



**ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

**42η ΕΤΗΣΙΑ  
ΣΥΝΟΔΟΣ**

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ  
ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ  
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

**ΒΕΡΟΙΑ  
6-8 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2007**

---

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

**ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ.***Γάτου Ε\*, Δαφέρμου Ε, Ταρενίδου Μ*

Οι ορμονικές μεταβολές στις γυναίκες, φαίνεται να μην επηρεάζουν μόνο το αναπαραγωγικό τους σύστημα, αλλά να έχουν και σημαντικές επιδράσεις στη στοματική τους κοιλότητα. Γι' αυτόν το λόγο, ο οδοντίατρος θα πρέπει να είναι ενήμερος και σε θέση να αντιμετωπίσει κατάλληλα και αποτελεσματικά τα όποια προβλήματα προκύψουν στη στοματική κοιλότητα των γυναικών, εξ' αιτίας των μεταβολών αυτών που συμβαίνουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Πιο συγκεκριμένα, ξεκινώντας από τη γυναίκα στην εφηβεία, με την έναρξη της εμμηνου ρύσης, παρατηρείται επιρρέπεια στην περιοδοντική νόσο και την εμφάνιση αφθών. Επιπρόσθετα, η ενήλικη γυναίκα, πέρα από τις μεταβολές στα επίπεδα των ορμονών κατά τη διάρκεια του μηνιαίου κύκλου και τις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν αυτές στους περιοδοντικούς ιστούς, μπορεί να λαμβάνει και αντισυλληπτικά. Έχει παρατηρηθεί, λοιπόν, έξαρση της φλεγμονής των ούλων σε γυναίκες που λαμβάνουν σε καθημερινή βάση αντισυλληπτικά. Εκεί όμως που εμφανίζονται οι μεγαλύτερες αλληλαγές

είναι η περίοδος της εγκυμοσύνης. Παρατηρείται επιδείνωση της περιοδοντικής νόσου και εμφάνιση βλαβών, όπως η επουλίδα της κύησης. Παράλληλα, υπάρχουν ενδείξεις ότι η περιοδοντική νόσος σχετίζεται με πρόωρους τοκετούς. Όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό και με τη δυσκολία στην αντιμετώπιση της εγκύου λόγω της γενικής της κατάστασης, καθιστούν καθοριστικό το ρόλο του οδοντίατρου σ' αυτή την ξεχωριστή περίοδο στη ζωή μίας γυναίκας. Όσον αφορά στην εμμηνοπαυση, εκείνο που πρέπει να απασχολήσει τον οδοντίατρο, είναι η οστεοπόρωση των γνάθων εξ' αιτίας της έλλειψης οιστρογόνων και το κατά πόσο αποτελεί αντένδειξη για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων και λοιπών χειρουργικών επεμβάσεων στη στοματική κοιλότητα. Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι η παρουσίαση των μεταβολών στα επίπεδα των ορμονών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής μίας γυναίκας, η επίδρασή τους στη στοματική κοιλότητα, αλλά και η σωστή αντιμετώπιση της ιδιαίτερης αυτής κατηγορίας ασθενών από τον οδοντίατρο.

## 2

**ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.***Κουλούρη Ο*

Η περιοδοντική νόσος προσβάλλει την έγκυο γυναίκα σε υψηλά ποσοστά, που φθάνουν και το 40% των γυναικών σε κατάσταση εγκυμοσύνης. Εάν η ουλίτιδα στην εγκυμοσύνη δεν ελεγχθεί, μπορεί να μεταπέσει σε μία καταστρεπτικότερη οντότητα που ονομάζεται χρόνια περιοδοντίτιδα και να προκαλέσει ανεπανόρθωτες βλάβες στη στήριξη των δοντιών. Είναι πιθανό ακόμα, η μόλυνση που υπάρχει στο στόμα να επηρεάζει την υγεία του εμβρύου. Επιπρόσθετα, περιοδοντολογικά προβλήματα που μπορεί να επιδεινωθούν με την κατάσταση της εγκυμοσύνης, μπορούν να οδηγήσουν σε οξείες καταστάσεις όπου απαιτούνται λήψεις αντιβιοτικών φαρμά-

κων στη διάρκεια της κύησης, γεγονός που δεν είναι επιθυμητό. Η περιοδοντική νόσος έχει συσχετιστεί με ανεπιθύμητες για την εγκυμοσύνη καταστάσεις, όπως προεκλαμψία, πρόωρες γεννήσεις. Κατά την Αμερικανική Εταιρεία Περιοδοντολογίας, οι έγκυες γυναίκες με περιοδοντική νόσο έχουν μέχρι και επτά φορές περισσότερες πιθανότητες να γεννήσουν πρόωρα και το νεογνό να έχει ελαττωμένο βάρος, πιθανά λόγω της αύξησης προσταγλανδινών που παρατηρούνται σε αυτές. Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων προτείνεται συντηρητική περιοδοντική θεραπεία. Αυτή αφορά στο βαθύ καθαρισμό των δοντιών για να απομακρυνθούν η πλάκα και η

τρυγία, καθώς και τα βακτηρίδια και οι τοξίνες τους που βρίσκονται υπερουθικά αλλή και υποουθικά. Η θεραπεία αυτή απαλλιάσσει από τα έντονα συμπτώματα της περιοδοντικής νόσου

και πιθανώς να μειώνει τον κίνδυνο πρόωρης γέννησης παιδιών με ελαττωμένο βάρος και άλλων ανεπιθύμητων για την εγκυμοσύνη καταστάσεων.

## 3

### ΠΕΡΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ. ΣΥΝΟΨΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.

#### Ζαμπέλης Α

**Εισαγωγή:** Τα οδοντικά εμφυτεύματα αποτελούν ένα πολύτιμο εργαλείο στα χέρια του οδοντιάτρου για την αντιμετώπιση της μερικής ή ολικής νωδότητας. Η κλινική χρήση τους τα τελευταία 30 χρόνια υποδεικνύει ότι πρόκειται για μία ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία. Παράλληλα, η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η περιεμφυτευματική νόσος είναι μία κλινική οντότητα που εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η περιεμφυτευματική νόσος εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς με πρότερη εμπειρία περιοδοντικής νόσου, ενώ οι προτεινόμενες θεραπείες συχνά κυμαίνονται σε επίπεδο αναφορών κλινικών περιπτώσεων. Σκοπός της σύνοψης είναι να παρουσιάσει τα πιο σύγχρονα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τον επιπολασμό της περιεμφυτευματικής νόσου σε ασθενείς περιοδοντικούς ή μη. Επίσης, να παρουσιάσει τα απαραίτητα εφόδια για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της νόσου, με βάση δημοσιευμένες κλινικές και πειραματικές έρευνες.

**Υλικό και μέθοδος:** Η συλλογή των εργασιών που περιλήφθηκαν στη σύνοψη πραγματοποιήθηκε με έρευνα στο medline και σε έγκυρα περιοδικά Περιοδοντολογίας και Εμφυτευματολογίας. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε σε συστηματικές ανασκοπήσεις (systematic reviews).

**Αποτελέσματα - Συμπεράσματα:** Η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι ο επιπολασμός της προχωρημένης περιεμφυτευματικής νόσου φτάνει ή ξεπερνά το 30% σε επίπεδο ασθενών. Ο επιπολασμός σε επίπεδο εμφυτευμάτων φαίνεται να κυμαίνεται σε χαμηλότερα επίπεδα. Αν και ελάχιστες μελέτες έχουν αξιολογήσει τη σχέση περιεμφυτευματικής και περιοδοντικής νόσου, φαίνεται ότι οι δύο οντότητες σχετίζονται. Η έγκαιρη διάγνωση κρίνεται αναγκαία και πλήθος μελετών συνηγορούν υπέρ της χρήσης της περιοδοντικής μήλης για τον εντοπισμό θυλάκων. Από τις προτεινόμενες θεραπείες, ο καθαρισμός της επιφάνειας του εμφυτεύματος με ήπια μέσα έχει την καλύτερη βιβλιογραφική υποστήριξη.

## 4

### ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΑΜΕΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΟΔΟΝΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΥΠΟ ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΤΟΥ «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ ΒΟΥΛΑΣ».

Μεσσήνη Μ\*, Φανδρίδης Ι, Δημητρίου Α, Μπούρας Ε, Ζερβού-Βάββη Φ

Από το Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας».

**Εισαγωγή:** Στο Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας» λειτουργεί οργανωμένα και συστηματικά από το 1995 ειδική Μονάδα οδοντοθεραπείας ενηλίκων ΑΜΕΑ υπό γενική αναισθησία. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να προσδιορισθεί η γεωγραφική προέλευση των ΑΜΕΑ ασθενών της Μονάδας, ώστε να εξαχθούν χρήσιμα για

τους αρμόδιους φορείς συμπεράσματα σχετικά με τις υπάρχουσες ανάγκες τους.

**Υλικό:** Τα στοιχεία προέρχονται από τα αρχεία της Μονάδας από το 1995 έως και το 2005.

**Αποτελέσματα:** Κατά την περίοδο αυτή πραγματοποιήθηκαν 1240 οδοντοθεραπευτικά χειρουργεία υπό γενική αναισθησία (για πρώτη φο-

ρά ή για επανεξέταση) σε 696 ΑμΕΑ. Τα δύο τρίτα εξ αυτών παραπέμφθηκαν είτε από δημόσια Νοσοκομεία είτε από τα Ιδρύματα που διαμένουν ή εκπαιδεύονται, που είχαν προς τούτο ενημερωθεί κατά τη διάρκεια οργάνωσης και λειτουργίας της Μονάδας. Η μέση ηλικία τους ήταν τα 26 έτη. Πραγματοποιήθηκαν κατά μέσο όρο 11 οδοντοθεραπευτικές πράξεις (εμφράξεις, εξαγωγές, κλπ) ανά χειρουργείο, με μέσο χρόνο παραμονής τους στο νοσοκομείο 1,7 ημέρες. Τα 545 ΑμΕΑ (78%) διέμεναν στην Αττική και υποβλήθηκαν σε 995 χειρουργεία. Τα 151 ΑμΕΑ (22%) διέμεναν στην επαρχία (κυρίως Στερεά Ελλάδα, Πελοπόννησο, Δωδεκάνησα, Ήπειρο και Θεσσαλία) και υποβλήθηκαν σε 245 χειρουργεία.

**Συμπεράσματα:** Ένα σημαντικό ποσοστό των ΑμΕΑ αναγκάστηκαν να προσέλθουν από μακρινούς τόπους διαμονής, λόγω μη ύπαρξης της εξειδικευμένης αυτής οδοντοθεραπευτικής φροντίδας στη γεωγραφική τους περιφέρεια. Το ποσοστό επαναπροσέλευσής τους καταδεικνύει το μεγάλο ενδιαφέρον τους, αλλήλ και την ανάγκη δημιουργίας και άλλων αντίστοιχων Μονάδων ανάλογα κατανομημένων, θέμα το οποίο εξετάζεται από τη νεοσυσταθείσα Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας. Η παραμελημένη στοματική τους κατάσταση υπογραμμίζει την ανάγκη των ΑμΕΑ για περισσότερη πρόληψη (καλύτερη στοματική υγιεινή, σωστή διατροφή, τακτικούς επανελέγχους κλπ).

## 5

## ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΜΑΘΗΤΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ Ν. ΦΩΚΙΔΑΣ.

*Κωνσταντινίδης Ρ, Σαραφίδου Ε, Παπασταθοπούλου Β, Δαμασκηνού Π, Σεληνίδου Α\*, Δημητριάδης Δ, Καραθανασοπούλου Δ, Καπούρου Α*

*Από το Οδοντιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Αμφισσας, το Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού, και τη Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Ν. Φωκίδας - Υποδιεύθυνση Αγωγής Υγείας.*

**Σκοπός:** Η διερεύνηση των συνηθειών στοματικής υγιεινής και διατροφής μαθητών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και η δημιουργία βάσης δεδομένων για το σχεδιασμό προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Στα πλαίσια ενός ευρύτερου προγράμματος το οποίο περιελάμβανε και οδοντοστοματολογική εξέταση, συμπληρώθηκαν από μαθητές Δημοτικών Σχολείων της περιοχής του Ν. Φωκίδας ερωτηματολόγια που διερευνούσαν τις συνήθειες στοματικής υγιεινής και διατροφής τους. Ο συνολικός αριθμός των μαθητών ήταν 1002. Για τη στατιστική ανάλυση, συσχετίστηκαν παράμετροι που αφορούν στη διατροφή και τη στοματική υγιεινή, με χρήση της μεθόδου του  $\chi^2$ .

**Αποτελέσματα:** Τα κορίτσια βουρτσίζουν τα δόντια τους 2-3 φορές την ημέρα, σε μεγαλύτερο ποσοστό (68,6%) από ότι τα αγόρια (56,1%) ( $p < 0,001$ ) και οι μαθητές των μεγαλύτερων τάξεων από αυτούς των μικρότερων ( $p < 0,001$ ). Η αναλογία των μαθητών που βουρτσίζουν λιγότερο από μία φορά την ημέρα, είναι μεγαλύτερη μεταξύ των μαθητών που δεν επισκέφθηκαν οδο-

ντίατρο (20,3%), σε σχέση με εκείνους που επισκέφτηκαν (10,1%) ( $p = 0,007$ ). Παιδική οδοντοκρεμα χρησιμοποιούν τα παιδιά των μικρών τάξεων και η χρήση φθοριούχου διαλύματος αυξάνεται με την ηλικία, από 15,6% στην πρώτη τάξη σε 31,3% στην έκτη τάξη ( $p = 0,024$ ). Το 87,1% των μαθητών έχει επισκεφθεί τουλάχιστον μία φορά οδοντίατρο, ενώ φθορίωση στο οδοντιατρείο έγινε στο 22% του συνόλου. Με συχνότητα μία ή περισσότερες φορές την ημέρα, καταναλώνει αναψυκτικά το 32,4%, και γλυκά (καραμέλες, γλυφιτζούρια κλπ) το 31,4%. Μεγαλύτερη κατανάλωση αναψυκτικών και γλυκών εμφανίζουν οι μαθητές που βουρτσίζουν λιγότερο από μία φορά την ημέρα τα δόντια τους ( $p < 0,001$ ). Το δεκατιανό, για τα παιδιά που το φέρνουν από το σπίτι, περιλαμβάνει συχνότερα σάντουιτς (62,7% των μαθητών), γλυκά (43,7%) και φρούτα (32%), ενώ για τα παιδιά που το αγοράζουν από το σχολείο περιλαμβάνει πίτες (50,5% των μαθητών), χυμούς (40,6%), σάντουιτς (40,4%) και γλυκά (15,5%). Το πρωινό αποτελείται κυρίως από γαλακτοκομικά (85,9%), δημητριακά (25,8%) και γλυκά (22,1%). Στα αγαπημένα τους φαγητά αναφέρεται το κρέ-

ας από το 63,5% των μαθητών, τα ζυμαρικά από το 58,2% και οι πατάτες από το 23,4%.

**Συμπεράσματα:** Η περιορισμένη χρήση φθορίου, η μέτρια στοματική υγιεινή σε συνδυασμό με την κατανάλωση τροφών με ζάχαρη που παίρνουν είτε από το σπίτι είτε αγοράζουν στο σχολείο, αλλιά και η πιθανή έλλειψη προληπτικού προσ-

νατολισμού από τους οδοντίατρους, καθιστούν αναγκαίο το σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, έτσι ώστε μέσα από τεχνικές ενημέρωσης, συμμετοχής και κατάλληλης βιωματικές δραστηριότητες, οι μαθητές να οδηγηθούν στην αντικατάσταση ανθυγιεινών συνηθειών με νέες που προάγουν την υγεία.

## 6

## ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ.

### Βασιλείου ΛΒ

Τελευταία στην ιατρική κοινότητα, οριοθετείται επιστημονικά μία σχετικά καινούρια έννοια, το μεταβολικό σύνδρομο, το οποίο αφορά σε μία συνολική διαταραχή του μεταβολισμού, που προδιαθέτει σε εγκατάσταση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, και εκδήλωση καρδιαγγειακής νόσου. Η παρούσα εργασία, στηριζόμενη στην πρόσφατη βιβλιογραφία, ανασκοπεί την παθογένεια, τις εκδηλώσεις και την αντιμετώπιση του μεταβολικού συνδρόμου, μέσα από το πρίσμα των επιπτώσεών του στην άσκηση της οδοντιατρικής. Οι ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο συνήθως είναι μεσήλικες, εμφανίζουν κεντρικού τύπου παχυσαρκία, πιθανά να αναφέρουν ήπια υπέρταση και κινδυνεύουν από νόσους του καρδιαγγειακού. Η θεραπεία του μεταβολικού συνδρόμου αφενός αφορά σε δίαιτα χαμηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιας σε φυτικές ίνες και ακόρεστα λίπη, και αφετέρου μπορεί να περιλαμβάνει φάρμακα όπως ΑΜΕΑ, στατίνες και αντιπηκτικά. Ο οδοντίατρος μπορεί να αντιμετωπίσει ασθενείς με μη διαγνωσμένο μεταβολικό σύνδρομο, οπότε μπορεί να τους παραπέμψει για έλεγχο και θεραπεία. Από την άλλη πλευρά, ασθενείς υπό θεραπεία για μεταβολικό σύνδρομο μπορεί να λαμβάνουν φάρμακα των οποίων οι ανεπιθύμητες ενέργειες να

πρωτοδιαγιγνώσκονται από τον οδοντίατρο, όπως στοματίτιδα από ουδετεροπενία, ή αγγειοοίδημα εξαιτίας ΑΜΕΑ. Παράλληλα, σε ασθενείς που λαμβάνουν στατίνες η συγχορήγηση ορισμένων αντιμικροβιακών, όπως ερυθρομυκίνη, κληριθρομυκίνη και κετοκοναζόλη, που συνταγογραφούνται σχετικά συχνά στην οδοντιατρική, μπορεί να επιφέρει επιπλοκές, όπως ραβδομυόλυση και νεφρική ανεπάρκεια. Η ύπαρξη και θεραπεία μεταβολικού συνδρόμου οφείλει επίσης να λαμβάνεται υπόψη κατά την κατάρτιση οδοντιατρικού σχεδίου θεραπείας, καθόσον θα πρέπει να προγραμματίζονται με προσοχή αιματηρές επεμβάσεις σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά, όπως επίσης θα πρέπει να προτιμώνται μόνιμες προσθετικές αποκαταστάσεις, καθότι σε ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο συστήνεται διατροφή που απαιτεί καλή μαστική λειτουργία.

**Συμπερασματικά,** το μεταβολικό σύνδρομο δεν αποτελεί οντότητα απομακρυσμένη από την οδοντιατρική καθημερινότητα. Η γνώση του βελτιώνει τις θεραπευτικές επιλογές του οδοντίατρο, συντελεί στην αποφυγή επιπλοκών και ενδεχομένως αναβαθμίζει την προσφορά του οδοντίατρο στην πρωτόβθμια ιατρική και στη δημόσια υγεία.

## 7

## ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΑΣΚΑΣ.

### Ζούμπος Δ\*, Ζούμπος Α, Λαμπρόπουλος Π

**Εισαγωγή:** Καθημερινά ο οδοντίατρος έρχεται σε στενή επαφή με το στοματικό περιβάλλον των ασθενών, το οποίο αποτελεί και το πεδίο ερ-

γασίας του. Ο χώρος της στοματικής κοιλότητας κάθε ατόμου από καθαρός και άσηπτος είναι. Επιπρόσθετα, η ρύση της συνέχειας του βλεννογό-

νου του στόματος και η έκθεση του οδοντιάτρου στο αίμα του ασθενούς του, είναι αναπόφευκτη στις περισσότερες οδοντιατρικές πράξεις ρουτίνας. Η μάσκα, μαζί με τα προστατευτικά γυαλιά, τα γάντια και τον κατάλληλο ρουχισμό, αποτελεί ένα από τα πρωτεύοντα μέτρα πρόληψης μετάδοσης λοιμώξεων με άμεσο τρόπο. Η με άμεσο τρόπο μετάδοση γίνεται από τον ασθενή στον οδοντίατρο και το βοηθητικό προσωπικό ή το αντίστροφο, είτε μέσω της άμεσης επαφής με αίμα, σάλιο ή βλάβες του βλεννογόνου και του δέρματος, είτε με εκτόξευση αεροσταγονιδίων (αερογενής μετάδοση).

**Σκοπός:** Η παρουσίαση των τύπων масκών που κυκλοφορούν, των ιδιοτήτων που οφείλουν να έχουν, του μέτρου και είδους προστασίας που παρέχουν, καθώς επίσης και οδηγιών σχετικών με τη σωστή χρησιμοποίησή τους από τον οδοντίατρο και το βοηθητικό προσωπικό.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση της μάσκας, τόσο για τις χειρουργικές όσο και για τις πιο απλές οδοντιατρικές εργασίες, κρίνεται επιβεβλημένη και δείχνει το κατά πόσον ο κλινικός είναι ενημερωμένος και σχετικός με θέματα πρόληψης μετάδοσης λοιμώξεων, σε έναν τόσο ευαίσθητο χώρο, όπως είναι το οδοντιατρείο. Η αύξηση της αποτελεσματικότητας αυτού του μέτρου πρόληψης εξαρτάται από διάφορους παράγοντες (αλληλαγή της μάσκας σε κάθε ασθενή ή και περισσότερο, ικανότητα της μάσκας να εμποδίζει τη διέλευση όσο το δυνατόν μικρότερων αεροσταγονιδίων μέσα από τη μάζα της, σωστή εφαρμογή της κ.ά.), οι οποίοι σε συνδυασμό με άλλα κύρια μέτρα πρόληψης (αποστείρωση, απολύμανση επιφανειών κ.ά.) αποτελούν, το καθένα χωριστά, αναγκαίες καθημερινές πράξεις που ως σκοπό έχουν τη βελτιστοποίηση του ελέγχου των λοιμώξεων από τον οδοντίατρο.



## ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΕΣ ΠΡΩΡΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΚΛΕΙΣΗ ΤΟΥ ΑΝΩ ΚΥΝΟΔΟΝΤΑ.

*Νταϊάν ΜΣ\*, Πανταλέων Μ*

Η συχνότητα έγκλησης του άνω κυνόδοντα έρχεται δεύτερη, μετά τον τρίτο γομφίο της κάτω γνάθου και κυμαίνεται από 0,8% έως 2,8%. Μία από τις βασικές πηλεις στη διάγνωση και στο σχέδιο ορθοδοντικής θεραπείας σε μία περίπτωση οδοντική ανωμαλία, όπως είναι η έγκληση του μόνιμου άνω κυνόδοντα, είναι η ικανότητα να αναγνωριστεί - διαγνωστεί - κατανοηθεί η αλληλαγή πορείας του οδοντικού σπέρματος εγκαίρως και να προβλεφθεί η αποτυχία ανατολής του. Η κατά μέσο όρο ηλικία, κατά την οποία ένας κυνόδοντας ανατέλλει στο άνω οδοντικό τόξο είναι 13 χρόνων στα αγόρια και 12,3 χρόνια στα κορίτσια. Συμπερασματικά, λοιπόν, η ικανότητα να διαγνωθεί η έκτοπη θέση ενός δοντιού όσο το δυνατόν νωρίτερα, δηλαδή κατά τη διάρκεια της μεικτής οδοντοφυΐας (περίπου στα 8 χρόνια), όσο και να προβλεφθεί η έγκληση του άνω κυνόδοντα κατά την ίδια περίοδο, θα είναι χρήσιμη στον κλινικό οδοντίατρο. Η πρόωρη διάγνωση ενός έγκλειστου κυνόδοντα σε σχέση με τις περιβάλλουσες δομές, βασίζεται κυρίως στην ακτινολογική εξέταση. Οι ακτινολογικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται κα-

τά βάση για διαγνωστικούς λόγους στην ορθοδοντική, για την πρόωρη διάγνωση, είναι: (1) Πανοραμική ακτινογραφία, στην οποία παρακολουθείται η εγγύς-άπω θέση της μύλης του κυνόδοντα (δηλαδή όσο εγγύτερα εντοπίζεται η μύλη του κυνόδοντα σε σχέση με τον πλάγιο τομέα, τόσο μειώνονται οι πιθανότητες ανατολής του μετά την εξαγωγή του νεογιλού κυνόδοντα) και η κλίση του δοντιού σε σχέση με τη μέση γραμμή. (2) Πλήγια κεφαλομετρική ακτινογραφία, η οποία μπορεί να δώσει πληροφορίες για την κάθετη και προσθιοπίσθια θέση του κυνόδοντα και τη σχέση του με τους άηλους ιστούς (π.χ. με το ιγμόρειο της άνω γνάθου και το έδαφος της ρινός). Μπορεί επίσης να προσφέρει και τις εξής πληροφορίες: (α) την κλίση του δοντιού, (β) το ύψος στο οποίο βρίσκεται το οδοντικό σπέρμα του κυνόδοντα σε σχέση με το επίπεδο σύγκλησης, και (γ) την προσθιοπίσθια θέση του κυνόδοντα σε σχέση με τις ρίζες των τομέων. (3) Οπισθοπρόσθια ακτινογραφία, στην οποία όσο εγγύτερα βρίσκεται η μύλη του κυνόδοντα στο μέσο επίπεδο και όσο μεγαλύτερο είναι το οπίσθιο τμήμα της άνω γνάθου,

τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες για έγκληση του άνω κυνόδοντα. Οι μέθοδοι για πρόωρη διάγνωση σε ασθενείς με πιθανό έγκληστο κυνόδοντα, που βασίζονται σε ακτινολογικό έλεγχο, θα πρέπει να συμπληρωθούν με κλινικό έλεγχο, δηλαδή μορφολογικά ευρήματα, όπως μικρό μέγεθος των άνω πηλαγίων, υποπλησία της αδαμαντίνης, απλησία των δεύτερων προγομφίων και αγκύλωση των νεογιλών γομφίων. Εξ' αιτίας της

επιπρόσθετης ακτινοβολίας, η χρήση της οπισθοπρόσθιας ακτινογραφίας ενδείκνυται σε ασθενείς, οι οποίοι παρουσιάζουν κυρίως οδοντικές ανωμαλίες οι οποίες συμβαδίζουν με υψηλά ποσοστά εγκληίστων δοντιών. Η πρόωρη διάγνωση και πρόληψη των υπερίων εγκληίστων, θα μειώσει την ανάγκη για περίπλοκες θεραπείες και θα βελτιώσει τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση των κυνόδοντων.

## 9

## ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΟΡΩΝΕΚΤΟΜΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΑΓΩΓΗ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΓΟΜΦΙΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ.

*Κουτέλας Π\*, Αθανασίου Κ, Μελακόπουλος Ι*

**Εισαγωγή:** Η κορωνεκτομή αποτελεί αξιόλογη θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση τρίτων γομφίων, σπανιότερα πρώτων και δευτέρων γομφίων, που ενδείκνυται η χειρουργική αφαίρεσή τους και έχουν άμεση συσχέτιση με τον πόρο του κάτω φατνιακού νεύρου (ΚΦΝ). Η συχνότητα πρόκλησης βλάβης στο ΚΦΝ ποικίλει από 0,4% έως 8,0%. Η διερεύνηση της συσχέτισης των ριζών των εγκληίστων με το ΚΦΝ γίνεται αρχικά με την πανοραμική ακτινογραφία και εκτενέστερος έλεγχος με τη χρήση αξονικής τομογραφίας CT.

**Μέθοδοι και τεχνικές:** Ως κορωνεκτομή ορίζεται η αφαίρεση του μυηλικού τμήματος του δοντιού και την παραμονή των ριζών του «in situ» μέσα στο φατνίο. Η τεχνική της κορωνεκτομής μπορεί να γίνει: (1) με αυθακωτή φρέζα που τέμνει τη μύλη με φορά 45°, ή (2) με στρογγύλη φρέζα που τέμνει τη μύλη με οριζόντια φορά. Πλεονεκτήματα της τεχνικής είναι η προστασία του γλωσσικού νεύρου κατά την αποκοπή της

μύλης του δοντιού, η αποφυγή διχοτόμησης και μετακίνησης των ριζών του δοντιού, καθώς και η μη απαραίτητη ενδοδοντική θεραπεία τους.

**Ενδείξεις:** (1) ακτινογραφικός έλεγχος που δείχνει άμεση συσχέτιση των ριζών του δοντιού με το ΚΦΝ, (2) έγκληιστα δόντια με κάθετη φορά και μικρές εγγύς - άπω αποκλίσεις, (3) δόντια με ζωντανό πολφό.

**Αντενδείξεις:** (1) ασθενείς με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό και επιρρεπείς σε λοιμώξεις, (2) έγκληιστα δόντια με οριζόντια φορά παράλληλη με την πορεία του πόρου του ΚΦΝ, (3) δόντια με κινητικότητα.

**Συμπεράσματα:** Η κορωνεκτομή μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση βλαβών δοντιών που ενδείκνυται να εξαχθούν χειρουργικά και ταυτόχρονα εγκυμονούν κίνδυνο για τραυματισμό του ΚΦΝ. Παράλληλα, με την πάροδο του χρόνου μπορεί να γίνει μετακίνηση των ριζών προς τα επάνω, χωρίς ιδιαίτερους κινδύνους για μετεγχειρητική επιμόλυσή τους.

## 10

## ΟΙ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΩΝ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΡΗΤΙΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ.

*Παπασωτηρίου Ο*

Οι σύνθετες ρητίνες αποτελούν εμφρακτικά υλικά που μπορεί ο κλινικός οδοντίατρος να εμπιστευτεί ανεπιφύλακτα για να αποκαθιστά άμεσα ένα ευρύ φάσμα αισθητικών προβλημά-

των, όπως τα μεσοδόντια διαστήματα, το συνωστισμό και τη διόρθωση σχήματος και χρώματος των δοντιών. Οι φυσικομηχανικές τους ιδιότητες συνεχώς βελτιώνονται, ενώ παράλλη-



ληθα διευρύνεται και το πεδίο των εφαρμογών τους.

**Σκοπός** της ανακοίνωσης αυτής είναι να παρουσιαστούν οι πολυηλεκτρικές δυνατότητες εφαρμογής των σύνθετων ρητινών στην αισθητική οδοντιατρική, που αφορούν στο σχέδιο θεραπείας, στη μεταβατική φάση των προσωρινών αποκαταστάσεων, καθώς και στις τελικές αισθητικές αποκαταστάσεις.

**Υλικά και μέθοδοι:** Σε περιπτώσεις που πρέπει να μεταβληθεί το σχήμα και το μέγεθος των δοντιών, μπορεί ο οδοντίατρος να εξοικονομήσει πολύτιμο χρόνο κατά τη θεραπεία και να έχει προβλέψιμα αποτελέσματα, ακολουθώντας μία παραλλαγή της τεχνικής του διαγνωστικού κερώματος. Με την τοποθέτηση σύνθετων ρητινών αντί κεριού στα γύψινα μοντέλα της πρότερα κλινικής κατάστασης, δη-

μιουργεί το νέο σχήμα που θα αποδοθεί στη συνέχεια στο στόμα. Σε περιπτώσεις που αφορούν σε όψεις από πορσελάνη, μπορεί να γίνει κλινικά μία προκαταρκτική αισθητική τροποποίηση του σχήματος των δοντιών με σύνθετες ρητίνες (π.χ. όταν είναι επιθυμητή η αύξηση του μήκους των προσθίων δοντιών) με σκοπό η νέα αυτή κατάσταση να καθοδηγήσει τον οδοντοτεχνίτη με φωτογραφίες και εκμαγεία στο επιθυμητό σχήμα των κεραμικών αποκαταστάσεων.

**Συμπέρασμα:** Οι σύνθετες ρητίνες, εκτός από άριστο υλικό άμεσων αισθητικών αποκαταστάσεων, αποτελούν και ένα πολύδιάστατο βοήθημα, τόσο για τη σχεδίαση του επιθυμητού θεραπευτικού αποτελέσματος από τον κλινικό οδοντίατρο, όσο και για την ακριβή μεταφορά των πληροφοριών αυτών στον οδοντοτεχνίτη.

## 11

### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΜΦΡΑΞΕΩΝ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΡΗΤΙΝΩΝ. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ.

**Γκαβέλα Γ\*, Αλεκίδου Ο, Κρασιάς Ν**

Από το Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν».

Η αξιολόγηση των αποκαταστάσεων σύνθετων ρητινών και η κατ' επιλογή «αντικατάσταση», «διόρθωση», «παραμονή», ή και «παρακολούθηση» αυτών, είναι ένα θέμα που απασχολεί συχνά τον οδοντίατρο στην καθημερινή κλινική πράξη. Ως αξιολόγηση ορίζεται η εξέταση με άμεσες και έμμεσες μεθόδους της κλινικής κατάστασης της αποκατάστασης, στηριζόμενη σε ένα σύνολο επιμέρους κριτηρίων που ταυτίζονται με συγκεκριμένα κλινικά χαρακτηριστικά. Η οδοντιατρική απαίτηση για σχετική αντικειμενοποίηση του τρόπου κλινικής εξέτασης και διάγνωσης της κατάστασης κάθε τύπου αποκατάστασης, καθώς και η απόκτηση κοινής ορολογίας περιγραφής των αποτελεσμάτων της κλινικής εξέτασης επέβαλαν τη θέσπιση συστημάτων αξιολόγησης των αποκαταστάσεων. Σήμερα υπάρχουν τρία επίσημα συστήματα αξιολόγησης, τα οποία παρότι διαφέρουν ως προς τον αριθμό των κριτηρίων, την πολυπλοκότητα και λεπτομέρεια της εξέτασης, στηρίζονται σε βασικά κοινά στοιχεία, όπως στη βαθμονόμηση των ίδιων κλινικών σημείων και τη βαθμονόμηση στην κλίμακα του «άψογο / ιδανικό», «κλινικά αποδεκτό», «κλινι-

κά μη αποδεκτό» (επιδιορθώσιμο και μη), εκφράζοντάς την όμως με διαφορετικούς κωδικούς. Τα συνήθη κλινικά κριτήρια για την αξιολόγηση των οδοντικών αποκαταστάσεων είναι η ανατομικότητα, η οριακή ακεραιότητα, ο οριακός αποχρωματισμός, η χρωματική προσομοίωση, η ποιότητα της επιφάνειας, η ύπαρξη ή μη δευτερογενούς τερηδόνας, το κάταγμα υλικού ή δοντιού και η μετεμφρακτική ευαισθησία. Η τελική αξιολόγηση βαθμονομείται ως τεχνικά άρτιο / άψογο, κλινικά αποδεκτό ή κλινικά μη αποδεκτό. Σε ερευνητικό επίπεδο η αντικειμενικότητα εξασφαλίζεται από την ταυτόχρονη αξιολόγηση δύο κριτών, βάσει κριτηρίων που έχουν ήδη ορισθεί. Σε καθημερινό ωστόσο κλινικό επίπεδο, η υποκειμενικότητα είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει κατά πολύ την αξιολόγηση των αποκαταστάσεων.

**Σκοπός** της εργασίας αυτής είναι η ανάδειξη, μέσα από κλινικές περιπτώσεις, των παραγόντων εκείνων που μπορεί να αφορούν στο υλικό, τον οδοντίατρο καθώς και τον ασθενή, και επηρεάζουν την τεχνική αρτιότητα ή την κλινική αποτυχία μίας άμεσης αποκατάστασης από σύνθετη ρητίνη.

## 12

**ΝΕΟΤΕΡΑ ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ.  
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΟΛΛΗΣΗΣ.****Κρεμμύδας Μ\*, Φιλιππάτος Γ, Γούσιας Η***Από το Εργαστήριο Ακίνητης Προσθετικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.*

Η απαίτηση για αισθητικές αποκαταστάσεις που να προσομοιάζουν στη φυσική οδοντοφυΐα έχει στρέψει τις έρευνες σε αμιγώς κεραμικά υλικά και στη δημιουργία ολοκεραμικών αποκαταστάσεων τύπου όψεων, ενθέτων, επενθέτων, στεφανών, γεφυρών. Το πρόβλημα αντοχής τους, όμως, αποτελούσε εμπόδιο στην ευρεία χρήση τους. Επανάσταση έφερε η εισαγωγή του μερικώς σταθεροποιημένου οξειδίου του ζirkονίου με οξείδιο του υτρίου (Y-TZP), που έλυσε το πρόβλημα της αντοχής. Η μακροβιότητα όμως μίας ολοκεραμικής αποκατάστασης εξαρτάται και από τη μέθοδο επεξεργασίας και συγκόλλησής της.

**Σκοπός** της εργασίας είναι: (1) η αναφορά στις νέες τάσεις, (2) η αναφορά και σύγκριση των ολοκεραμικών συστημάτων και ιδιαίτερα αυτών που βασίζονται στο Y-TZP, (3) η περιγραφή των σταδίων συγκόλλησης των ολοκεραμικών συστημάτων με τα επιμέρους υλικά που χρησιμοποιούνται, και, (4) η επισήμανση

των διαφόρων μεθόδων επεξεργασίας των ολοκεραμικών πριν από τη συγκόλλησή τους, ώστε να επιτευχθεί ο βέλτιστος χημικός δεσμός, τόσο από πλευράς αντοχής, όσο και μακροβιότητας.

**Συμπερασματικά**, το Y-TZP συνεχίζει να αποτελεί το κέντρο της έρευνας, λόγω των εξαιρετικών ιδιοτήτων του, που υπόσχονται λύση στο βασικό πρόβλημα της αντοχής στο οπίσθιο μέρος του φραγμού. Όσον αφορά στη μέθοδο επεξεργασίας και συγκόλλησης, η επιτυχία της εξαρτάται από το σύστημα συγκόλλησης που επιλέγεται. Τα συστήματα Rocatec, PEX, PNS, παρέχουν ικανοποιητικό χημικό δεσμό, ιδιαίτερα όταν τα όρια της παρασκευής βρίσκονται στην αδαμαντίνη και εφόσον έχει ελεγχθεί η υγρασία. Παρόλα αυτά, παρατηρείται μείωση του δεσμού, που οφείλεται στην υγρασία και στις διαφορές των ολοκεραμικών συστημάτων, ιδιαίτερα όταν τα όρια της παρασκευής είναι στην οδοντίνη.

## 13

**Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ  
ΤΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ  
ΜΕ ΚΥΡΙΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΥΡΗΜΑ  
ΤΗΝ ΑΠΟΤΡΙΒΗ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ.****Γεωργούλα Χ\*, Γιαννάκης Γ, Γιαννάκη Ε, Σπηλιόπουλος Θ**

Η μη σύμπτωση της μέγιστης συγγόμφωσης των δοντιών με την κεντρική σχέση αποδιοργανώνει το στοματογναθικό σύστημα (σ.σ) και το οδηγεί σε δυσλειτουργία. Κατά τη δυσλειτουργία οι μύς κρατούν τους κονδύλους σε χαμηλότερη θέση από τη θέση ανάπαυσης. Στη θέση αυτή οι μύς ασφυκτιούν από τη συλλογή προϊόντων του μυϊκού καμάτου (γαλακτικού οξέως και μεταβολιτών) και την έλλειψη καλής οξυγόνωσης και συστέλλονται ισotonικά με αποτέλεσμα την εκδήλωση βρυγμού, ο οποίος λανθασμένα θεωρείται παθολογική εκ-

δήλωση που αφορά στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Οι αναπτυσσόμενες δυνάμεις μεταβάλλουν τη δομή των ιστών του σ.σ. Η συνηθέστερη μεταβολή της δομής των οδοντικών ιστών είναι οι αποτριβές οι ρωγμές και οι αυχενικές διαβρώσεις. Η αποκατάσταση των αποτριβών, με σύνθετες ρητίνες ή στεφάνες και άλλα μέσα, στη σύγκληση συνήθειας, δεν έχει μόνιμα αποτελέσματα, επειδή οι παραλειπτοργικές δυνάμεις καταστρέφουν τις αποκαταστάσεις ή εμφανίζουν καταστροφικές μεταβολές στους ανταγωνιστές, στο περιοδόντιο ή

στην κροταφογναθική διάρθρωση. Η χρήση ναρθήκων δεν μπορεί να ήψει το πρόβλημα και η χρήση ηρεμιστικών αποδείχθηκε αναποτελεσματική. Η προτεινόμενη θεραπευτική προσέγγιση ανακόπτει την πορεία της απώλειας των οδοντικών ουσιών, αποτρέπει την εμφάνιση άηλων βλαβών και δεν είναι άηλη παρά η αποκατάσταση των βλαβών στην κεντρική σχέση και φυσικά η άρση της αιτίας της δυσλειτουργίας. Η θεραπεία καθορίζεται από τη λειτουργική ανάλυση σύγκλησης και μπορεί να είναι προσθετική, ορθοδοντική, εκλεκτικός τροχισμός, ανάκτηση της καθέτου διάστασης ή συνδυασμός των ανωτέρω. Συνήθως, το τελευταίο σύμπτωμα που θα φανερώσει τη δυσλειτουργία είναι ο πόνος. Ο γενικός οδοντία-

τρος πρέπει να διακρίνει τα κλινικά ευρήματα τα οποία υποκρύπτουν δυσλειτουργία του σ.σ και να τα θεραπεύει αποκαθιστώντας την ισορροπία του.

**Σκοπός** της εργασίας είναι η παρουσίαση της αντιμετώπισης των αποτριβών από τη σκοπιά της λειτουργικής ανάλυσης της σύγκλησης.

**Συμπέρασμα:** Η αποτριβή των δοντιών δεν οφείλεται σε φυσιολογική προσαρμογή του σ.σ, αλλά στις παραλειτουργικές δυνάμεις που αναπτύσσονται από το βρυγμό. Η αποκατάστασή τους, για να είναι αποτελεσματική, πρέπει να γίνεται στη θέση της κεντρικής.

Θα παρουσιαστούν φωτογραφίες και υλικό από ιδιωτικό ιατρείο, με την κλινική τεκμηρίωση των ανωτέρω.

14

## ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ.

### Εξάρχου Φ

Ο πόνος στην ευρύτερη περιοχή της κροταφογναθικής διάρθρωσης (ΚΦΔ) αποτελεί ένα αναπόσπαστο τμήμα της καθημερινότητας του οδοντιάτρου. Στόχος της παρουσίασης αυτής είναι η επιλογή μίας εξειδικευμένης μεθοδολογίας διαγνωστικής προσέγγισης των ασθενών με συμπτωματολογία πόνου στην ΚΦΔ. Η απόλυτα εξειδικευμένη κλινική διαγνωστική προσέγγιση των διαφόρων ιστών της ΚΦΔ και των μυών που σχετίζονται με τη λειτουργία της, αποτελεί θεμέλιο προϋπόθεση για την ορθή κατάρτιση του εξειδικευμένου θεραπευτικού σχήματος αντιμετώπισης του πόνου. Η από τον συγγραφέα εφαρμοζόμενη μέθοδος διαγνωστικής προσέγγισης του ασθενούς με συμπτωματολογία πόνου στην ΚΦΔ, είναι το πρωτόκολλο κατά Bumann (Manual Structural Analysis). Βασικές κλινικές παράμετροι που εξετάζονται σύμφωνα με το πρωτόκολλο αυτό, είναι τα δυναμικά τεστ ελέγχου των αρθρικών επιφανειών, η παθητική συμπίεση των οπισθοδισκικών ιστών, ο έλεγχος της οριζόντιας και κάθετης κινητικότητας των συνδέσμων και του αρθρικού θυλάκου της ΚΦΔ, καθώς και η δοκιμασία ισομετρικής σύσπασης των μυών που τυ-

χόν ευθύνονται για συμπτωματολογία πόνου. Το εξειδικευμένο θεραπευτικό σχήμα αντιμετώπισης του πόνου του ασθενή προϋποθέτει μία διεξοδική διαδικασία διαφοροδιάγνωσης μεταξύ αιτιολογικών καταστάσεων αρθρικής, μυϊκής ή άηλης υφής. Ο εντοπισμός συγκλησιακών παραμέτρων φόρτισης της ΚΦΔ, που τυχόν βρίσκονται σε άμεσο συσχετισμό με τη συμπτωματολογία πόνου του ασθενή, αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της εξειδικευμένης θεραπευτικής προσέγγισης του υπεύθυνου ιστού. Η ορθή επιλογή του φαρμακευτικού σχήματος και της φυσικοθεραπευτικής αγωγής, καθώς και η εξειδικευμένη ανάλογα με το αποτέλεσμα της διαγνωστικής μεθοδολογίας διαμόρφωση του ακρυλικού νάρθηκα, αποτελούν βασικές παραμέτρους θεραπευτικής αντιμετώπισης της συμπτωματολογίας πόνου του ασθενή.

**Συμπερασματικά,** η εξειδικευμένη διαγνωστική προσέγγιση των ιστών της ΚΦΔ (MSA) και η ορθή επιλογή του θεραπευτικού σχήματος, αποτελούν αναγκαία και ικανή προϋπόθεση για την αντιμετώπιση ασθενών με συμπτωματολογία πόνου στην ΚΦΔ.

15

## ΕΙΝΑΙ Η ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΦΑΛΗΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

**Λίτσας Γ**

**Εισαγωγή:** Ο κατάλληλος χρόνος παραπομπής των νεαρών ασθενών για ορθοδοντική θεραπεία αποτελεί σημείο προβληματισμού του κλινικού οδοντίατρου στην καθημέρα πράξη. Η χρονολογική και η οδοντική ηλικία του ασθενούς αποτελούν τις βασικές παραμέτρους παραπομπής, οι οποίες συχνά καθορίζουν την έναρξη ορθοδοντικής θεραπείας. Αντιθέτως, η σκελετική ανάπτυξη του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος παρουσιάζει ιδιαίτερα βιολογικά και ανατομικά γνωρίσματα, τα οποία καθορίζουν σε μεγάλο ποσοστό την έκβαση της εφαρμοζόμενης θεραπείας.

**Σκοπός:** Σκοπός αυτής της παρουσίασης είναι να επιδείξει εάν η χρονολογική ηλικία των ασθενών αποτελεί αξιόπιστη παράμετρο έναρξης ορθοδοντικής θεραπείας.

**Υλικό και μέθοδος:** Τα αρχεία 392 ασθενών εξετάστηκαν αναδρομικά στο Ορθοδοντικό Τμήμα της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Μαρμαρά της Κωνσταντινούπολης. Από το σύνολο των εξεταζομένων ασθενών, 222 αντιστοιχούν σε κορίτσια με μέσο όρο ηλικίας 13,153 χρόνια, και 168 σε αγόρια με μέσο όρο ηλικίας 13,039 χρόνια. Ο προσδιορισμός της σκελετικής ωρίμανσης των ασθενών έγινε βάση της μεθόδου των Bjork (1972), Grave και Brown (1976). Έχουν περιγραφεί εννέα στάδια σκελετικής ωρίμανσης από τους ανωτέρω συγγραφείς. Τα στάδια αυτά αντιστοιχούν στην ωρίμανση οστών του καρπού, του μετακαρπίου, καθώς και των φαλάγγων των

δακτύλων. Η σκελετική ηλικία του κάθε σταδίου προσδιορίστηκε σύμφωνα με τα συμπεράσματα της μελέτης του Schopf. Εφαρμόστηκε paired t-test για να εξακριβωθεί εάν μεταξύ σκελετικής και χρονολογικής ηλικίας υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για το καθένα από τα εννέα στάδια ωρίμανσης.

**Αποτελέσματα:** Στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0,001$ ) έχει διαπιστωθεί μεταξύ χρονολογικής και σκελετικής ηλικίας για το καθένα από τα εννέα στάδια σκελετικής ωρίμανσης, τόσο στα κορίτσια όσο και στα αγόρια.

**Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τα άνω αποτελέσματα η χρονολογική ηλικία αποτελεί αναξιόπιστη παράμετρο έναρξης ορθοδοντικής θεραπείας. Οι νεαροί ορθοδοντικοί ασθενείς υφίστανται σημαντικές αυξητικές μεταβολές, τόσο στα οστά όσο και στους μαλακούς ιστούς του προσώπου, κατά τη φάση της ενηλικίωσής τους. Κάθε ορθοδοντικός ασθενής έχει το δικό του ρυθμό ανάπτυξης, ο οποίος καθορίζεται τόσο από γενετικούς όσο και από περιβαλλοντολογικούς - λειτουργικούς παράγοντες. Η εκτίμηση του χρόνου, της κατεύθυνσης, αλληλίας και του μεγέθους ανάπτυξης του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά, είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για μία επιτυχή γναθοπροσωπική ορθοπεδική θεραπεία. Ως αποτέλεσμα, ο ακριβής υπολογισμός της σκελετικής ηλικίας του κάθε ασθενή ξεχωριστά, θεωρείται πλέον απαραίτητος.

16

## ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ.

**Γκαβέλα Γ\*, Αλεκίδου Ο, Κρασιάς Ν**

Από το Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν».

Με την είσοδο των ολοκεραμικών αποκαταστάσεων στην καθημερινή κλινική πράξη ο οδοντίατρος έχει ένα ακόμα μέσο για αισθητική αποκατάσταση των οδοντικών ιστών. Όμως, τι γίνε-

ται όταν μετά την εφαρμογή τους εμφανιστούν προβλήματα, τα οποία μπορεί να αλλοιώνουν την αισθητική ή ακόμα και να θέτουν σε κίνδυνο το υποκείμενο δόντι. Ένα από τα κυριότερα προ-

βλήματα που μπορούν να παρουσιάσουν οι οθλοκεραμικές στεφάνες είναι το σπάσιμο τμήματος της πορσελάνης. Ακόμα, μπορούν να εμφανιστούν προβλήματα από πρόωρες επαφές, τεχνικά ελαττώματα, λανθασμένη χρωματική απόδοση, κακή εφαρμογή στα όρια, κακή μορφολογία και προβλήματα στη συγκόλληση, που μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και σε αισθητικό πρόβλημα (λανθασμένη επιλογή χρώματος κονίας). Τέλος, μπορεί να εμφανιστεί υπερευαισθησία του υποκείμενου δοντιού. Αν και τα κριτήρια αξιολόγησης των οθλοκεραμικών αποκαταστάσεων δεν είναι τόσο ευρύτατα μελετημένα όσο αυτά των άμεσων αποκαταστάσεων, ωστόσο είναι απαραίτητο ο οδοντίατρος να εφαρμόσει κάποιο σύ-

στημα αξιολόγησης, ώστε να οδηγηθεί στη λήψη ορθών αποφάσεων για το μέλλον της αποκατάστασης. Η ριζική αντιμετώπιση του προβλήματος υπαγορεύει την αφαίρεση της προσθετικής αποκατάστασης και επανάληψή της. Ωστόσο, σε αρκετές περιπτώσεις, ανάλογα και με το αίτιο που δημιούργησε το πρόβλημα, είναι πιθανό να επιδιορθωθεί η προσθετική αποκατάσταση, υπό τον όρο ότι κατά τα άμεσα είναι σε αποδεκτή κατάσταση. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανάδειξη των αιτιών αποτυχίας οθλοκεραμικών αποκαταστάσεων, που μπορεί να αφορούν στο υλικό, τον οδοντίατρο ή τον ασθενή, μέσα από την παρουσίαση συγκεκριμένων κλινικών περιπτώσεων.

17

## ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΩΝ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ.

**Δάιος Α\*, Τηλαβερίδης Ι, Καλούδη Ε, Τριανταφυλλίδου Α**

*Από τη Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική της Οδοντιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Διευθυντής: ο Καθηγητής Ν. Λαζαρίδης.*

Οι λοιμώξεις οδοντογενούς αιτιολογίας είναι αποτέλεσμα περιακρορριζικών ή περιοδοντικών αποστημάτων, καθώς επίσης και περιστεφανίτιδων ημιεγκλκείστων τρίτων γομφίων της κάτω γνάθου. Συνήθως οι περισσότερες οδοντογενείς λοιμώξεις ξεκινούν από περιακρορριζικά αποστήματα, που αναπτύσσονται αρχικά στη σπογγώδη ουσία των γνάθων. Στη συνέχεια, μπορεί να γίνουν υποπεριοστικά ή υποβλεννογόνια και να καταλήξουν σε ενδοστοματικά ή εξωστοματικά συρίγγια. Κάποιες φορές όμως μπορεί να υπάρξει επέκταση της λοίμωξης δια μέσου των μυών, των περιτονιών και των οστών σε περισσότερα του ενός τραχηλοπροσωπικά διαστήματα. Σκοπός της εργασίας είναι να τονισθεί ο ρόλος του γενικού οδοντίατρο, ο οποίος με την έγκαιρη διάγνωση και σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση ενός περιακρορριζικού αποστήματος ή μίας περιστεφανίτιδας ενός ημιεγκλκείστου τρίτου γομφίου, μπορεί να αποτρέψει την επέκταση της λοίμωξης σε περισσότερα του ενός τραχηλοπροσωπικά διαστήματα, με επικίνδυνη, κάποιες φορές, κλινική σημειολογία για τη ζωή του ασθενούς. Μέσα από το κλινικό υλικό της παρουσίασης θα αναφερθούν

τα στάδια της θεραπευτικής προσέγγισης των εντοπισμένων οδοντογενών λοιμώξεων από το γενικό οδοντίατρο στο οδοντιατρείο, ώστε να αποφευχθεί και η επικινδυνότητα της επέκτασης της λοίμωξης. Πρωταρχικής σημασίας είναι η έγκαιρη διάγνωση και παροχέτευση των πυωδών συλλογών, εάν υπάρχουν, και η αντιμετώπιση του αιτιολογικού παράγοντα (νεκρός πολφός, ημιεγκλκείστος τρίτος γομφίος, περιοδοντική νόσος). Η ταυτόχρονη χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού σκευάσματος, ολοκληρώνει το θεραπευτικό σχήμα της λοίμωξης. Η άμεση εξαγωγή του υπεύθυνου δοντιού απομακρύνει το αρχικό αίτιο (νεκρός πολφός κλπ), βοηθάει την παροχέτευση της αποστηματικής κοιλότητας, εάν υπάρχει, και μειώνει τον κίνδυνο επέκτασης της λοίμωξης. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα δόντια που πάσχουν από περιακρορριζικά αποστήματα είναι εύσειστα και η εξαγωγή τους είναι εύκολη με ελάχιστη χειρουργική κάκωση. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις, στις οποίες κάποια αναβολή της εξαγωγής του υπεύθυνου δοντιού μπορεί να δικαιολογηθεί. Εφόσον ο οδοντίατρος κρίνει ότι δεν πρέπει να γίνει εξαγωγή του υπεύθυνου δοντιού, πρέπει να

γίνει διάνοιξη και παροχέτευση του ριζικού/ριζικών σωλήνων και σε δεύτερο χρόνο, μετά την

αποδρομή της οξείας λοίμωξης, ενδοδοντική θεραπεία και επέμβαση ακρορριζεκτομής.

18

## Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΤΗΤΙΚΩΝ ΕΝΩΣΕΩΝ ΘΕΙΟΥ (VSC) ΣΕ ΣΤΟΜΑΤΑ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ, ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ.

*Καρνούτσος Κ, Βέργουλας Γ, Μπηλιούμη Ε\*, Γκανίδου Μ, Πέτρου-Αμερικάνου Χ, Φλώρας Θ*  
Από το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος».

Σήμερα η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί τη θεραπεία εκλογής των νεφροπαθών με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της, είναι η προσεκτική εκτίμηση και συγκεκριμένα η απουσία ενεργού λοίμωξης στον οργανισμό. Πρωτεύοντα ρόλο στον έλεγχο των λοιμώξεων έχει η οδοντοστοματολογική εξέταση και ειδικά ο έλεγχος της ύπαρξης περιοπαθογόνων βακτηριδίων στη στοματική κοιλότητα. Μία σχετικά απλή και άμεση μέθοδος ανίχνευσης περιοπαθογόνων βακτηριδίων, ικανή να εφαρμοστεί στους νοσηλεύμενους προεγχειρητικούς νεφροπαθείς, είναι ο ποσοτικός προσδιορισμός των πτητικών ενώσεων του θείου (VSC), προϊόντων του μεταβολισμού των Gram(-) περιοπαθογόνων βακτηρίων της στοματικής κοιλότητας, με ειδική φορητή συσκευή (Halimeter). Σκοπός της μελέτης είναι ο οδοντοστοματολογικός

έλεγχος και η καταγραφή των VSCs νεφροπαθών, υποψηφίων για νεφρική μεταμόσχευση, με προοπτική την παραπέρα μελέτη τους και μετά τη μεταμόσχευση. Το υλικό αποτέλεσαν 14 ασθενείς, με μέσο όρο ηλικίας 38,1 έτη, που είχαν συγγενή ζωντανό δότη και επρόκειτο να υποβληθούν σε νεφρική μεταμόσχευση λόγω χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου. Στους ασθενείς εφαρμόστηκε γενικός οδοντοστοματολογικός έλεγχος και μετρήθηκαν οι δείκτες CPITN, OHI-S (DI-S, CI-S) καθώς και οι πτητικές ενώσεις θείου VSC. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν CPITN:  $0,25 \pm 0,33$ , DI-S:  $0,71 \pm 0,52$ , CI-S:  $0,53 \pm 0,38$  και VSC:  $93,78 \pm 78,51$ . Το συμπέρασμα της μελέτης ήταν ότι η στοματική υγιεινή των περισσότερων νεφροπαθών ήταν σε πολύ καλή κατάσταση και τα επίπεδα των πτητικών ενώσεων θείου ήταν γενικά εντός φυσιολογικών ορίων.

19

## Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ.

*Ματιάκης Α\*, Χατζητόλιος Α, Τζέρμπος Φ, Μυλωνάς Α, Κολλοκοτρώνης Α*  
Από την Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου «ΑΧΕΠΑ» Θεσσαλονίκης.

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς που λαμβάνουν χρονίως στεροειδή, απαιτούν ειδική οδοντιατρική αντιμετώπιση. Σε αυτούς υπάγονται ασθενείς που πάσχουν από: αυτοάνοσα νοσήματα συνδετικού ιστού (ρευματοειδής αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος κλπ), φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου (νόσος του Crohn, ελκώδης κολίτιδα), χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, νεφρωσικό σύνδρομο, αιμολυτική αναιμία, θρομβοπενία, δερματοπάθειες, φλοιοεπινεφριδική ανεπάρκεια (νόσος του Addison), ασθενείς που υπέστη-

σαν μεταμόσχευση οργάνου, ασθενείς υπό αντινεοπλασματική αγωγή (ως τμήμα της χημειοθεραπείας).

**Σκοπός** της εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την αναγκαία τροποποίηση της οδοντιατρικής αντιμετώπισης των ασθενών αυτών, που περιλαμβάνει την πρόληψη αδρενεργικής κρίσης και την πρόληψη ή/και αντιμετώπιση ανεπιθυμητών καταστάσεων (λοιμώξεις λόγω ανοσοκαταστολής, υπέρταση, μειωμένη επουλωτική ικανότητα).

**Κύριο Μέρος:** Η χρόνια θεραπεία με στεροειδή προκαλεί καταστολή του άξονα υποθάλαμος - υπόφυση – επινεφρίδια, με αποτέλεσμα ο ασθενής να αδυνατεί να ανταποκριθεί σε καταστάσεις stress (αδρενεργική κρίση) και να απειλείται με καρδιαγγειακή κατάρριψη (collapse). Στην κατηγορία αυτή ανήκουν ασθενείς που λαμβάνουν ημερησίως περισσότερο από 15mg πρεδνιζόνης (ή ισοδύναμης δόσης προς αυτή), τουλάχιστον για δύο εβδομάδες. Για την πρόληψη αδρενεργικής κρίσης απαιτείται συμπληρωματική χορήγηση στεροειδών (σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό, η οδοντιατρική συνεδρία να είναι πρωινή και σύντομης διάρκειας και ηρεμία του ασθενούς, και εν ανάγκη η εφαρμογή ήπιας καταστολής. Λόγω της ανοσοκατασταλτικής δράσης των στεροειδών, απαιτείται προφυλακτική χορήγηση αντι-

βιοτικών σε εκτεταμένες οδοντιατρικές εργασίες και κυρίως σε χειρουργικές. Από πλευράς στοματολογικών εκδηλώσεων, η συνηθέστερη είναι η μυκητίαση του στοματικού βλεννογόνου, από *Candida Albicans*. Από την πλειάδα των ανεπιθυμητών συμβαμάτων, τον οδοντίατρο ενδιαφέρει κυρίως η ανάπτυξη αρτηριακής υπέρτασης, η εμφάνιση γαστρίτιδας ή και πεπτικού έλκους, η δυσκολία επουλώσεως των τραυμάτων, οι εκδηλώσεις από την ψυχική σφαίρα (ψυχωσική συνδρομή).

**Συμπέρασμα:** Ο οδοντίατρος οφείλει να γνωρίζει και να αξιολογεί τις ιδιαιτερότητες των υπό στεροειδική θεραπεία ασθενών του, ώστε ως ισότιμος συνομιλητής με το θεράποντα ιατρό του ασθενούς του, να τροποποιεί σωστά την παρεχόμενη οδοντιατρική θεραπεία, επ' ωφελεία πάντοτε του ασθενούς του.

20

## ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΩΝ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Γκρίτζαλης Π\*, Κατσώνη Ε, Στυλογιάννη Ε

Τα διφωσφονικά φάρμακα έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία διαφόρων μεταβολικών νόσων των οστών, που περιλαμβάνουν την υπερασβεστιαϊμία των κακοήθων νοσημάτων, τη νόσο του Paget, τη μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση και την οφειλόμενη στα κορτικοειδή απώλεια οστού. Η αυξημένη οστική απορρόφηση είναι χαρακτηριστικό της οστικής νόσου σε ασθενείς με κακοήθη νοσήματα. Έτσι, αφού τα διφωσφονικά αναστέλλουν την οστεοκλαστική δραστηριότητα, θεωρούνται λογική θεραπεία για αυτούς τους ασθενείς. Η ενδοφλέβια χορήγηση τους είναι η περισσότερο δραστική θεραπεία, η οποία διατίθεται για ασθενείς με υπερασβεστιαϊμία από κακοήθη νόσο και έχουν χρησιμοποιηθεί η ετιδρονάτη, η παμι-

δρονάτη, η κλοδρονάτη και η ιβανδρονάτη. Από το τέλος του 2003 όμως, έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση περιπτώσεων νέκρωσης στις γνάθους. Οι περισσότερες περιπτώσεις, έως και το 80%, εμφανίζονται μετά από εξαγωγή δοντιού ή τραυματισμό από οδοντοστοιχία που δεν εφαρμόζει καλή ή άλλη τραυματογόνο παράγοντα στο στόμα. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης γυναίκας ηλικίας 60 χρόνων, που το 1997 υπέστη μαστεκτομή λόγω CA μαστού. Το 2001 εμφάνισε οστική αλλοίωση στο στέρνο για την οποία έγιναν ακτινοβολίες και λήψη του φαρμάκου Zometa, το οποίο το 2004 αντικαταστάθηκε από το Pamidronate. Μετά από εξαγωγή δοντιού, εμφανίστηκε οστεονέκρωση της κάτω γνάθου.

21

## ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΚΑΙ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΣΕ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ.

Κουτέλας Π\*, Αθανασίου Κ, Μελακόπουλος Ι

Η βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα (ΒΕ) αποτελεί σπάνια αλλά απειλητική για τη ζωή νόσο, που η

πρόληψη της αποτελεί πρωταρχικό μέλημα του κλινικού οδοντιάτρου, καθώς η θεραπεία μετά

την εγκατάστασή της είναι εξαιρετικά δύσκολη, με ποσοστά θνησιμότητας από τη νόσο 40-70%. Με τον όρο ΒΕ εννοείται η φλεγμονή του ενδοκαρδίου, συνήθως των βαλβίδων και σπανιότερα των καρδιακών κοιλοτήτων. Η ΒΕ προσβάλλει συχνότερα ασθενείς με συγγενείς καρδιακές ανωμαλίες, καρδιακές προσθέσεις και πολύ σπάνια προσβάλλει το φυσιολογικό ιστό. Μεγάλος αριθμός μικροβίων εισέρχεται στην αιματική κυκλοφορία και εγκαθίσταται στο βαλβιδικό ενδοθήλιο. Οι κύριοι μικροοργανισμοί είναι: στρεπτόκοκκοι, σταφυλόκοκκοι (*S. Aereus*) και ΗΑΕΚ (*Haemophilus parainfluenzae*, *Haemophilus aphrophilus*, *Actinobacillus*, *Cardiobacterium*, *Eikenella*, *Kingella*). Τα βασικότερα διαγνωστικά μέσα της ενδοκαρδίτιδας είναι η θετική καλλιέργεια αίματος στα υπαίτια μικρόβια και το θετικό υπερηχοκαρδιογράφημα. Ιστορικά, τα πρώτα κλινικά και εργαστηριακά κριτήρια διάγνωσης της διατυπώθηκαν από τον Von Reyn (1981) και

διαμορφώθηκαν από τον Duke. Οι προτάσεις της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας (ΑΗΑ) για προφύλαξη από την ενδοκαρδίτιδα μετά από οδοντιατρικές πράξεις, έχουν συσταθεί εννέα φορές από το 1955, με πιο πρόσφατη αυτήν του 2007. Τα πραγματικά ποσοστά κινδύνου εκδήλωσης ΒΕ από οδοντιατρικές πράξεις δεν είναι γνωστά, γι' αυτό στη βιβλιογραφία ποικίλουν από 0% έως 92%. Οι χειρουργικές και εργώδεις οδοντιατρικές πράξεις μέσω της διασποράς μικροβίων μπορούν να προκαλέσουν βακτηριαιμία. Το σημερινό πρωτόκολλο χημειοπροφύλαξης που εφαρμόζεται είναι της ΑΗΑ. Η λήψη ενός λεπτομερούς ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού, η γνώση του νοσήματος, ο πλήρης προεγχειρητικός έλεγχος, οι ατραυματικοί οδοντιατρικοί χειρισμοί, η μετεγχειρητική περιποίηση του τραύματος και η χρήση των ενδεδειγμένων πρωτοκόλλων χημειοπροφύλαξης μπορούν να προφυλάξουν τον ασθενή από τη ΒΕ.

## 22

## ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΧΛΩΡΕΞΙΔΙΝΗΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ.

**Μπουγιουκλής Κ**

**Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της χρήσης στοματοπλήματος γλυκονικής χλωρεξιδίνης υψηλής συγκέντρωσης προεγχειρητικά, ως μοναδικό μέσο αντιμικροβιακής χημειοπροφύλαξης ή και σε συνδυασμό με αντιβιοτικά. Υλικό και μέθοδο αποτέλεσε η μελέτη σχετικών με το θέμα άρθρων της ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας. Η αντιμικροβιακή χημειοπροφύλαξη συνίσταται στην προληπτική χρήση αντιμικροβιακών παραγόντων πριν από χειρουργική πράξη στη στοματική κοιλότητα, προς αποφυγή πρόκλησης λοιμώξεως. Η αντιμικροβιακή χημειοπροφύλαξη είναι απαραίτητη σε ασθενείς με συστηματικά προβλήματα, καρδιακά νοσήματα, παθήσεις των αρθρώσεων, σε ανοσοκατεσταλμένους ή ανοσοανεπαρκείς, σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργικές επεμβάσεις για τοποθέτηση προσθετικών μελών, βαλβίδων κ.ά. Το σύννηθες σχήμα αντιμικροβιακής χημειοπροφύλαξης που προτείνεται για επεμβάσεις στη στοματική κοιλότητα είναι η χορήγηση δύο γραμμα-

ρίων αμοξυκιλίνης (σε περιπτώσεις αλλεργίας 600mg κλινταμυκίνης ή 500mg κληριθρομυκίνης), μία ώρα πριν από την επέμβαση. Η γλυκονική χλωρεξιδίνη είναι ένας ισχυρός αντιμικροβιακός παράγοντας. Κυκλοφορεί σε πυκνότητες 0,2%, 0,12% και 0,1%, σε υγρή μορφή ως στοματοπλήμα. Διατίθεται και σε ζελέ σε πυκνότητα 1%. Χρησιμοποιείται ευρέως σε μορφή διαλύματος με χαμηλή περιεκτικότητα για καθημερινή χρήση για την πρόληψη τερηδόνας και ουλίτιδας. Σε υψηλότερη περιεκτικότητα χρησιμοποιείται στην περιοδοντολογία για τον έλεγχο της οδοντικής πλάκας και κατά τη φάση θεραπείας της περιοδοντίτιδας, καθώς επίσης και μετεγχειρητικά μετά από οποιαδήποτε επέμβαση στο στόμα.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση στοματοπλήματος γλυκονικής χλωρεξιδίνης υψηλής συγκέντρωσης προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, ακόμα και χωρίς τη χρήση αντιβιοτικών, μειώνει τον κίνδυνο πρόκλησης λοιμώξεων και το σχήμα αυτό προτείνεται σε όλες τις χειρουργικές πράξεις σε ασθε-



νείς χαμηλού κινδύνου. Ωστόσο, λόγω της σοβαρότητας των επιπλοκών σε περίπτωση ροίμωξης σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, προτείνεται η χρή-

ση στοματοπλήματος γλυκονικής χλωρεξιδίνης υψηλής συγκέντρωσης, προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, σε συνδυασμό με αντιβιοτικά.

## 23

### ΣΙΑΛΟΛΙΘΙΑΣΗ ΚΑΙ ΣΙΑΛΑΔΕΝΙΤΙΔΑ. ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ.

**Δενδρινός Χ\*, Χρυσολούρης Π, Κυριάκου Σ, Φαίππια Μ, Γιαμαρέλος Γ**

Από το Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του «Ιπποκράτειου» Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.

Η σιαλολιθίαση είναι η πιο συχνή νόσος των μεγάλων σιαλογόνων αδένων και το συχνότερο αίτιο της απόφραξης αυτών. Αφορά συχνότερα στον υπογνάθιο (80-90%), λιγότερο στην παρωτίδα (10%) και σπάνια στον υπογλώσσιο. Συχνά είναι το κυριότερο αίτιο (60%) των αποφρακτικής αιτιολογίας φλεγμονών των αδένων (σιαλαδενίτιδων). Σιαλολιθίαση και σιαλαδενίτιδα είναι καταστάσεις αλληληλένδετες και αχώριστες. Σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα, η σιαλαδενίτιδα προηγείται της σιαλολιθίασης, αλλιώς μπορεί να συμβαίνει και το αντίθετο. Βασικό ρόλο στη δημιουργία και των δύο καταστάσεων φαίνεται ότι παίζει η διαταραχή (μείωση, στάση) της έκκρισης των σιαλογόνων αδένων από διάφορα αίτια, γεγονός που ευνοεί την παλίνδρομη είσοδο μικροβίων στον αδένα και την ανάπτυξη φλεγμονής. Η φλεγμονή ευνοεί το σχηματισμό των σιαλολιθίων και αυτοί με τη σειρά τους προκαλούν περαιτέρω μείωση της έκκρισης και νέα φλεγμονή. Σημαντικό ρόλο φαίνεται ότι παίζουν οι μι-

κρόλιθοι (ή σιαλομικρόλιθοι), οι οποίοι βρέθηκαν σε φυσιολογικούς και παθολογικούς αδένες, η δημιουργία των οποίων έχει επιβεβαιωθεί και πειραματικά. Οι περισσότεροι από αυτούς αποβάλλονται με το σάλιο, άλλοι όμως παραμένουν και αυξανόμενοι προκαλούν λιθίαση ή σιαλαδενίτιδα. Η διάγνωση των καταστάσεων αυτών, εκτός από το ιστορικό και την κλινική εικόνα και εξέταση, μπορεί να απαιτήσει και ειδικό απεικονιστικό έλεγχο (ειδικές ακτινογραφίες, υπερχοτομογράφημα, σιαλογραφία, αξονική και μαγνητική τομογραφία, και τελευταία σιαλοενδοσκόπηση. Η αντιμετώπισή τους συμπεριλαμβάνει γενικά μέτρα, φαρμακευτική αγωγή (αντιμικροβιακά, αντιφλεγμονώδη) και χειρουργική παρέμβαση. Η αφαίρεση του αποφρακτικού αιτίου (π.χ. σιαλόλιθου), όπου είναι δυνατόν, είναι αναγκαίο μέτρο. Αυτό μπορεί να γίνει με χειρουργικό τρόπο με ενδοστοματική ή εξωστοματική προσπέλαση, και με μη επεμβατικούς τρόπους (ενδοσκοπικά ή με λιθοτριψία).

## 24

### ΒΛΑΣΤΙΚΗ ΜΥΡΜΗΚΙΩΔΗΣ ΛΕΥΚΟΠΛΑΚΙΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.

**Λιάζος Ι\*, Γεωργάκη Μ, Μποζιάρη Π, Χρυσομάλη Ε.**

Από το Εργαστήριο Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ο όρος «βλαστική μυρμηκιάδης λευκοπλάκια» (ΒΜΛ) είναι κλινικός και αναφέρεται σε μία ιδιαίτερη μορφή λευκοπλάκιας του στόματος, η οποία παρουσιάζει ενδιαφέρον λόγω της επιθετικότερης βιολογικής συμπεριφοράς που εμφανίζει, σε σύγκριση με τις άλλες κλινικές μορφές λευκοπλάκιας. Η ΒΜΛ προσβάλλει συχνότερα γυναίκες της έκτης δεκαετίας της ζωής με

συνηθέστερη εντόπιση τα ούλα. Συσχέτιση της ΒΜΛ με το κάπνισμα αναφέρεται σε μικρό σχετικά ποσοστό των ασθενών (23,3%), ενώ ο κίνδυνος εξαλληλαγής των βλαβών σε μυρμηκιάδες ή ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα είναι αυξημένος και υπολογίζεται σε ποσοστό 74% περίπου των περιπτώσεων. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση δύο περιπτώσεων ΒΜΛ, η ανα-

σκόπηση της βιβλιογραφίας και η συζήτηση των κλινικών χαρακτήρων, της διαφορικής διάγνωσης και των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων που εμπλέκονται στην παθογένεια της ΒΜΛ. Η πρώτη περίπτωση αφορά σε γυναίκα ηλικίας 64 ετών, η οποία κατά την κλινική εξέταση παρουσίαζε πολλαπλές μη αποκολληόμενες λευκές πλάκες με τραχεία θηλώδη επιφάνεια, ασυμπτωματικές, που εντοπιζόνταν στη σκληρή υπερώα, στη νωδή φατνιακή ακροθιφία της κάτω γνάθου αριστερά, στα γλωσσικά ούλα των τωμέων της κάτω γνάθου και στην κάτω επιφάνεια της γλώσσας. Η δεύτερη περίπτωση αναφέρεται σε άνδρα ηλικίας 29 ετών, ο οποίος εμφάνιζε μη αποκολληόμενες λευκές πλάκες με τραχεία επιφάνεια, εναλλασσόμενες με ερυ-

θρές περιοχές στα υπερώα ούλα αμφοτερόπλευρα, στις παρειές και στη γλώσσα. Η διαγνωστική μερική βιοψία που έγινε στις παραπάνω δύο περιπτώσεις έδειξε ιστοπαθολογικά ευρήματα συμβατά με ΒΜΛ, όπως θηλωμάτωση με υπερορθοκερατίνωση και υπερκόκκωση στη πρώτη περίπτωση, ενώ στη δεύτερη περίπτωση παρατηρήθηκε επιπρόσθετα και μεγάλου βαθμού επιθηλιακή δυσπλασία. Η παρακολούθηση των ασθενών με ΒΜΛ ανά τακτά χρονικά διαστήματα είναι αναγκαία, αφενός λόγω του πολυεστιακού χαρακτήρα των λευκών πλάκων και αφετέρου λόγω του ότι η ΒΜΛ συνιστά μία μακροχρόνια και προοδευτικά εξελισσόμενη εξεργασία, η οποία μετά τη θεραπεία χαρακτηρίζεται από συχνές υποτροπές.

25

## Η ΚΛΕΙΣΤΗ ΒΙΟΨΙΑ ΚΑΙ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΜΕ ΒΕΛΟΝΗ ΣΕ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ.

**Κεχαγιάς Ν\*, Βενέτης Γ, Μελέτης Ι, Ντομουχτής Α, Μανδραλή Α.**

*Από την Πανεπιστημιακή Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και το Κυτταρολογικό Εργαστήριο του Γενικού Νοσοκομείου «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης.*

Η βιοψία με ειδική χονδρή βελόνη (Core Needle Biopsy / Tru-Cut / Punch Biopsy), και η κυτταρολογική εξέταση με λεπτή βελόνη (Fine Needle Aspiration - FNA) είναι, σε έμπειρα χέρια, αξιόπιστες εξετάσεις, με ψηλά ποσοστά ακρίβειας και ειδικότητας. Παρόλα αυτά, ένα υπολογισμένο ακόμη ποσοστό περιπτώσεων διαφεύγει τη διάγνωση, καθώς το κυτταρικό ή το ιστοικό δείγμα δεν είναι, μερικές φορές, αντιπροσωπευτικό. Η υπερηχογραφική εξέταση είναι ιδιαίτερα χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο στη στοματική και γναθοπροσωπική χειρουργική, διότι έχει χαμηλό κόστος, στερείται ανεπιθύμητων ενεργειών από την ακτινοβολία, είναι επαναλήψιμη και μπορεί άριστα να συνδυαστεί με παρεμβατική πράξη σε πραγματικό χρόνο. Στην εργασία αυτή παρουσιάζονται δέκα αντιπροσωπευτικές περιπτώσεις ασθενών που υποβλήθηκαν σε κλειστή βιοψία για βλάβες του προσώπου και του τραχήλου. Οι μισές έγιναν υπό υπερηχογραφική παρακολούθηση και οι υπόλοιπες κατά την κλινική εκτίμηση του επεμβαίνοντος. Οι οκτώ από

τις δέκα ήταν βιοψίες που ελήφθησαν με μεγάλης διαμέτρου βελόνες (tru-cut), ενώ σε δύο περιπτώσεις έγινε αναρρόφηση με λεπτή βελόνη, στη μία εξ αυτών υπό υπερηχογραφική παρακολούθηση. Σε πολλές περιπτώσεις οι διαγνώσεις δεν απαιτούσαν χειρουργική θεραπεία (λήμφωμα, σιαθαδενίτις, απόστημα, ύγρωμα που υποχώρησε αυτόματα μετά την παρακέντηση). Η ανοικτή βιοψία-εκτομή αποφεύχθηκε στις περιπτώσεις αυτές, και ακολουθήθηκε για καθεμία η ενδεδειγμένη θεραπεία. Η υπερηχογραφική μέλητη βοηθά σημαντικά στη στοχοποίηση της βλάβης, ώστε η ταυτόχρονη λήψη υλικού με βελόνα να είναι αντιπροσωπευτική. Επιπλέον, με τον τρόπο αυτό εντοπίζονται εύκολα τα αγγεία της περιοχής και αποφεύγεται η τρώση τους. Η συχνότητα που πρέπει να χρησιμοποιείται για τις βλάβες της κεφαλής και του τραχήλου, αλλά και προκειμένου να γίνει ορατή η βελόνη είναι σχετικά υψηλή, αλλά και η γωνία πρόσπτωσης του υπερηχητικού σήματος έχει επίσης ιδιαίτερη σημασία στην απεικόνιση.

26

## ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ.

*Γεωργάκη Μ\*, Βασιλοπούλου Ε, Χρυσομάλη Ε*

*Από το Εργαστήριο Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.*

Η περιοχή της στοματικής κοιλότητας μπορεί να αποτελέσει πεδίο ανάπτυξης πληθώρας παθολογικών καταστάσεων, οι οποίες αιτιολογικά είναι δυνατό να σχετίζονται είτε με τοπικούς παράγοντες είτε με γενικά νοσήματα. Από το ευρύ φάσμα των νοσολογικών οντοτήτων που μπορούν να παρουσιασθούν στο βλεννογόνο του στόματος, η εμφάνιση ορισμένων στοματολογικών παθήσεων είναι πιο συχνή στο γενικό πληθυσμό, όπως έχουν δείξει σχετικές μελέτες της βιβλιογραφίας (Shulman και συν. 2004). Συγκεκριμένα οι άφθες, ο επιχείλιος έρπης, ο ομαλός λειχήνας, η λευκοπλάκια, αναφέρονται ως οι πιο συνηθισμένες παθολογικές καταστάσεις, ενώ άλλες, όπως η κατντίαση μπορεί να υποκρύπτουν κάποιο υποκείμενο νόσημα. Συνήθεις αλλοιώσεις της χροιάς

ή της επιφάνειας της γλώσσας, όπως η γεωγραφική και η τριχωτή γλώσσα, οι οποίες συνιστούν φυσιολογικές παραλλαγές, είναι δυνατόν να θορυβήσουν τον ασθενή και να τον οδηγήσουν στην αναζήτηση ιατρικής συμβουλής. Η αξιολόγηση των πληροφοριών από το ιστορικό, την κλινική εικόνα και άλλες παρακλινικές εξετάσεις που ίσως απαιτούνται, συμβάλλουν στη διάγνωση αυτών των παθήσεων. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανασκόπηση των κλινικών χαρακτηριστικών, της διαφορικής διάγνωσης και της θεραπείας συνηθισμένων παθήσεων του βλεννογόνου, για τις οποίες ο οδοντίατρος, ως υπεύθυνος της υγείας του στόματος, συχνά καλείται στην καθ' ημέρα πράξη να αντιμετωπίσει, τόσο διαγνωστικά όσο και θεραπευτικά.

27

## ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟ ΟΣΤΙΚΟ ΑΠΟΛΥΜΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟ, ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΓΚΛΕΙΣΤΟΥ ΦΡΟΝΙΜΗΤΗ.

*Ζούμπος Δ, Νικοηαΐδης Α\*, Μελακόπουλος Ι*

Η χειρουργική αφαίρεση εγκληίστου σωφρονιστήρα είναι ίσως η πιο συχνή επέμβαση που γίνεται σήμερα στη χειρουργική του στόματος. Η σκοπιμότητα αυτής της επέμβασης κρίνεται δεδομένη, όταν υπάρχουν προβλήματα, όπως υποτροπιάζουσα φλεγμονή (περιστεφανίτιδα), πόνος, μη αποκαταστάσιμες τερηδόνες, κύστες, όγκοι, καταστροφή παρακείμενου οστού, απορρόφηση ριζών όμορων δοντιών, ορθοδοντικοί λόγγοι κ.ά. Διάφορες επιπλοκές αναφέρονται ότι σχετίζονται με τη χειρουργική τους αφαίρεση, με συχνότερες τη μετεγχειρητική λοίμωξη, το ξηρό φατνίο και την υπαισθησία ή και αναισθησία του κάτω φατνιακού ή του γλωσσικού νεύρου. Το απόστημα είναι συνήθως χαρακτηριστικό οστεομυελίτιδος και προκύπτει όταν υπάρχει λοίμωξη της μυελώδους μοίρας των οστών. Ο σχηματισμός αποθύματος με-

τά από χειρουργική αφαίρεση εγκληίστου φρονιμήτη είναι εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή. Σκοπός της εργασίας είναι η αναφορά περίπτωσης απολυματοποίησης του έξω φλοιού της κάτω γνάθου, σε ασθενή με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό μετά από εργώδη χειρουργική εξαγωγή εγκληίστου κάτω τρίτου γομφίου. Ασθενής ηλικίας 32 ετών προσήλθε με μικρό οίδημα στην κάτω γνάθο αριστερά και πόνο στην περιοχή. Από το ιστορικό βρέθηκε ότι είχε υποβληθεί προ δύο μηνών σε χειρουργική εξαγωγή του εγκληίστου 38, που ανέφερε ότι διήρκεσε 90-120 λεπτά. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε εκτεταμένη διάσπαση του τραύματος παρειάκας του 37, απ' όπου διαπιστώθηκε εκροή δύσοσμου υγρού. Ο ασθενής ανέφερε ότι κατά το διάστημα των δύο τελευταίων μηνών είχε λάβει διάφορα σχήματα αντιβίωσης

και οδηγίες για πλύσεις με χαμομήλι χωρίς αποτέλεσμα. Έγινε νέος ακτινογραφικός έλεγχος, όπου ετέθη η υποψία απολήματος και αποφασίστηκε να γίνει διάνοιξη του τραύματος και τοποθέτηση γάζας fucidin για να επιτευχθεί απόρριψη του απολήματος και κατά δεύτερο σκοπό επούλωση. Δύο εβδομάδες μετά αφαιρέθηκε ένα οστεοστεμάχιο με μικρή βελτίωση των συμπτωμάτων και δέκα ημέρες αργότερα αφαιρέθηκε και δεύτερο εκτεταμένο οστικό απόλυμα. Μετά την αφαίρεση του δεύτερου απολήματος παρατηρήθηκε γρήγορη επούλωση της περιοχής και ο θύλακος

παρειάκας και άπω του 37 εξαλείφθηκε σταδιακά. Πιθανολογείται ότι η δημιουργία του οστικού απολήματος είναι αποτέλεσμα της ιδιαίτερα εργώδους, σύμφωνα με την αναφορά του ασθενούς, αφαίρεσης του 38, όπου έγινε κάταγμα του έξω πετάλιου της κάτω γνάθου που δεν αξιολογήθηκε από τους επεμβαίνοντες κατά τη διάρκεια της επέμβασης αλλήλα και μετεγχειρητικά. Η χειρουργική αφαίρεση εγκληίστων φρονιμιτών είναι η πλέον συχνή επέμβαση στη χειρουργική του στόματος, αλλήλα πρέπει σε κάθε περίπτωση να αντιμετωπίζεται με τη δέουσα προσοχή.

## 28

## ΚΕΚΛΙΜΕΝΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΟΛΙΚΗΣ Ή ΜΕΡΙΚΗΣ ΝΩΔΟΤΗΤΑΣ. ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΠΕΡΑΣΜΕΝΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ.

*Ζαμπέλης Α\*, Rangert Β, Heijl L*

**Εισαγωγή:** Η παρουσία του ιγμορείου άντρου ή του κάτω φατνιακού νεύρου μπορεί να καταστήσει την τοποθέτηση εμφυτευμάτων στη νωδή περιοχή δύσκολη έως αδύνατη. Η τοποθέτηση εμφυτευμάτων υπό κλίση για την αποφυγή αυτών των ανατομικών στοιχείων είναι μία εναλλακτική κλινική προσέγγιση.

**Σκοπός:** Να εκτιμηθεί σε περιβάλλον πεπερασμένων στοιχείων εάν η τοποθέτηση εμφυτευμάτων υπό κλίση οδηγεί σε αυξημένη κατανομή τάσεων στο στερικτικό οστό και εάν μηχανοβιολογικά είναι προτιμότερη από τη χρήση προβόλων για την επέκταση του οδοντικού τόξου.

**Υλικό και μέθοδος:** Η ανάλυση πεπερασμένων στοιχείων περιέλαβε δισδιάστατα μοντέλα δύο εμφυτευμάτων Branemark 13 χιλιοστών, ενώμενων με μία ράβδο τιτανίου. Το "άπω" εμφύτευμα τοποθετήθηκε με 0, 10, 20, 30 και 45 μοίρες κλίση άπω. Στο εμφύτευμα εφαρμόστηκε δύναμη

50N. Η ανάλυση περιέλαβε τα ίδια μοντέλα με την προσθήκη προβόλων και την εφαρμογή της δύναμης σε αυτά, καθώς και μοντέλα με "άπω" εμφύτευμα 19 χιλιοστών.

**Αποτελέσματα - Συμπεράσματα:** Η τοποθέτηση εμφυτευμάτων υπό κλίση δεν οδήγησε σε αυξημένη κατανομή τάσεων στο στερικτικό οστό, συγκρινόμενη με τη χρήση "κατακόρυφων" εμφυτευμάτων. Αντίθετα, η χρήση προβόλων διπλασίασε τις τάσεις αυτές. Από τη μελέτη των ανατομικών παραμέτρων των μοντέλων, διαπιστώθηκε ότι η πυκνότητα του σπογγώδους και το πάχος του συμπαγούς οστού είναι δευτερεύουσας σημασίας και ότι το μεγαλύτερο μέρος των τάσεων κατανέμεται στο συμπαγές οστό. Συμπεραίνεται ότι η χρήση κεκλιμένων εμφυτευμάτων είναι μία μηχανοβιολογικά ορθή λύση για την αποκατάσταση οπίσθιων νωδών περιοχών, σαφώς προτιμότερη από τη χρήση προβόλων.

## 29

## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΣΤΟ ΜΕΤΕΞΑΚΤΙΚΟ ΦΑΤΝΙΟ. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ.

*Κωνσταντίνου Χ*

Η επούλωση του μετεξακτικού φατνίου μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως γενικό μοντέλο για

τις ιδανικές επουλωτικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα σε οστικές βλάβες της φατνιακής

απόφυσης. Οι διαδοχικές μεταβολές που παρατηρούνται στους ιστούς, έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία νέου οστίτη ιστού, όμοιας δομής και αρχιτεκτονικής με το φυσιολογικό ώριμο οστίτη ιστό. Παρά το γεγονός ότι η επουλωτική διεργασία στο μετεξακτικό φατνίο μπορεί να επηρεαστεί από πληθώρα τοπικών και συστηματικών παραγόντων, η αλληλεπίδραση των φαινομένων που ακολουθείται είναι συγκεκριμένη και ειδική. Η επούλωση ξεκινά με την πλήρωση της κοιλότητας με πήγμα αίματος, το οποίο θα σχηματίσει θρόμβο, σταματώντας την αιμορραγία. Η ακόλουθη αποδιοργάνωση του θρόμβου σηματοδοτεί την έναρξη σύνθεσης νεόπλαστου ιστού. Ο καθαρισμός του τραύμα-

τος από βακτήρια και κατεστραμμένους ιστούς γίνεται με την ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού μηχανισμού και τη συμμετοχή ειδικών κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος. Ο πρώτος ιστός που σχηματίζεται είναι κοκκιωματώδης ιστός. Ακολουθεί η δημιουργία προσωρινού συνδετικού ιστού, ο οποίος μετατρέπεται σταδιακά σε ανώριμο οστίτη ιστό, που με τη σειρά του θα αναδιαμορφωθεί ώστε να προκύψει ώριμο οστό. Σκοπός της συγκεκριμένης παρουσίας είναι η κατά στάδια περιγραφή των φυσιολογικών ιστικών μεταβολών, οι οποίες διαδραματίζονται αμέσως μετά την απλή εξαγωγή δοντιού σε μετεξακτικό φατνίο τεσσάρων τοιχωμάτων.

30

### ΑΜΕΣΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΟΣΤΕΟΕΝΣΩΜΑΤΟΥΜΕΝΟΥ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΜΕΤΕΞΑΚΤΙΚΟ ΦΑΤΝΙΟ.

*Κωνσταντίνου Χ*

Η άμεση τοποθέτηση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων σε μετεξακτικά φατνία προσφέρει αξιόλογες θεραπευτικές δυνατότητες σε σχέση με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις και αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό οδοντίατρο. Έχει αποδειχτεί ότι η αφαίρεση ενός δοντιού από το φατνίο συνεπάγεται τη μεταβολή των διαστάσεων της εναπομένουσας φατνιακής ακρολοφίας. Η μεταβολή αυτή προκύπτει ως φυσικό επακόλουθο των επουλωτικών διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα στο μετεξακτικό φατνίο και που έχουν ως κλινικό αποτέλεσμα την απώλεια οστού, τόσο ως προς το ύψος, όσο και ως προς το εύρος στη συγκεκριμένη περιοχή. Η απορρόφηση οστού είναι μεγαλύτερη στο προστομιακό πέταλο σε σχέση με το γλωσσικό / υπερώιο πέταλο του φατνιακού οστού. Την αλληλεπίδραση των διαστάσεων των σκληρών ιστών ακολουθεί η αλληλεπίδραση στη μορφολογία των μαλακών ιστών. Παρά την υπόθεση ότι με την άμεση τοποθέτηση εμφυτεύματος στη θέση της εξαγωγής είναι πιθανό να διατηρηθούν οι αρχικές διαστάσεις του φατνίου, η οστική απορρόφηση είναι αναπόφευκτη. Το βιολογικό αυτό φαινόμενο καθιστά την άμε-

ση τοποθέτηση εμφυτευμάτων στην αισθητική ζώνη του στόματος διαδικασία ιδιαίτερων απαιτήσεων. Επιπλέον, προκειμένου να επιτευχθεί αρχική σταθερότητα των εμφυτευμάτων σε μία περιοχή με γεωμετρικές διαστάσεις που προκαθορίζονται από τη μορφολογία της ρίζας, είναι απαραίτητη η επιλογή εμφυτεύματος κατάλληλης διαμέτρου και σχήματος, συνδυαζόμενου αρκετές φορές με τεχνικές κατευθυνόμενης οστικής αναγέννησης. Ωστόσο, στην αισθητική περιοχή το μέγεθος του εμφυτεύματος που θα επιλεγεί καθορίζεται και από το προφίλ ανάδυσης της προσθετικής αποκατάστασης. Σκοπός της συγκεκριμένης παρουσίας είναι η διευκρίνιση της σχέσης μεταξύ οστικής απορρόφησης που πραγματοποιείται μετά από εξαγωγή δοντιού και άμεση τοποθέτηση εμφυτεύματος, και των διαστάσεων των οστικών τοιχωμάτων του μετεξακτικού φατνίου. Η αναδιαμόρφωση του οστού, η οποία αποτελεί φυσιολογική διεργασία της επούλωσης και συνεχίζεται μετά την άμεση τοποθέτηση εμφυτεύματος, οδηγεί στη μεταβολή του ποσοστού επαφής οστού - επιφάνειας εμφυτεύματος.

## 31

**ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ.****Δαφέρμου Ε\*, Γάτου Ε, Τζέρμπος Φ**

Μία εναλλακτική θεραπευτική αποκατάσταση στην περίπτωση ελλείποντος δοντιού, αποτελεί η χειρουργική τοποθέτηση των οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων. Η επιτυχία όμως ενός εμφυτεύματος δεν περιορίζεται στη δεξιότητα και τους χειρισμούς του χειρουργού, αλλά είναι απόρροια ενός συνόλου παραγόντων που επιδρούν τόσο στη φάση της οστεοενσωμάτωσης όσο και στη φάση της προσθετικής αποκατάστασης και μετέπειτα παραμονής του εμφυτεύματος στο φραγμό. Τοπικοί και συστηματικοί παράγοντες φαίνεται να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην επιτυχία ενός εμφυτεύματος γενικότερα, αλλά και στη φάση της οστεοενσωμάτωσης ειδικότερα. Ποικίλες συστηματικές νόσοι επηρεάζουν τους ιστούς της στοματικής κοιλότητας, καθιστώντας τους επιρρεπείς σε άλητες ασθένειες ή διαταράσσοντας την επουλωτική τους διαδικασία. Επιπρόσθετα, η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν οι ασθενείς

αυτοί καθορίζει πολλές φορές και την επιτυχία του εμφυτεύματος. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με έρευνες, ασθενείς που πάσχουν από συστηματικά νοσήματα, όπως αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, ενδοκαρδίτιδα, σοβαρές αιμορραγικές διαταραχές και ψυχολογικά προβλήματα, αποτελούν απόλυτη αντένδειξη για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων και δεν θα απασχολήσουν την παρούσα εργασία. Υπάρχουν όμως καταστάσεις που επιδέχονται περαιτέρω ανάλυση, και τέτοιες είναι η οστεοπόρωση, ο ρυθμισμένος σακχαρώδης διαβήτης, ο υπερ- και ο υπο-θυρεοειδισμός, το σύνδρομο Sjögren, η ανοσοκαταστολή και η HIV λοίμωξη, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και η σκληροδερμία. Σκοπός της παρούσας ανακοίνωσης, είναι η περιγραφή των συστηματικών νοσημάτων που επηρεάζουν την αρχική μεν, καθοριστική δε για την επιτυχία του εμφυτεύματος, φάση της οστεοενσωμάτωσης.

## 32

**ΟΔΟΝΤΟΦΑΤΝΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ ΑΝΤΡΟΥ.****Αθανασίου Κ\*, Κουτέλας Π, Χούπης Κ**

Με τον όρο οδοντοφατνιακές λοιμώξεις του ιγμορείου άντρου εννοείται η φλεγμονώδης αντίδραση του βλεννογόνου του, που μπορεί να συνυπάρχει με οστικές βλάβες ενός ή περισσότερων τοιχωμάτων του. Το ιγμόρειο άντρο αποτελεί μία μεγάλη αεροφόρο παραρρινική κοιλότητα που βρίσκεται στο εσωτερικό του μέσου τριημορίου του σπλαχνικού κρανίου, σχηματίζοντας τρίηυρη, πυραμοειδή οστική δομή. Λόγω της κεντρικής ανατομικής του θέσης προσβάλλεται συχνά από τις φλεγμονές και τις βλάβες της στοματικής κοιλότητας. Οι οδοντογενείς βλάβες του ιγμορείου άντρου κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες: (1) επινέμεση άντρου από ογκοτικές εξεργασίες (οδοντογενείς κύστεις, οδοντογενείς όγκοι, καλοήθειες ή κακοήθειες εξεργασίες της άνω γνάθου), (2) επινέμεση άντρου από φλεγμονές

(οξύ οδοντοφατνιακό απόστημα, περιοδοντικό απόστημα, περιεμφυτευματίτιδα, οστεομυελίτιδα άνω γνάθου), (3) ιατρογενείς βλάβες (διάτρηση της κοιλότητας και πρόκληση στοματοκοιλιακής επικοινωνίας από εισαγωγή ξένου σώματος στο ιγμόρειο άντρο, από εξαγωγές οπίσθιων άνω δοντιών, τεχνικές ανύψωσης ιγμορείου, διάτρηση της μεμβράνης κατά την τοποθέτηση εμφυτευμάτων, ακκροριζεκτομή και κάταγμα γναθιαίου κυρτώματος). Η λήψη πλήρους ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού, η κλινική και ακτινογραφική εξέταση συμβάλλουν στη διάγνωση των βλαβών του ιγμορείου άντρου και στο σωστό προεγχειρητικό σχεδιασμό για την αντιμετώπισή τους. Για τον ακτινογραφικό έλεγχο χρησιμοποιούνται κυρίως η πανοραμική και η αξονική τομογραφία, ενώ ως ειδικές τεχνικές αναφέρονται οι MRI, SPECT

και bone-SPECT. Οι κυριότερες θεραπευτικές τεχνικές είναι η τεχνική Caldwell-Luc, διαρινική ενδοσκοπική χειρουργική, σύγκληση στοματοκοιλιακής επικοινωνίας, αποκατάσταση αερισμού μέ-

σω φυσικού ή τεχνητού στομίου, χρήση αντιβιοτικών και ρινικών αποσυμφορητικών, καθώς και χρήση μεμβρανών για την αποκατάσταση της διάτρησης της μεμβράνης του ιγμορείου.

33

### ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΞΕΝΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΙΓΜΟΡΕΙΟ.

*Μελέτης Ι\*, Βενέτης Γ, Τσόβα Σ, Μαγγούδη Δ*

Το ενδοσκόπιο χρησιμοποιείται ως εύκαμπτη ή άκαμπτη συσκευή από πολλήδες ιατρικές ειδικότητες. Στη γναθοπροσωπική περιοχή, ιδιαίτερη χρησιμότητα έχει μεταξύ άλλων στον έλεγχο των κροταφογναθικών αρθρώσεων και των παραρρινίων κόλπων. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση τριών περιπτώσεων αφαίρεσης ξένων σωμάτων (ενός δοντιού και δύο ριζών που είχαν παρεκτοπισθεί κατά την προσπάθεια εξαγωγής τους) από το ιγμόρειο, με τη βοήθεια του ενδοσκοπίου. Χρησιμοποιήθηκε άκαμπτο ενδοσκόπιο διαμέτρου τριών χιλιοστών διαρρινικά ή και από τον κυνικό βόθρο. Ασκήθηκε η ελάχιστη δυνατή επεμβατικότητα. Στις δύο από τις τρεις περιπτώ-

σεις εφαρμόστηκε τοπική αναισθησία και στην τρίτη γενική. Η νοσηλεία των ασθενών ήταν από 24 έως 48 ώρες. Συζητούνται οι ενδείξεις για τη χρήση του ενδοσκοπίου στη γναθοπροσωπική χειρουργική, τόσο με διαγνωστική όσο και με επεμβατική σημασία. Η ενδοσκοπική χειρουργική του σπλαγχνικού κρανίου είναι μία τεχνική που εξελίσσεται γρήγορα, καθώς βελτιώνονται συνεχώς οι εξειδικευμένες για το σκοπό αυτό συσκευές. Στη διαγνωστική των παραρρινίων κόλπων, το ενδοσκόπιο αποτελεί ένα εύχρηστο εργαλείο που προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για τη φύση και, κυρίως, για την εντόπιση βλαβών ή ξένων σωμάτων.

34

### ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ.

*Ζανάκης Σ\*, Φαϊνπέα Μ, Χρυσολούρης Π, Κυριάκου Σ, Δενδρινός Χ, Γιαμαρέλος Γ*

Οι οδοντογενείς λοιμώξεις συνοδεύουν τον άνθρωπο από την προϊστορική περίοδο, σύμφωνα με τις υπάρχουσες ενδείξεις, και αποτελούν μία από τις συχνότερες νόσους των οδοντιατρικών ασθενών. Γενικά, οι λοιμώξεις αυτές απαντούν με τρόπο προβλέψιμο στις αρχές που διέπουν την αντιμετώπισή τους, εν τούτοις δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που αυτές είναι δυνατόν να έχουν μία δυσμενή εξέλιξη, που μπορεί να καταλήξει και στο θάνατο. Παρουσιάζονται περιπτώσεις ασθενών με οδοντογε-

νείς λοιμώξεις που επεκτάθηκαν σε παρακείμενα ανατομικά διαστήματα, καθώς και η θεραπευτική παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε. Συζητούνται επίσης η αιτιολογία των λοιμώξεων, η εμπλεκόμενη μικροβιακή χλωρίδα, οι οδοί επέκτασής τους και η επικινδυνότητά τους. Γίνεται αναφορά στο ρόλο γενικών νοσημάτων ως προς την εξέλιξη των λοιμώξεων, και στα σημεία και συμπτώματα που επιβάλλουν την παραπομπή των ασθενών αυτών σε νοσοκομειακές μονάδες.

35

### ΠΛΑΣΜΑ ΠΛΟΥΣΙΟ ΣΕ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ (PRP). ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ.

*Κουτέλας Π\*, Στιλπινόπουλος Γ, Χούπης Κ*

Με βάση τη μελέτη της σύγχρονης βιβλιογραφίας, η χρήση του PRP βρίσκεται υπό αμφισβή-

τηση, χωρίς όμως να παύει να αποτελεί αξιόλογο μέσο στη θεραπευτική φαρέτρα του κλινικού οδο-

ντιάτρου. Το PRP είναι ένα μη τοξικό, αυτόλογο παράγωγο, πλούσιο σε αυξητικούς παράγοντες, που επιταχύνει την επούλωση των σκληρών και μαλακών ιστών. Η τεχνική διαδικασία παρασκευής του PRP περιλαμβάνει τη συλλογή αίματος σε μία σύριγγα με την ταυτόχρονη συνύπαρξη αντιπηκτικής ουσίας, πριν από την πραγμάτωση οποιασδήποτε χειρουργικής επέμβασης στον ασθενή. Ακολουθεί φυγοκέντρηση, ανάμειξη με αυτόλογο θρομβίνη και ιόντα ασβεστίου, ώστε να πάρει την τελική μορφή του και μέσω μίας σύριγγας μεταφοράς να αναμιχθεί με το οστικό μόσχευμα. Η δράση του PRP έγκειται στους αυξητικούς παράγοντες που περιλαμβάνει, με κυριότερους τους: (1) αυξητικός παράγοντας του αιμοπεταλίου (PDGF), (2) μετατρεπτικός αυξητικός παράγοντας β (TGFβ), (3) αυξητικός παράγοντας που προσομοιάζει την ινσουλίνη 1 (IGF1). Το PRP χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με οστικά μόσχευμα, αυτογένη, αλλογενή, ξενομοσχεύματα ή αλλοπλάστικά υποκατάστατα οστού, αυξάνοντας τις οστεοεπαγωγικές και οστεοκαθοδηγητικές ιδιότητές τους για την ταχύτερη ανάπτυξη του φατνιακού οστού. Χρησιμοποιείται (1) σε επεμβάσεις ανύψωσης του ιγμορείου άντρου και σε επεμβάσεις αύξησης του εύρους της φατνιακής ακροθλοφίας για την τοποθέτηση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων, (2) σε περιπτώσεις οστικής ανά-

πλησης μετά από εξαγωγή τρίτων εγκληίστων γομφίων που έχουν προκαλέσει περιοδοντικά προβλήματα στις ρίζες των όμορων δεύτερων γομφίων, (3) σε τεχνικές κατευθυνόμενης ιστικής ανάπτυξης κατά την περιοδοντική θεραπεία ενδοοστικών βλαβών. Ως κύρια πλεονεκτήματα της χρήσης του PRP αναφέρονται η απλή διαδικασία παρασκευής του και η εύπλαστη μάζα που δημιουργεί με το οστικό μόσχευμα, συμβάλλοντας στην ευκολότερη τοποθέτηση και συγκράτησή του στον κρημό και την ταχύτερη επούλωση του μετεγχειρητικού τραύματος. Στον αντίποδα, πληθώρα πειραματικών εργασιών αποδεικνύουν (1) τα φτωχά κλινικά αποτελέσματα της χρήσης PRP μόνο με βόειο οστικό μόσχευμα, (2) τη μη παραγωγή περισσότερου νέου οστίτη ιστού, το μύθο της πυκνότερης οστικής δοκίδωσης και αυξανόμενης επιμεταλλικοποίησης του νέου οστού μετά την πάροδο 2 έως 3 μηνών από την επέμβαση, σε σύγκριση με τη χρήση οστικών μοσχευμάτων χωρίς PRP. Οι μελέτες αυτές έγιναν σε πειραματόζωα και ανθρώπους και τεκμηριώθηκαν με ακτινολογικές και ιστομορφομετρικές εξετάσεις. Συμπερασματικά, η χρήση του PRP καθορίζεται από τις θεραπευτικές ανάγκες του ασθενούς, τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα που θέτει ο κλινικός οδοντίατρος και η ύπαρξη νέων ερευνών θα ήταν αναγκαία.

## 36

### ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

Δαφέρμου Ε\*, Κουτσούκος Ι, Ματιάκης Α, Τζέρμπος Φ

Το ηωσινόφιλο κοκκίωμα ανήκει σε μία ευρύτερη ομάδα ιδιοπαθών καταστάσεων που καλείται ιστοκύττωση των κυττάρων Langerhans (LCH), αντικαθιστώντας την παλαιότερη ονομασία της ιστοκύττωσης-Χ. Στην ίδια κατηγορία ανήκει και η χρόνια πολυεστιακή ασθένεια Hand-Sculler-Christian, που εμφανίζεται συνήθως σε παιδιά 2-10 ετών, και η Letterer-Siwe, μία οξεία κακοήθης βλάβη, με κακή πρόγνωση, που προσβάλλει παιδιά κάτω των δύο ετών. Το ηωσινόφιλο κοκκίωμα είναι άγνωστης αιτιολογίας και αποτελεί την πιο καλοήθη και εντοπισμένη βλάβη σε σχέση με τις άλλες δύο. Μπορεί να έχει μο-

νοεστιακή ή πολυεστιακή εντόπιση και προσβάλλει τα βρεγματικά οστά του θόλου του κρανίου, τους σπονδύλους, τις πλευρές, τις γνάθους, τα μηριαία και λαγόνια οστά, καθώς και την ωμοπλάτη, σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες. Κλινικά, προκαλεί καθυστέρηση επούλωσης μετεξακτικού φατνίου, ουλίτιδα και κινητικότητα δοντιών, ενώ είναι συνήθως ασυμπτωματική βλάβη. Ακτινολογικά, μπορεί να μιμηθεί μεγάλη ποικιλία καταστάσεων στις γνάθους, όπως ακρορριζικές κύστεις, οστεομυελίτιδα, κεντρικό γιγαντοκυταρικό κοκκίωμα και κακοήθεις βλάβες, ενώ παρατηρείται η εικόνα «επιπλέοντος» δοντιού. Η



προτεινόμενη θεραπεία στην περίπτωση σαφώς περιγεγραμμένου ηωσινόφιλου κοκκίωματος, είναι η χειρουργική εξαίρεση της βλάβης, ενώ σε πολυεστιακή εντόπιση γίνεται σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Σκοπός της

παρούσας ανακοίνωσης είναι η παρουσίαση της κλινικής και ακτινολογικής εικόνας της συγκεκριμένης βλάβης, αλλιά και τα προβλήματα στη θεραπευτική της αντιμετώπιση, μέσα από την ανάλυση δύο κλινικών περιπτώσεων.

37

## ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΟΥΣ ΚΕΡΑΤΙΝΟΚΥΣΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΠΟΤΡΟΠΗ.

**Κοκκορέ Α\*, Κολλόμβος Ν, Σκλαβούνος Α, Στυλιγιάννη Ε**

Από την Κλινική της Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος και τη Στοματική και Γναθοπροσωπική Κλινική της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η οδοντογενής κερατινοκύστη αποτελεί ένα ιδιαίτερο τύπο οδοντογενούς κύστης που πιθανώς προέρχεται από επιθηλιακά υπολείμματα της οδοντικής ταινίας. Σε σύγκριση με άλλες κύστεις των γνάθων, εμφανίζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, εξαιτίας της επιθετικής βιολογικής της συμπεριφοράς, του υψηλού ποσοστού υποτροπής της και της σύνδεσής της με το σύνδρομο Gorlin-Goltz. Εντοπίζεται συχνότερα στην κάτω γνάθο και ιδιαίτερα στην περιοχή των γομφίων και του ανιόντα κηάδου, παρατηρείται σε ευρύ φάσμα ηλικιών και πιο σπάνια στις γυναίκες. Κλινικά δεν προκαλεί συμπτώματα αλλιά σε προχωρημένα στάδια είναι δυνατόν να προκαλέσει διόγκωση, πόνο, δημιουργία συριγγίων ή ακόμη και παραισθησία του κάτω φατνιακού νεύρου. Ακτινογραφικά μπορεί να εμφανιστεί ως μονόχωρη ή πολύχωρη διαύγηση με σαφή ή δαντελωτά όρια. Έχει παθολογική ιστολογική εικόνα, η οποία οδηγεί στην τελική διάγνωση. Ποικίλες θεραπευτικές μέθοδοι έχουν προταθεί όπως μαρσιποποίηση, εκκυρήνι-

ση και απόξεση, εκκυρήνιση και περιφερική οστεκτομή, ευρύτερη εκτομή οστού. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση περίπτωσης γυναίκαας ασθενούς, ηλικίας 29 ετών, με οδοντογενή κερατινοκύστη. Η κυστική εξεργασία παρατηρήθηκε μετά από τυχαίο ακτινογραφικό έλεγχο σε πανοραμική ακτινογραφία το 2003. Στην ασθενή έγινε μαρσιποποίηση και μετά έξι μήνες αφαιρέθηκε το υπόλοιπο της κύστης, ενώ προηγήθηκε ενδοδοντική θεραπεία του 47. Στις 21/3/2007 προσήλθε η ασθενής με πόνο στη σύστοιχη περιοχή και μετά από ακτινογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε η εκ νέου ύπαρξη διαυγαστικής περιοχής που περιελάμβανε μέρος της προηγούμενης βλάβης και τις ρίζες του 47. Προγραμματίστηκε για αφαίρεση της βλάβης και εξαγωγή του 47, που έγινε με στελεχειαία αναισθησία. Η ιστολογική εξέταση ήταν ταυτόσημη με την αρχική. Συμπερασματικά, λόγω του μεγάλου ποσοστού υποτροπής, απαιτείται μακρόχρονη μετεχειρητική επανεξέταση των ασθενών.

38

## ΑΜΕΣΗ ΚΑΛΥΨΗ ΠΟΛΦΟΥ ΜΕ ΧΡΗΣΗ LASER. ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ Ή ΑΒΕΒΑΙΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ; ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

**Στυλιανός Γ\*, Βασιλείου ΛΒ**

Συχνά κατά την αποκατάσταση ενός δοντιού ο οδοντίατρος έρχεται αντιμετώπος με έναν αποκαθυμένο πολφό. Η άμεση κάλυψη, με τα μέχρι τώρα κρατούντα, δεν αποκλείει το ενδεχόμενο μελλογοντικής φλεγμονής ή νέκρωσης του πολφού, εξαιτίας της δυσκολίας ελέγχου της μι-

κροβιακής διείδυσης. Στην παρούσα εργασία περιγράφονται τέσσερις περιπτώσεις αποκάλυψης πολφού, οι δύο απότοκοι βαθιάς τερηδόνας, η τρίτη λόγω κατάγματος και η τέταρτη με τη μορφή υπερπληστικής πολφίτιδας, που αφορούσαν στα 15, 46, 16, και 31 αντίστοιχα. Κατά τη διαδι-

κασία που ακολούθηθηκε, μετά την απομόνωση των δοντιών και την παρασκευή κοιλοτήτων, χρησιμοποιήθηκε είτε Laser KTP (532nm), είτε Er,Cr:YSGG (2780nm) σε διαφορετικές παραμέτρους για την επίτευξη αιμόστασης, απολύμανσης, και δημιουργία αδροποίησης. Ακολούθησε κάλυψη με σκεύασμα υδροξειδίου του ασβεστίου, υαλοϊονομερή κονία και τελικώς σύνθετη ρητίνη. Στην τρίτη περίπτωση, ένα μήνα μετά εκδηλώθηκε πολيفίτιδα και απαιτήθηκε εκπόληψη και ενδοδοντική θεραπεία. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις, τουλάχιστον έξι μήνες μετά, διαδράμουν ασυμπτωματικές και ο τακτικός έλεγχος ζωτικότητας επιβεβαιώνει τη βιωσιμότητα των δοντιών. Βιβλιογραφικά στοιχεία υποστηρίζουν, ότι η χρήση Laser, ιδιαίτερα Er,Cr:YSGG (2780nm), αυξάνει το ποσοστό επιτυχίας της άμεσης κάλυ-

ψης σε 90%, έναντι του 60% της μέχρι τώρα μεθοδολογίας, εφόσον ασκεί αποστειρωτική δράση στα αποκαλυμμένα στρώματα του πολφού και ταυτόχρονα δρα βιοαναδραστικά, διεγείροντας την παραγωγή επανορθωτικής οδοντίνης. Παρόλα αυτά, η άσηπτη επεξεργασία καθώς και παράγοντες μη ελεγχόμενοι, όπως η ενδογενής ανθεκτικότητα του πολφού, η δυνατότητά του για παραγωγή δευτερογενούς οδοντίνης και το εύρος της αποκαλυμμένης περιοχής, φαίνονται να επιδρούν καθοριστικά στην επιβίωση του πολφού. Συμπερασματικά, μοιλονότι η εφαρμογή Laser, φαίνεται να ευοδώνει την πρόγνωση της άμεσης κάλυψη ενός αποκαλυμμένου πολφού, δεν θα πρέπει να παραβλέπεται η τήρηση άσηπτων χειρισμών και η περιοδική παρακολούθηση των δοντιών μετά την έμφραξη.

## 39

### Η ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΟΛΙΚΩΝ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΩΝ ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ «STAUB™ - CRANIAL».

#### Λαμπρόπουλος Π

Το σύστημα «Staub™ - Cranial» βασίζεται σε ορισμένα (οριοθετημένα) ανατομικά σημεία αναφοράς ενός εκμαγείου γνάθου. Στόχος του συστήματος είναι να δώσει ακριβή στοιχεία για την αρχική θέση των φυσικών δοντιών σε μία μερικώς ή ολικώς νωδή γνάθο και να αναπαράγει το αρχικό μασητικό επίπεδο του ασθενή με μαθηματικούς υπολογισμούς. Για την εξατομικευμένη κατασκευή ολικών οδοντοστοιχιών απαιτούνται μόλις τρεις συνεδρίες. Στην πρώτη συνεδρία λαμβάνονται αρχικά αποτυπώματα και επιλέγεται το χρώμα των δοντιών. Ακολουθεί η ανάληψη του εκμαγείου σύμφωνα με τις αρχές του συστήματος και η ανάρτηση στον αρθρωτήρα. Με αυτά τα δεδομένα παράγονται αρχικά εκμαγεία, ατομικά δισκάρια με τη

σύνταξη των δοντιών της άνω γνάθου, τη σύνταξη προσθίων της κάτω γνάθου και κέρινο ύψος για την καταγραφή της μελλοδικής σύγκλεισης των κάτω οπίσθιων δοντιών. Στη δεύτερη συνεδρία λαμβάνονται τα τελικά αποτυπώματα, ο έλεγχος του μασητικού επιπέδου, της αισθητικής του χείλους, της σύνταξης προσθίων και η καταγραφή για τη σύνταξη των κάτω οπίσθιων δοντιών. Ακολουθεί η όπτηση των οδοντοστοιχιών. Στην τρίτη συνεδρία ακολουθεί ο τελικός έλεγχος και ο ενδεχόμενος εκλεκτικός τροχισμός. Με το σύστημα «Staub™ - Cranial» και τον εξατομικευμένο μαθηματικό υπολογισμό του μασητικού επιπέδου, δίνεται μία αξιόπιστη εναλλακτική δυνατότητα για την κατασκευή ολικών οδοντοστοιχιών.

## 40

### ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΟΠΙΣΘΙΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΞΟΝΩΝ ΑΝΘΡΑΚΟΝΗΜΑΤΩΝ.

#### Αλεκίδου Ο\*, Γκαβέλα Γ, Κρανιάς Ν

Από το Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν».

Ακινητοποίηση ορίζεται η με μηχανικά μέσα άρση της κλινικά ανιχνεύσιμης κινητικότητας. Τα

είδη της ακινητοποίησης διακρίνονται από πηυράς (α) χρονικής διάρκειας παραμονής και (β) με-

θόδου κατασκευής. Ως προς το χρόνο παραμονής τους διακρίνονται στις μόνιμες, τις ημιμόνιμες και τις προσωρινές, ενώ ως προς τη μέθοδο κατασκευής τους στις ενδομυηλικές και τις εξωμυηλικές. Η ακινητοποίηση δοντιών με κλινικά ανιχνεύσιμη κινητικότητα αποτελεί μία θεραπευτική λύση που από τη μία πλευρά προσφέρει στον ασθενή αίσθημα άνεσης κατά τη μάσηση και από την άλλη επιτρέπει στο θηράποντα να ασκήσει μεγαλύτερες δυνάμεις κατά την ενεργό φάση της θεραπείας του περιοδοντίου και να εξασφαλίσει σταθερότητα των 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 δυνάμεις έλξης, να μην παρεμβαίνει στη σύγκληση, να μη δρα ερεθιστικά στους ιστούς, να μην αποφράσσει 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. Η ακινητοποίηση των οπισθίων δοντιών αποτελεί ένα πρόβλημα αρκετά πολυπλοκό, καθώς οι ασκούμενες δυνάμεις είναι μεγαλύτερες και με κατεύθυνση τέτοια που επιβάλλει υλικά ακινητοποίησης αρκετά ισχυρά. Το πρόβλημα εντείνεται όταν η ακινητοποίηση των οπισθίων δοντιών θα πρέπει να είναι μεταβατι-

κή, να παραμείνει δηλαδή πάνω από ένα έτος. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον ακόμη αποκτούν και οι ακινητοποιήσεις οπισθίων δοντιών όταν εφαρμόζονται παράλληλα με τη χρήση αναγεννητικών τεχνικών, όπου η απαίτηση για πλήρη και ισχυρή ακινητοποίηση είναι πρωταρχική. Οι άξονες από ανθρακονήματα είναι σχετικά νέο υλικό στην επανορθωτική οδοντιατρική και έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σε αποκαταστάσεις ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών. Η επιτυχία τους συνίσταται κυρίως στο ότι το μέτρο ελαστικότητάς τους είναι παραπλήσιο με αυτό της οδοντίνης, ενώ η συνεργασία με τις σύνθετες ρητίνες και τις ρητινώδεις κονίες δίνει δυνατότητα ενός ενιαίου συστήματος δοντιού - άξονα - συγκολλητικής κονίας και υλικού αποκατάστασης. Αυτές οι ιδιότητες των αξόνων από ανθρακονήματα έδωσαν τη δυνατότητα της χρήσης αυτών για την ακινητοποίηση οπισθίων δοντιών, όταν αυτή γίνει ενδομυηλική. Εξάλλου, η συνηθέστερη μέθοδος ακινητοποίησης οπισθίων δοντιών είναι ενδομυηλική. Στην παρούσα εργασία θα παρουσιαστούν κλινικές περιπτώσεις, στις οποίες έχουν τοποθετηθεί άξονες ανθρακονημάτων με τη συγκεκριμένη τεχνική για ακινητοποίηση σε οπίσθια δόντια που έχουν εφαρμοστεί αναγεννητικές τεχνικές, ενώ παράλληλα θα τονιστεί και θα δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εξισορρόπηση της σύγκλησης, που αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα για μία μακράς διάρκειας ακινητοποίηση.

## 41

### ΜΕΤΑΛΛΑ ΚΑΙ ΚΡΑΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΚΑΤΕΡΓΑΣΙΑΣ.

**Κρεμμύδας Μ\*, Φιλιππάτος Γ, Γούσιας Η**

*Από το Εργαστήριο Ακίνητης Προσθητικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.*

Σήμερα το μεγαλύτερο ποσοστό των ακίνητων προσθετικών αποκαταστάσεων ανήκει στις μεταλλοκεραμικές κατασκευές, αφού συνδυάζουν την αντοχή και υψηλή εφαρμογή του μεταλλικού σκελετού και την αισθητική υπεροχή του κεραμικού υλικού. Ένας μεγάλος αριθμός κραμάτων που διαφέρουν στη χημική σύσταση, στις φυσικές και χημικές ιδιότητες, στο κόστος αλληλά και στην επεξεργασία τους είναι διαθέσιμος. Η επιτυχία μίας μεταλλοκεραμικής αποκατάστασης, εξαρτάται από τις ιδιότητες του μεταλλικού κράματος που θα

επιλεγεί και θα χρησιμοποιηθεί για την κατασκευή του μεταλλικού σκελετού. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η περιγραφή της εργαστηριακής διαδικασίας για την κατασκευή του μεταλλικού σκελετού μίας μεταλλοκεραμικής εργασίας, επισημαίνοντας τις σημαντικότερες διαφορές στο χειρισμό των διαφόρων οδοντιατρικών κραμάτων. Αναφέρονται οι προδιαγραφές που πρέπει να διαθέτει ένα μεταλλικό κράμα ώστε να χρησιμοποιηθεί για την κατασκευή μίας μεταλλοκεραμικής αποκατάστασης και αναλύονται

οι βασικές αρχές σχεδιασμού και τα στάδια για τη δημιουργία του μεταλλικού σκελετού, που είναι (1) η προετοιμασία του εκμαγείου εργασίας, (2) η κατασκευή του κέρινου προπλάσματος, (3) η τοποθέτηση αγωγών χύτευσης και δεξαμενής μετάλλου, (4) η τοποθέτηση στο δακτύλιο, (5) η επένδυση με πυρόχωμα, (6) ο φούρνος αποκήρωσης, (7) η χύτευση του μετάλλου, (8) ο καθαρισμός και η επεξεργασία χυτού, (9) η ολοκλήρωση του μεταλλικού σκελετού. Συμπερασματι-

κά, η αποτυχία κατά το πλείστον επέρχεται ως άμεσο αποτέλεσμα εσφαλμένου σχεδιασμού του μεταλλικού σκελετού. Αυτό οφείλεται είτε σε απροσεξία, είτε σε σχετική άγνοια και οδηγεί στο σπάσιμο της πορσελάνης, αργότερα, κατά τη διάρκεια της μάρσησης. Γι' αυτό επιβάλλεται η διάθεση του απαιτούμενου χρόνου για το σωστό σχεδιασμό του μεταλλικού σκελετού, που αποτελεί τα θεμέλια για τη μακροβιότητα της μεταλλοκεραμικής κατασκευής.