυνατόν να υποκρύπτουν οντότητες με κακή πρόγνωση για τον ασθενή. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση περίπτωσης μονήρους εξωμυελικού πλάσματος κυττώματος σε γυναίκα ηλικίας 43 ετών, το οποίο είχε την εικόνα αντιδραστικής βλάβης. Γίνεται ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και παρουσιάζεται η διαφορική διάγνωση της βλάβης. Η βλάβη εμφανίστηκε ως ελαστική, ασυμπτωματική, εξελκωμένη διόγκωση, διαστάσεων 1,7x1 εκ. στα γήλωσι-

κά ούλα της κάτω γνάθου, αντίστοιχα προς τα δόντια 45 και 46. Η πανοραμική ακτινογραφία έδειξε οριζόντια φατσιοδυσία, συμβατή με περιοδοντίτιδα. Η βιοψία, σε συνδυασμό με την ιστολογική και ανοσοϊστοχημική εξέταση, βεβαίωσε την πλάσματος κυτταρική φύση της βλάβης. Η ασθενής παραπέμφθηκε για περαιτέρω διερεύνηση. Το πλάσματος κυττώμα είναι ένα νεόπλασμα που ανήκει στη γενική κατηγορία των πλάσματος κυτταρικών δυσκρασιών. Διακρίνεται σε μονήρες ενδοστικό ή εξωμυελικό, και σε πολλαπλό με τη μορφή του πολλαπλού μυελώματος και της διάχυτης μυελωμάτωσης. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση περιορίζει τις πιθανότητες υποτροπής ή μετάπτωσης της νόσου σε πολλαπλό μυελωμα και αυξάνει τα ποσοστά επιβίωσης.

- 54 -

ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ. ΑΝΑΛΥΣΗ 298 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Δούκα-Αλεξίου Μ*, Γεωργακοπούλου Ε, Γκάγκαρη Ε, Λάσκαρης Γ

Από το Στοματολογικό Τμήμα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός».

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα είναι το πιο συχνό κακόηθες νεόπλασμα στο βλεννογόνο του στόματος και αντιπροσωπεύει το 93-95% των κακοήθων όγκων του στόματος. Σκοπός της εργασίας είναι η κλινικοστατιστική ανάλυση 298 ασθενών με ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα που προσήλθαν στο Νοσοκομείο «Α. Συγγρός» κατά τη χρονική περίοδο 2000-2005. Πρόκειται για ανα-

δρομική μελέτη, στην οποία αναλύονται τα επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν στην ηλικία και το φύλο των ασθενών, την εντόπιση στο στόμα και το βαθμό διαφοροποίησης ιστολογικά κατά το χρόνο της διάγνωσης. Επίσης, εξετάζεται το ποσοστό των ασθενών που ήταν καπνιστές. Από την ανάλυση προκύπτει ότι μέση ηλικία εκδήλωσης της νόσου ήταν τα 60 χρόνια, με

ακραία όρια ηλικίας τα 24 και 92 χρόνια. Η αναλογία ανδρών - γυναικών ήταν 1:1. Η γλώσσα ήταν η πιο συχνή θέση εντόπισης (45%) και ακολουθούν: η παρειά (19,1%), τα ούλα (15,4%), η υπερώα (7,7%), το χείλος (6,7%) και το έδαφος του στόματος (5,7%). Ιστολογικά, το 47,3% των περιπτώσεων ήταν καλής διαφοροποίησης το 42,6% ήταν μέτριας και το 10% ήταν χαμηλής. Το ποσοστό ασθενών που ήταν καπνιστές ήταν 92,3%. Από τα ευρήματα προκύπτει ότι το ακαν-

θοκυτταρικό καρκίνωμα του στόματος προσβάλλει κυρίως καπνιστές μέσης ηλικίας. Σημαντικό εξάλλου είναι, ότι ενώ στη δεκαετία 1990-2000 η σχέση ανδρών - γυναικών ήταν 2:1 και στη δεκαετία 1950-1960 5:1, στη δεκαετία που διανύουμε η αναλογία είναι 1:1. Η αλληλαγή αυτή οφείλεται κυρίως στην αύξηση του ποσοστού των γυναικών που καπνίζουν. Η συχνότερη εντόπιση είναι τα πλάγια χείλη της γλώσσας και ακολουθεί η παρειά.

- 55 -

ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΟΥΛΩΝ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΕ ΕΙΚΟΝΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΤΩΝ ΟΥΛΩΝ

Λιναρδούτσος Γ*, Γκούβερης Ι, Τόσιος Κ, Παπανικολάου Σ

Στα ούλα, που αποτελούν αντικείμενο καθημερινής ενασχόλησης του κλινικού οδοντιάτρου, μπορούν να εμφανιστούν πολλαπλές βλάβες, καλοήθειες και κακοήθειες, αντιδραστικής και νεοπλασματικής φύσης. Συχνότερες είναι οι αντιδραστικές βλάβες, όπως το αιμαγγειωματοειδές κοκκίωμα και το περιφερικό ίνωμα, που σχετίζονται συχνά με τραυματισμό από κακότεχνες οδοντιατρικές εργασίες. Αντίθετα, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα είναι σπάνιο. Σκοπός της εργασίας είναι η ευαισθητοποίηση του κλινικού οδοντιάτρου στην πιθανότητα εμφάνισης του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος με τη μορφή αντιδραστικής βλάβης των ούλων και η παρουσίαση της ορθής διαγνωστικής μεθοδολογίας. Για το σκοπό αυτό περιγράφεται περίπτωση γυναίκας ηλικίας 54 ετών με διόγκωση στα ούλα της κάτω γνάθου, αναφερόμενης διάρκειας «μηνών», η οποία βρισκόταν κάτω από ακίνητη προσθετική εργασία. Κλινικά παρατηρήθηκε ογκίδιο εξέρυθρο, με

λευία επιφάνεια και ελαστική σύσταση, που έδινε την εντύπωση ότι εκπορεύεται από το περιοδόντιο του εγγύς στηρίγματος της γέφυρας. Η οπισθοφατνιακή ακτινογραφία δεν αποκάλυψε παθολογικά ευρήματα και η πιθανή διάγνωση ήταν αιμαγγειωματοειδές κοκκίωμα ή περιφερικό ίνωμα. Ακολούθησε μερική βιοψία, η οποία αποκάλυψε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα καλής διαφοροποίησης.

Συμπεράσματα: Τα ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του στόματος, που εκδηλώνεται με διάφορες κλινικές μορφές, μπορεί να απομимείται αντιδραστικό όγκο των ούλων. Ο κλινικός οδοντίατρος, που συχνά αντιμετωπίζει διογκώσεις των ούλων, πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένος στην πιθανότητα αυτή και να γνωρίζει την ορθή διαγνωστική μεθοδολογία, καθώς η έγκαιρη διάγνωση αποτελεί τον πλέον καθοριστικό παράγοντα στην πρόγνωση του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος.