

ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

## 45ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ  
ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ  
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ



ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
4-6 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2008

---

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

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

1

## ΑΓΩΓΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΑΙΔΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΩΝ, ΑΠΟ ΔΥΟ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.

Δημητριάδης Δ.

**Εισαγωγή:** Στο πλαίσιο της δεύτερης φάσης του προγράμματος «Αγωγή Στοματικής Υγείας σε Παιδικές Κατασκηνώσεις», που διοργανώνεται από τη Στοματολογική Εταιρεία της Ελλάδος και την FDI, με τη χορηγία της Unilever, πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις σε κατασκηνώσεις από δύο περιοχές της Ελλάδας. Το πρόγραμμα, για το έτος 2007, είχε διάρκεια δύο μήνες (Ιούνιος-Ιούλιος). Υπεύθυνος προγράμματος: Η. Φώσκοιλος.

**Στόχος:** Κεντρικός στόχος του προγράμματος είναι η ευαισθητοποίηση του παιδικού πληθυσμού στην αυτοφροντίδα της στοματικής υγείας. Παράλληλα, γίνεται προσπάθεια να καταγραφεί η κατάσταση της στοματικής υγείας των παιδιών, αλλά και να διερευνηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται και επηρεάζουν τη φροντίδα της στοματικής υγείας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Κατά τη διάρκεια των επισκέψεων στις κατασκηνώσεις, αρχικά δινόταν προς συμπλήρωση ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο, σχετικό με τη φροντίδα της στοματικής υγείας και τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Κατόπιν πραγματοποιούνταν οδοντοστοματολογική εξέταση των παιδιών σε κινητή οδοντιατρική μονάδα. Μετά την ολοκλήρωση και της εξέτασης, γινόταν προσπάθεια να δοθούν οδηγίες στοματικής υγι-

εινής στον παιδικό πληθυσμό, με την επίδειξη βουρτίσματος σε εκμαγεία και κατά άτομο. Το πρόγραμμα υλοποιήθηκε στις κατασκηνώσεις του Αγίου Ανδρέα στην Αθήνα, και Φαρμακά και Summer Fun στην περιοχή της Αργολίδας. Συνολικά εξετάστηκαν 1400 παιδιά, από τα οποία 1200 (85%) συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Για την υλοποίηση του προγράμματος συνεργάστηκαν οι συνάδελφοι: Δήμα Π., Δρούγκας Δ., Ζαμπέλης Α., Ζαφειροπούλου Μ., Κατσώνη Ε., Λομβαρδός Π., Μιχαηλίδου Δ., Μπουγιουκλή Κ., Παπαδημόπουλος Δ., Παπαδοπούλου Μ., Παπανδριανός-Κεραμίδας Δ., Παπασωτηρίου Ο. και Σιδέρη Μ.

**Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή παρόμοιων προγραμμάτων χρειάζεται να στοχεύει και προς τη σημασία της επισκεψιμότητας στο οδοντιατρείο, καθώς ένας μεγάλος αριθμός του παιδικού πληθυσμού των κατασκηνώσεων (10%) δεν έχει επισκεφθεί ποτέ οδοντίατρο. Η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση των εργαζομένων στις κατασκηνώσεις, σχετικά με την πρόληψη των νόσων της στοματικής κοιλότητας των παιδιών, μπορεί να έχει πολλαπλά οφέλη, καθώς το διάστημα των διακοπών μπορεί να αποτελέσει μία ευκαιρία για την υιοθέτηση πιο υγιεινών συνηθειών διατροφής και φροντίδας της στοματικής υγείας.

2

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

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

Από το Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑμΕΑ του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπείο Βούλας».

**Εισαγωγή:** Στο Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπείο 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 φορά ή επανεξέταση) σε 696 ΑμΕΑ. Τα δύο τρίτα εξ αυτών παραπέμφθηκαν είτε από Δημόσια Νοσοκομεία, είτε από τα Ιδρύματα στα οποία διαμένουν ή εκπαιδεύονται, που είχαν προς τούτο ενημερωθεί κατά τη διάρκεια της 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 φροντί-

δας στη γεωγραφική τους περιφέρεια. Το ποσοστό επαναπροσέλευσής τους καταδεικνύει το μεγάλο ενδιαφέρον τους, αλλά και την ανάγκη δημιουργίας και άλλων αντίστοιχων Μονάδων ανάλογα κατανεμημένων, 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.).

## 3

## ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΜΕΝΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΠΟΥ ΘΑ ΔΕΧΘΟΥΝ ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ.

Κρανιάς Ν.\*, Αηεκίδου Ο., Γκαβέλα Γ.  
Από το Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν».

Στη συνεχή αναζήτηση οδοντιατρικών υλικών που θα μιμούνται όσο το δυνατόν πληρέστερα τους οδοντικούς ιστούς, τα κεραμικά φαίνεται ότι κερδίζουν συνεχώς έδαφος. Τα ολοκεραμικά συστήματα (τα συστήματα δηλαδή που απαρτίζονται εξολοκλήρου από κεραμικά υλικά) ήρθαν να καλύψουν τις αισθητικές απαιτήσεις σε μεγάλο βαθμό. Επιπλέον, έγιναν δεκτά λόγω της αντοχής τους, η οποία επιτυγχάνεται είτε με κεραμικά οξειδία, είτε με κεραμικό γυαλί που μπορεί να χυτευθεί. Στις ημέρες μας η αποκατάσταση των ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών με αισθητικούς προσανατολισμούς είναι μία πολυσύνθετη διαδικασία, κατά την οποία η ανασύσταση της μύλης με άξονα και η κατασκευή της στεφάνης, αντιμετωπίζονται με βάση τα σύγχρονα δεδομένα και τις απαιτήσεις. Έτσι, η επιλογή μεταξύ της ποικιλίας των ενδορριζικών αξόνων, των υλικών και των τεχνικών των ανασυστάσεων πριν την τοποθέτηση της ολοκεραμικής στεφάνης είναι μία δύσκολη διαδικασία για τον κλινικό οδοντίατρο. Οι ενδορριζικοί άξονες μπορούν να διακριθούν σε μεταλλικούς και μη μεταλλικούς, προκατασκευασμένους και μη προκατασκευασμένους. Οι μεταλλικοί άξονες έχουν αντιαισθητική εμφάνιση και για το λόγο αυτό έχουν προταθεί τεχνικές κάλυψής τους με αδιαφάνεια

για βελτίωση της αισθητικής. Η αντιαισθητική εμφάνιση των μεταλλικών αξόνων ωστόσο, έδωσε αφορμή για την κατασκευή αξόνων από άλλα πιο αισθητικά υλικά. Μη μεταλλικοί, αισθητικοί άξονες μπορεί να είναι ανθρακονημάτων (με λευκό περίβλημα), προκατασκευασμένοι κεραμικοί (από διοξείδιο του ζirkονίου -  $ZrO_2$  96% - ενισχυμένο με τριοξείδιο του υτρίου -  $Y_2O_3$  4%), υαλονημάτων ή κεραμικοί άξονες με ψευδοκοιλόβωμα. Στις περιπτώσεις που απαιτείται απόδοση υψηλής αισθητικής, μπορούν να εφαρμοστούν οι ολοκεραμικοί άξονες με ψευδομύλη με υπερενισχυμένα κεραμικά ή τα νεότερα ενισχυμένα με ζirkόνιο προϊόντα. Η χρήση ολοκεραμικών αξόνων με ψευδομύλη στηρίζεται στη δυνατότητά τους να διαδίδουν το φως μέχρι και 20%, ιδιότητα χάρη στην οποία έχουν καλύτερη αισθητική οι υπερκείμενες ολοκεραμικές στεφάνες, αλλά και στη μεγάλη αντοχή των σύγχρονων κεραμικών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει τις τεχνικές αποκατάστασης εκτεταμένων βλαβών, στις οποίες η αισθητική έστω και κάτω από μία ολοκεραμική στεφάνη αποτελεί πρωταρχικό σκοπό. Μέσα από κλινικές περιπτώσεις θα προταθούν υλικά, αλλά και τεχνικές, για την αισθητικότερη απόδοση των απωλεσθέντων οδοντικών ιστών.

## 4

## ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.

Παπανδρέου Α., Κουμπάρου Κ.\*, Μονοκάνδηλος Ν., Γερασκής Α.

Από το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου.

**Εισαγωγή:** Οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελούν ένα ξεχωριστό, ευπαθές, ιδιαίτερα σημαντικό μέρος στο κοινωνικό σύνολο και η συστηματική ενασχόληση με τα προβλήματα της γενικής τους υγείας είναι επιβεβλημένα, καθώς αφορά στις συνέπειες όχι μόνον στις ίδιες τις εγκύους, αλλά κυρίως στα παιδιά. Κρίνεται λοιπόν η αξία της εξειδικευμένα στοχευμένης παρέμβασης στην πρόληψη και θεραπεία.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι η ανίχνευση και εκτίμηση των βλαβών στα δόντια και το περιοδόντιο, καθώς και άλλων παθολογικών καταστάσεων και βλαβερών συνηθειών της εγκύου, η συσχέτισή τους με την εκδήλωση νόσων του στόματος στο παιδί και ο προσδιορισμός των αναγκών προγεννητικής πρόληψης - αποκατάστασης, με την κατάλληλη φροντίδα και αντιμετώπιση από τον οδοντίατρο σε συνεργασία με το μαιευτήρα-γυναικολόγο.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η εργασία πραγματοποιήθηκε στο Οδοντιατρικό Τμήμα και τη Μαιευτική Κλινική του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρου και προέρχεται από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, καθώς και από στοιχεία που συλλέχθηκαν και αναλήφθηκαν από 153 νοσηλευθείσες εγκύους μητέρες, ηλικίας 18 έως 40 χρόνων. Είναι γνωστό ότι παθολογικές καταστάσεις της μητέρας επιδρούν στην εκδήλωση νόσων του στόματος στο παιδί, και συγκεκριμένα η διατροφή, η λήψη ουσιών, συνήθειες της μητέρας, ροιμώξεις της μητέρας, τερηδόνα και περιοδοντίτιδα. Στα πλαίσια προγεννητικού προγράμματος πρόληψης νόσων του στόματος στο παιδί, προτείνονται παρεμβάσεις στην έγκυο που σχετίζονται με: πρόληψη (οδηγίες στοματικής υγιεινής, αποτρύγωση, στίλβωση), αποκατάσταση (οδοντοθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή), ενημέρωση και ενεργοποίηση για σωστή διατροφή, παθογένεια στοματικών νόσων, θηλασμό, στοματική υγιεινή, διάπληση και ανατολή

νεογιτών, πρώτη επίσκεψη στον οδοντίατρο, αποφυγή καπνίσματος, αλκοόλη, υπέρμετρης κατανάλωσης ζυμώσιμων υδατανθράκων, λήψης φαρμακευτικών ουσιών, ενημέρωση για γενικά νοσήματα που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση νόσων του στόματος (ροιμώξεις, επιπλοκές τοκετού), ενημέρωση για επιπτώσεις της εγκυμοσύνης στη στοματική υγεία της εγκύου (ουλίτιδα, οίδηματώδη και αιμορραγικά ούλα, κινητικότητα δοντιών).

**Συμπεράσματα:** (1) Οι διαταραχές θρέψης, η λήψη φαρμάκων και επιβλαβείς συνήθειες της εγκύου, όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλη είναι δυνατόν να αυξήσουν τον κίνδυνο για εκδήλωση κρανιοπροσωπικών ανωμαλιών διάπλησης. (2) Οι υποπληστικές ατέλειες της αδαμαντίνης εμφανίζονται σημαντικά συχνότερα σε παιδιά που έχουν γεννηθεί πρόωρα ή ελληποβαρή και η παρουσία τους αυξάνει τον κίνδυνο τερηδονικής προσβολής. (3) Η εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων από την έγκυο συντελεί στην επιβράδυνση ή και αναστολή της μετάδοσης των *mutans* στρεπτόκοκκων στο παιδί, καθώς και στη μείωση της μετέπειτα εμφάνισης τερηδόνας σε αυτό. (4) Ο πρώιμος αποικισμός του νεογνού από *mutans* στρεπτόκοκκους φαίνεται να ευνοείται στα παιδιά που γεννήθηκαν με πρόωρο τοκετό και στα ελληποβαρή. (5) Η μητρική περιοδοντική νόσος, συντελώντας στην έκβαση πρόωρου τοκετού ή ελληποβαρούς νεογνού, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης υποπληστικών ατελειών της αδαμαντίνης και πρώιμου αποικισμού του νεογνού από *mutans* στρεπτόκοκκους, προδιαθέτοντας έτσι σε αυξημένο κίνδυνο τερηδονικής προσβολής. (6) Η περιοδοντική θεραπεία σε έγκυες γυναίκες μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο πρόωρου ή ελληποβαρούς νεογνού. (7) Η ενδομήτρια προληπτική οδοντιατρική είναι εφικτή, με πρόληψη των νόσων του στόματος μεταγεννητικά στο παιδί.

## 5

## ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ. ΠΟΣΟ ΥΠΑΡΚΤΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΞΗ;

Αλεκίδου Ο.\*, Γκαβέλα Γ., Κρανιάς Ν.  
Από το Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν».

Στις προηγμένες χώρες, τα κατάγματα των δοντιών αποτελούν την τρίτη βασικότερη αιτία απώλειας ενός δοντιού μετά την τερηδόνα και τις περιοδοντικές νόσους. Ως κάταγμα θεωρείται η βίαιη λύση της συνέχειας των οδοντικών ιστών μετά από την εφαρμογή δυνάμεων. Τα κατάγματα μπορούν να ταξινομηθούν σε κατάγματα μύλης, κατάγματα ρίζας και κατάγματα που αφορούν και στη μύλη και στη ρίζα. Τα κατάγματα της μύλης ταξινομούνται περαιτέρω σε τέλεια ή ατελή και σε κατάγματα αδαμαντίνης, αδαμαντίνης-οδοντίνης και αδαμαντίνης-οδοντίνης-ποηφού, ενώ τα κατάγματα μύλης-ρίζας διακρίνονται σε αυτά που εμπλέκεται ο ποηφός και σε αυτά που δεν εμπλέκεται. Τα κατάγματα ρίζας ταξινομούνται συχνότερα με βάση τη διεύθυνση της γραμμής του κατάρματος και χωρίζονται σε οριζόντια και επιμήκη. Η δημιουργία καταγμάτων στα δόντια έχει αποδοθεί από πληθώρα αιτιολογίας και παθογένειας σε πολλούς παράγοντες. Τα οριζόντια και τα επιμήκη κατάγματα, οφείλονται συνηθέστερα τα μεν πρώτα σε τραύματα, τα δε δεύτερα σε ιατρογενείς παράγοντες. Στους τραυματικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνεται το εξωγενές τραύμα, που οφείλεται στη δράση εξωτερικής δύναμης (πτώση, κατοποίηση), καθώς και το ενδογενές τραύμα που οφείλεται σε εξίσου ισχυρές τάσεις που προέρχονται από την οδοντοφυΐα. Τα τραύματα αυτά συνήθως παρουσιάζονται σε ασθενείς με προβλημα-

τική σύγκληση, όπως σε έντονες συγκλησιακές παρεμβολές, εκτεταμένες νωδές περιοχές, πρόσθια χασμοδοντία και δόντια στα οποία καταγράφονται έντονες επαφές κατά τις πλάγιες κινήσεις της κάτω γνάθου. Στους ιατρογενείς παράγοντες σημαντικό ρόλο παίζει η ενδοδοντική θεραπεία του δοντιού, καθώς και η τοποθέτηση ενδορριζικού άξονα. Οι παράμετροι που σχετίζονται με τη συμμετοχή των ενδορριζικών αξόνων στην πρόκληση επιμηκών καταγμάτων είναι ο τύπος, το μήκος, το σχήμα, η συγκόλληση και η διάβρωση των χρησιμοποιούμενων αξόνων. Η κλινική συμπτωματολογία των καταγμάτων είναι ανάλογη με τον τύπο του κατάρματος και μπορεί να εκδηλωθεί ως ευαισθησία ή και πόνος στα διάφορα ερεθίσματα (κρύο, ζεστό, γλυκό, ξινό), πόνος κατά την επίκρουση ή τη σύγκληση και κινητικότητα. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις καταγμάτων τα οποία παραμένουν τελείως ασυμπτωματικά και είναι συνήθως κατάγματα αδαμαντίνης. Από όλους τους τύπους των καταγμάτων όμως, αυτά που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη δυσχέρεια ως προς τη διαφορική τους διάγνωση, εξαιτίας της ευρύτητας της συμπτωματολογίας τους, είναι τα ατελή κατάγματα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να στοιχειοθετηθούν οι λόγοι που προκαλούν κατάγματα στα δόντια και να προταθούν εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις για την αποκατάσταση δοντιών που έχουν πιθανότητες να υποστούν κάταγμα.

## 6

## ΠΟΛΛΑΠΛΟΙ ΠΟΛΥΦΥΜΑΤΙΚΟΙ ΜΑΚΡΟΔΟΝΤΕΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.

Καραγέωργας Α.\*, Τόσιος Κ., Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε.  
Από τον Τομέα Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής  
του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Οι πολλαπλοί πολυφυματικοί μακρόδοντες (multiple macrodontic multituberculism) αποτελούν σπάνια μορφολογική απόκλιση των τρίτων γομφίων, η αιτιοπαθογένεια της οποίας παραμένει αδιευκρίνιστη. Παρουσιάζεται περίπτωση αγοριού ηλικίας 12 ετών, που παραπέμφθηκε για χειρουργική αφαίρεση εγκλείστων μορφωμάτων που

αποκαλύφθηκαν μετά από τυχαίο ακτινογραφικό έλεγχο. Ειδικότερα, στο ορθοπαντομογράφημα παρατηρήθηκαν αμφοτερόπλευρα και στην περιοχή ανατολής των τρίτων γομφίων της κάτω γνάθου ωοειδείς ακτινοσκοιερές μάζες με μορφολογία άτυπων δοντιών που αξιολογήθηκαν ως συμβατές με οδοντώματα. Ταυτόχρονα απεικονί-



στηκαν έγκλειστοι οι 37 και 47, καθώς και τα σπέρματα των τρίτων γομφίων της άνω γνάθου, ενώ δεν υπήρχε καμία άλλη ανωμαλία ως προς τον αριθμό και τη διαμόρφωση των ριζών των υπόλοιπων δοντιών. Οι βλάβες αφαιρέθηκαν σε μία συνεδρία χειρουργικά με γενική αναισθησία και στάλθηκαν για μικροσκοπική εξέταση. Η μικροσκοπική τους μορφολογία ήταν αντίστοιχη με αυτή μη φυσιολογικής μήλης δοντιού με ποληλαπλής μικρού μεγέθους αδαμαντινικές προεκτάσεις με κατεύθυνση προς μία κεντρική κοιλότητα. Η μικροσκοπική εξέταση των αφαιρωμένων τομών

έδειξε πως οι δομές αποτελούντο από οδοντίνη που επενδυόταν από αδαμαντίνη, ενώ παρατηρήθηκαν τμήματα λεπτυνθέντος επιθηλίου αδαμαντίνης και νησίδα οδοντογενούς επιθηλίου. Τα ευρήματα θεωρήθηκαν συμβατά με ποληλαπλούς πολυφυματικούς μακρόδοντες. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν μόνο έξη αναφορές ανάλογων περιπτώσεων, ενώ η παρούσα αποτελεί την πρώτη περίπτωση στην ελληνική βιβλιογραφία. Συζητείται η κλινική σημασία και η παθογένεια των βλαβών.

## 7

## ΓΟΜΦΙΟΙ ΔΙΚΗΝ ΟΠΛΗΣ ΑΛΟΓΟΥ (C-shaped molars).

Φουντά Κ.\*, Αυγερινού Μ., Σίσκος Γ.

Από το Εργαστήριο Ενδοδοντίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ο γομφίος με μορφολογία δίκην οπλής αλόγου ή σχήματος «C» περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1979. Η ονομασία του οφείλεται στο γεγονός ότι σε εγκάρσια τομή στη μεσότητα της ρίζας, το σύστημα των ριζικών σωληνών παρέχει εικόνα προσομοιάζουσα με το περίγραμμα οπλής αλόγου, ή με το λατινικό γράμμα «C». Η πλέον συνήθης παραλλαγή είναι αυτή ενός μονόριζου δοντιού με συνεχή σχισμή, που ενώνει τα στόμια δύο ή και τριών ριζικών σωληνών. Η κοίτη πλευρά του «C» είναι συνηθέστατα εστραμμένη παρειακά και πολύ σπάνια γήλωσικά. Η συγκεκριμένη μορφολογία αφορά, πηην ελάχιστων εξαιρέσεων, στο δεύτερο κάτω γομφίο, με συχνότητα έως και 8,9%. Η ενδοδοντική θεραπεία γομφίων με τη συγκεκριμένη μορφολογία συνδέεται με σημαντικά διαγνωστικά και πρακτικά προβλήματα. Εσφαθμένη

εκτίμηση πριν ή και αμέσως μετά την έναρξη της ενδοδοντικής θεραπείας οδηγεί σε διαρκείς επιπλοκές και τελικά σε αποτυχία. Το πλέον σημαντικό, πέραν της διαγνωστικής δυσχέρειας, πρόβλημα είναι η δυσκολία συνειδητοποίησης, προσπέλασης και χημικομηχανικής επεξεργασίας του ιδιόμορφου συστήματος ριζικών σωληνών. Τεχνική επιλογής για τη χημικομηχανική επεξεργασία είναι αυτή με ρίνες επί χειρολαβής υπερήχων, σε συνδυασμό με άφθονους διακλυσμούς διαλύματος υποχλωριώδους νατρίου. Ενδορριζικό φάρμακο εκλογής είναι το φύραμα υδροξειδίου του ασβεστίου. Η τελική έμφραξη, σε κάθε περίπτωση, απαιτεί εφαρμογή τεχνικών θερμοπλαστικοποιημένης γουταπέρκας. Σκοπός της ανακοίνωσης αυτής είναι η παρουσίαση και συζήτηση χαρακτηριστικών περιπτώσεων.

## 8

## ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΟΙ ΠΡΟΓΟΜΦΙΟΙ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

Σταθοπούλου Α.\*, Βασίλας Α.

Από το Γναθοχειρουργικό Τμήμα του ΙΚΑ Αθηνών.

Η ύπαρξη ποληλαπλών υπεραρίθμων προγομφίων σε έναν ασθενή χωρίς την παρουσία κάποιου συνδρόμου, είναι σχετικά σπάνια. Συνήθως είναι ασυμπτωματικοί και διαπιστώνονται τυχαία, από τη μελέτη των ακτινογραφημάτων που λαμβάνονται πριν την έναρξη κάποιας ορθοδοντι-

κής παρέμβασης. Οι υπεράριθμοι προγόμφιοι τις περισσότερες φορές είναι έγκλειστοι, χωρίς να αποκλείονται και περιπτώσεις που ανατέλλουν σε θέση παρειακή ή γήλωσική παρακειμένων φυσιολογικών δοντιών. Συνηθέστερα, εντοπίζονται στην περιοχή των προγομφίων της κάτω

γνάθου, ενώ στο μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζονται σε άρρενες ασθενείς. Η παρουσία τους προκαλεί προβλήματα στο αναπτυσσόμενο στοματογναθικό σύστημα, επιδεινώνοντας τα ήδη υπάρχοντα ορθοδοντικά και συγκληισιακά προβλήματα των μικρών ασθενών. Αναφέρεται επίσης, ότι μπορεί να προκληθεί απορρόφηση ή σύντηξη με τις ρίζες παρακειμένων φυσιολογικών δοντιών. Επομένως, η έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση κρίνεται επιβεβλημένη, γιατί συμβάλλει στην πρόληψη τέτοιων επιπλοκών και οδηγεί στην ομαλή ανάπτυξη του στοματογναθικού συστήματος. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση δύο περιπτώσεων μη

συνδρομικών ασθενών με υπεράριθμους προγομφίους στην άνω και κάτω γνάθο, που αντιμετώπιστηκαν στο Γναθοχειρουργικό Τμήμα του ΙΚΑ Αθηνών. Οι ασθενείς προσήλθαν κατόπιν παραπομπής από ορθοδοντικό και εμφάνιζαν υπεραρίθμους και στα τέσσερα τεταρτημόρια του στόματος. Περιγράφεται και αναλύεται η κλινική και η ακτινογραφική εικόνα τους, καθώς και η αντιμετώπισή τους σε σχέση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Επισημαίνεται ότι σε αυτές τις περιπτώσεις κρίνεται αναγκαία η αгаστή συνεργασία με τον ορθοδοντικό, προκειμένου να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα προς όφελος των μικρών ασθενών.

## 9

## ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΤΗΣ ΕΛΑΧΙΣΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ. ΜΙΚΡΟΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ.

Φιλαντίση Φ.\*, Αθελίδου Ο., Γκαβέλα Γ., Κρανιάς Ν.  
Από το Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν».

Η εξέλιξη της οδοντιατρικής στον τομέα των υλικών και η αξιοποίηση αυτών με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, καθώς και η παιδεία των ασθενών όσο και των οδοντιάτρων ως προς την πρόληψη και το σεβασμό στους οδοντικούς ιστούς, έχουν κάνει επιτακτική στην καθημερινή κλινική πράξη την ανάγκη εφαρμογής της οδοντιατρικής της ελάχιστης παρέμβασης. Ως οδοντιατρική της ελάχιστης παρέμβασης μπορεί να ορισθεί η φιλοσοφία της πρώιμης διάγνωσης, της όσο το δυνατόν γρηγορότερης θεραπείας της νόσου, ακολούθουμένη από την ελάχιστη παρεμβατική αποκατάσταση των μη αναχαίσιμων βλαβών. Είναι η οδοντιατρική που εφαρμόζει μία πιο συντηρητική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της τερηδόνας και προσφέρει στους ασθενείς μία λιγότερο παρεμβατική και πιο φιλική

προς αυτούς θεραπεία. Η οδοντιατρική της ελάχιστης παρέμβασης περιλαμβάνει επαναμεταλλικοποίηση των αρχικών βλαβών, μείωση του τερηδονικού κινδύνου, ελάχιστη χειρουργική παρέμβαση, επισκευή αντί για αλληλαγή των παιδιών αποκαταστάσεων και έλεγχο της νόσου. Στην παρούσα εργασία θα παρουσιαστεί το σκέλος της οδοντιατρικής της ελάχιστης παρέμβασης που αφορά στις αποκαταστάσεις, όπου η διατήρηση της αδαμαντίνης και της οδοντίνης αποτελεί πρωταρχικό μέλημα. Θα παρουσιαστούν περιπτώσεις με κοιλότητες συγκολλητικού τύπου, στις οποίες έχει γίνει μόνο αφαίρεση των ιστών που έχουν προσβληθεί από την τερηδόνα, καθώς και τεχνικές και υλικά που μπορούν να αποκαταστήσουν αισθητικά και λειτουργικά τέτοιες βλάβες.

## 10

## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΟΣΜΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΡΥΠΗΜΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ.

Λιναριτάκης Μ.\*, Μάκος Χ.  
Από το Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς.

Η τοποθέτηση κοσμημάτων στην περιοχή του προσώπου και του στόματος με τρύπημα των ιστών αποτελεί μέθοδο διακόσμησης από αρχαιοτάτων χρόνων, με συχνότερο παράδειγμα αυτό των ενωτίων (σκουληρικιών). Τα τελευταία χρόνια η συνήθεια αυτή, γνωστή ως piercing, εμφανίζει έξαρ-

ση στις δυτικές κοινωνίες σε νεαρές κυρίως ηλικίες, με παράδοση θέση τοποθέτησης των κοσμημάτων και υπόβαθρο την επαναστατημένη θέση στο γίνεσθαι αυτών των κοινωνιών. Σκοπός της εργασίας είναι να καταδειχθεί, ότι παράλληλα με την αύξηση της δημοτικότητας του piercing,



αυξάνεται και ο αριθμός των αναφορών σχετικά με τις τοπικές και μείζονες επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν από την εφαρμογή του, με κλινική εικόνα παρόμοια με αυτή άηλων γνωστών παθολογικών καταστάσεων της περιοχής του προσώπου και του στόματος, σε σημείο που γίνεται πλέον λόγος για νέα ήθη - νέα προβλήματα και νέα κλινική οντότητα. Στις τοπικές επιπλοκές αναφέρονται συνήθως περιχονδρίτιδα, αιμορραγία, αλλεργική εξ επαφής δερματίτιδα, και αντίδραση ξένου σώματος. Στις μείζονες επιπλοκές αναφέρονται τοπική λοίμωξη, σήψη, βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα, ρινοδοβίκειος κυνάγχη και ιογενείς λοιμώξεις, όπως ηπατίτιδα και AIDS. Στην ανακοίνωση αυτή και σαν έναυσμα για την όλη συζήτηση, παρουσιάζεται περίπτωση έφηβης 16 ετών με κό-

σμημα στην περιοχή του κάτω χείλους, που προκάλεσε λοίμωξη στη σύστοιχη περιοχή του χείλους και της ουλοχειρικής αύλακας, με εικόνα παρόμοια με αυτή ενός οδοντοφατνιακού αποστήματος. Η θέσπιση και η εφαρμογή κανονισμών για την τοποθέτηση κοσμημάτων με τρύπημα στην περιοχή του προσώπου και του στόματος αποτελεί δύσκολο εγχείρημα για τα δημόσια συστήματα υγείας. Οι λειτουργοί της υγείας και ειδικότερα οι οδοντίατροι, οι στοματογναθοπροσωπικοί χειρουργοί και οι ωτορινολαρυγγολόγοι, πρέπει να είναι ενήμεροι για τις τοπικές και μείζονες επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν και ικανοί για διαφοροδιάγνωση από άλλες παρόμοιες σε κλινική εικόνα παθολογικές καταστάσεις της περιοχής της ειδικότητάς τους.

## 11

## ΤΕΡΗΔΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΩΝ ΜΟΝΙΜΩΝ ΓΟΜΦΙΩΝ. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ.

Καραϊνδρου Α.\*, Μεσσήνη Μ.  
Από το Κέντρο Υγείας Λαυρίου Αττικής.

**Σκοπός:** Η καταγραφή της τερηδονικής προσβολής μονίμων γομφίων, σε μαθητές όλων των Δημοτικών Σχολείων του Λαυρίου Αττικής και η επισήμανση της ανάγκης εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης. Η μελέτη έγινε από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Κέντρου Υγείας Λαυρίου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Εξετάστηκαν 645 μαθητές ηλικίας 6 έως 12 ετών, από τέσσερα Δημοτικά Σχολεία στο Λαύριο. Η εξέταση έγινε από έναν εξεταστή οδοντίατρο του Κέντρου Υγείας Λαυρίου, με κάτοπτρο και ανιχνευτήρα, κάτω από φυσικό φως. Τα στοιχεία καταγράφηκαν σε έντυπο υλικό και ενημερώθηκαν οι γονείς για τη στοματική υγεία των παιδιών τους. Η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το πακέτο SPSS ver. 10.

**Αποτελέσματα:** Στην πρώτη τάξη, από 105 παιδιά το 11,4% είχε τερηδονική προσβολή στους μόνιμους γομφίους, στη δεύτερα από 98 παιδιά το 15,3%, στην τρίτη από 119 παιδιά το 33,6%, στην τετάρτη από 117 παιδιά το 37,6%, στην πέμπτη Δημοτικού από 119 παιδιά το 55,5, ενώ αντίστοιχα στην έκτη Δημοτικού από 87 παιδιά το 52,9.

**Συμπεράσματα:** Επισημαίνεται η αύξηση του ποσοστού της τερηδονικής προσβολής από τη μικρότερη στη μεγαλύτερη τάξη. Αντίστοιχες μελέτες δείχνουν ότι υπάρχουν διαφορές ανά περιοχή στον ελληνικό χώρο. Το σύνολο των παιδιών έχει ανάγκη προληπτικής εφαρμογής φθοριούχων και διδασκαλίας στοματικής υγιεινής.

## 12

## ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΥΣΧΡΩΜΙΩΝ ΤΗΣ ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΗΣ.

Γκαβέλα Γ.\*, Αλεκίδου Ο., Κρανιάς Ν.  
Από το Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν».

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη αντιμετώπισης των δυσχρωμιών στον οδοντικό φραγμό, με τη λιγότερη επέμβαση στους οδοντικούς ιστούς. Έχοντας ως γνώμονα την αισθητική βελτίωση του φραγμού,

χωρίς πολλές φορές να γίνεται χρήση κοπτικών μέσων, αναπτύσσονται νέες τεχνικές ή βελτιώνονται παλαιότερες. Μία σχετικά παλιά τεχνική, που όμως ακόμα και σήμερα αποτελεί μία μέθοδο για την αντιμετώπιση των δυσχρωμιών της αδα-

μαντίνης, είναι η μικροαποτριβή. Για πρώτη φορά το 1916 προτείνεται η τεχνική της μικροαποτριβής, με την εφαρμογή υδροχλωρικού οξέος και ελαφρόπετρας σε μορφή πάστας, για την αντιμετώπιση των δυσχρωμικών κηλίδων. Η τεχνική της μικροαποτριβής είναι μία ελεγχόμενη μέθοδος αφαίρεσης της αδαμαντίνης, ώστε να βελτιωθούν ή και να εξαλειφθούν οι δυσχρωμίες που περιορίζονται στο εξωτερικό της στρώμα. Με τη χρήση μηχανικής και χημικής διάβρωσης, η τεχνική έχει ως σκοπό την απομάκρυνση πάχους αδαμαντίνης το μέγιστο έως 200μm. Σημαντικός παράγοντας που καθορίζει την πρόγνωση της τεχνικής της μικροαποτριβής, είναι η σωστή επιλογή των περι-

πτώσεων εφαρμογής της. Λευκές και καφέ κηλίδες που οφείλονται σε φθορίαση, όπως και κηλίδες απασβεστίωσης, ανταποκρίνονται σχετικά καλά στη θεραπεία. Αντίθετα, η πρόγνωση δεν είναι καλή όταν οι βλάβες οφείλονται σε ατελή αδαμαντινογένεση ή χρώση από τετρακυκλίνες και καταλαμβάνουν μεγάλο πάχος ιστών. Σκοπός της εργασίας είναι να δείξει μέσα από κλινικές περιπτώσεις την τεχνική της μικροαποτριβής, με τη βοήθεια διαφόρων σκευασμάτων (εμπορίου αλλήλ και ιδιοσκευασμάτων), καθώς και τη συνοδική αντιμετώπιση αυτών των περιπτώσεων, όταν η τεχνική αυτή δεν αποδώσει τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

## 13

### ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΕΣ ΙΝΩΜΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.

Μποντάκη Γ.\*, Κριθνάκης Σ., Τόσιος Κ., Νικητάκης Ν., Σκλαβούνου Α.

Από το Εργαστήριο Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

**Εισαγωγή:** Το περιφερικό οδοντογενές ίνωμα είναι σπάνιος καλοήθης οδοντογενής όγκος. Κλινικά εμφανίζεται συνήθως σαν μικρή, ασυμπτωματική, ελαστικής σύστασης διόγκωση των ούλων, καλυπτόμενη από φυσιολογικό βλεννογόνο, ενώ ιστολογικά χαρακτηρίζεται από ινώδη συνδετικό ιστό, εντός του οποίου μπορεί να παρατηρηθούν νησίδες αδρανούς οδοντογενούς επιθηλίου. Προσβάλλει ευρύ φάσμα ηλικιών, εμφανίζεται κάπως συχνότερα στις γυναίκες και εντοπίζεται συνήθως στην κάτω γνάθο. Η διάγνωση στηρίζεται στην ιστολογική εικόνα του όγκου και περιλαμβάνει άλλους οδοντογενείς όγκους, όπως το περιφερικό αδαμαντινοβλάστωμα και άλλες βλάβες του ινώδους συνδετικού ιστού, όπως το τραυματικό ίνωμα, το περιφερικό οστεοποϊό ίνωμα και το γιγαντοκυτταρικό ίνωμα.

**Σκοπός:** Παρουσιάζεται περίπτωση περιφερικού οδοντογενούς ινώματος.

**Περιγραφή περίπτωσης:** Γυναίκα ηλικίας 60 ετών, παρουσίασε ασυμπτωματικό ογκίδιο στα ούλα της κάτω γνάθου. Το ογκίδιο είχε φυσιολογική χροιά, τραχεία επιφάνεια, ελαστική σύσταση, ήταν άμισχο και είχε διάμετρο 0,5 εκατοστά. Η πιθανή κλινική διάγνωση ήταν τραυματικό ίνωμα. Η ασθενής ανέφερε ότι στο παρελθόν είχαν αφαιρεθεί ανάλογες βλάβες, χωρίς να θυμάται τις αντίστοιχες διαγνώσεις. Πραγματοποιήθηκε ολική βιοψία της βλάβης, η οποία αποτέλεσε και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της περίπτωσης, και τέθηκε η τελική διάγνωση του περιφερικού οδοντογενούς ινώματος.

**Συζήτηση:** Ανασκοπούνται τα κύρια κλινικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά του περιφερικού οδοντογενούς ινώματος και η διαφοροδιαγνωστική διαδικασία.

## 14

### ΕΥΜΕΓΕΘΕΣ ΣΥΝΘΕΤΟ ΟΔΟΝΤΩΜΑ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Βασιλείου Λ.

Τα οδοντώματα αποτελούν τους συχνότερους οδοντογενείς όγκους. Αποτελούνται από όλους τους οδοντικούς ιστούς και αναλόγως της ιστολογικής τους οργάνωσης διακρίνονται σε σύνθε-

τα και σύμπλεκτα. Τις περισσότερες φορές είναι ασυμπτωματικά, αλλά συχνά ευθύνονται για καθυστέρηση ανατολής ή παρεκτοπίσεις μόνιμων δοντιών, οπότε ανακαλύπτονται είτε κατά την ανά-

λογη ακτινοβιολογική διερεύνηση, είτε τυχαία. Η παρούσα περίπτωση αφορά σε άρρεν ηλικίας 16 ετών, με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό. Ο ασθενής προσήλθε ασυμπτωματικός για διερεύνηση καθυστέρησης ανατολής των μονίμων τομέων άνω δεξιά. Κλινικά διαπιστώθηκε έληψη του 12 και του 13 και παραμονή των νεογιτών 51, 53. Ακτινογραφικά διαπιστώθηκε έληψη του 12 και στην αντίστοιχη περιοχή ευμέγεθες καλὰ περιγεγραμμένο ωοειδές μόρφωμα με χαρακτηριστική εικόνα σύνθετου οδοντώματος. Απεικονίζονταν σαφή όρια και ακτινοδιαυγαστική περιοχή, εντός της οποίας διακρινόταν συνάθροιση πολυάριθμων άτυπων δοντιών. Ο 11 παρουσιαζόταν έγκληιστος και απωθημένος στο κάτω τοίχωμα της ρινικής κοιλότητας, ενώ ο 13 φαινόταν μετατοπισμένος στην περιοχή του 15. Αποφασίστηκε αφαίρεση του οδοντώματος, καθώς και των 11 και 13 λόγω αδυναμίας ορθο-

δοντικής τους μετακίνησης. Σχεδιάστηκε και πραγματοποιήθηκε τραπεζοειδής κρημνός παρειακά. Μετά τη διάνοιξη κατάλληλου οστικού παραθύρου, προσεγγίστηκαν το οδόντωμα και τα προς εξαγωγή δόντια και αφαιρέθηκαν. Η οστική κοιλότητα καθαρίστηκε και ακολούθησε σύγκληση και συρραφή του κρημού. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Στην περίπτωση που περιγράφεται, αναλύονται οι επιπλοκές και οι δυσκολίες που προκύπτουν από την παρουσία ενός ευμεγέθους οδοντώματος σε ορθοδοντικό και χειρουργικό επίπεδο. Συζητούνται οι προβληματισμοί που εγείρονται στο σχέδιο θεραπείας, δεδομένης της συνεχιζόμενης ανάπτυξης του νεαρού ασθενή και τονίζεται συμπερασματικά η ανάγκη συνεργασίας οδοντιάτρου, ορθοδοντικού και γναθοπροσωπικού χειρουργού, στα πλαίσια της ολοκληρωμένης αντιμετώπισης και αποκατάστασης του ασθενή.

## 15

## ΝΕΑΝΙΚΟ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟ ΟΣΤΕΟΠΟΙΟ ΙΝΩΜΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Παπαδοπούλου Ε.\*, Προδρομίδης Γ., Νικητάκης Ν., Χριστόπουλος Π., Ιατρού Ι., Σκλαβούνου Α.

Από το Εργαστήριο Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

**Εισαγωγή:** Το νεανικό επιθετικό οστεοποϊό ίνωμα αποτελεί σπάνια ινοοστική νόσο, που εμφανίζεται σε μικρές ηλικίες και παρουσιάζει προτίμηση στα οστά των γνάθων. Κλινικά, εμφανίζεται ως σχετικά περιγεγραμμένη βλάβη με χαρακτηριστική ακτινογραφική εικόνα αμμοβολημένου γυαλιού, αν και η εικόνα αυτή μπορεί να ποικίλλει. Στη διαφορική διάγνωση της βλάβης θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται οδοντογενείς όγκοι, καθώς και άλλες ινοοστικές βλάβες.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση μίας περίπτωσης νεανικού επιθετικού οστεοποϊού ινώματος. Στόχος είναι η παρουσίαση των κλινικών και ακτινογραφικών χαρακτηριστικών της βλάβης, με έμφαση στη διαφορική διάγνωση, ενώ παράλληλα θα γίνει και ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

**Παρουσίαση περίπτωσης:** Νεαρός άνδρας, ηλικίας 17 ετών, προσήλθε παραπονούμενος για εκτεταμένη διόγκωση στην περιοχή της πρόσθιας κάτω γνάθου (από κυνόδοντα έως προγόμφιο του αντίθετου ημιμορίου). Η βλάβη προέβληε ενδοστοματικά γλωσσικά, ενώ ακτινογραφικά απεικονιζόταν ως μονόχωρη διαύγηση με αρκετές σκιερές εστίες στο εσωτερικό της. Έγινε βιοψία και ιστολογική εξέταση, η οποία έδειξε ευρήματα συμβατά με νεανικό επιθετικό οστεοποϊό ίνωμα.

**Συμπέρασμα:** Το νεανικό επιθετικό οστεοποϊό ίνωμα, αν και αποτελεί σπάνια οντότητα, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ινοοστικών βλαβών και ιδίως σε ασθενείς νεότερης ηλικίας.

## 16

## ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Δατσέρης Γ.\*, Μεηακόπουλος Ι., Αναστασιάδης Π.

Το κεντρικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα (ΚΓΚ) είναι μία σπάνια οστεοηλυτική βλάβη που παρου-

σιάζεται στις γνάθους. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης ΚΓΚ της κάτω γνάθου

που αντιμετωπίστηκε με συντηρητική χειρουργική θεραπεία. Ασθενής, ηλικίας 17 ετών, εξετάσθηκε προ τριετίας για διόγκωση στη γενειακή χώρα και το σώμα της κάτω γνάθου δεξιά. Κατά την κλινική εξέταση βρέθηκε υπαισθησία στην περιοχική κατανομής του σύστοιχου κάτω φατνιακού νεύρου. Απεικονιστικά στην πανοραμική ακτινογραφία και την αξονική τομογραφία εμφανίστηκε εκτεταμένη πολύχωρη ακτινοδιαυγαστική βλάβη από την περιοχή άνω του 32 μέχρι και εγγύς του 46 οδόντων, με όρια σχετικά σαφή χωρίς ακτινοσκοιερή άλω. Στο σπινθηρογράφημα οστών βρέθηκε εκτεταμένη καθίζηση του ραδιοφαρμάκου μόνο στην περιοχή της γνάθου. Ο αιματολογικός και ο βιοχημικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Στην παρακέντηση της βλάβης αναρροφήθηκε μικρή ποσότητα αίματος. Αντίδραση στη δοκιμασία ζωτικότητας του πολφού στους 31, 32, 41, 42, 43, 44, 45 δεν υπήρχε και στο 46 ήταν μόλις ανιχνεύσιμη. Ακολούθησε λήψη βιοψίας από τη βλάβη και η ιστολογική εξέταση έδειξε κεντρικό γιγαντοκυτταρικό

κοκκίωμα. Έγιναν ενδοδοντικές θεραπείες στα ανώτερα δόντια και υπό γενική αναισθησία με ενδοστοματική προσπέλαση μέσω τραπεζοειδούς τομής του βλεννογονοπεριοστέου εκπυρνώθηκε η βλάβη, έγιναν ακρορριζεκτομές στα δόντια πλην του 46. Η ιστολογική εξέταση έδειξε ιστολογικούς χαρακτήρες κεντρικού γιγαντοκυτταρικού κοκκιώματος. Η μετέπειτα τακτική παρακολούθηση εμφάνιζε πλήρη αποκατάσταση του οστού. Η διαφορική διάγνωση τέτοιων ογκομορφών εξεργασιών περιλαμβάνει κύστεις (αρχέγονες, φλεγμονώδεις κλπ.) αγγειακές δυσπλασίες, οδοντογενείς όγκους (μεσεγχυματογενείς όγκους) συστηματικά νοσήματα (αίματος, νεφρών, ενδοκρινών αδένων, οστών), δικτυοενδοθηλίωσεις. Η διαγνωστική προσέγγιση τέτοιων βλαβών, όπως στην περίπτωση αυτής της εργασίας, περιλαμβάνει μεγάλο φάσμα κλινικό-εργαστηριακών εξετάσεων, λήψη βιοψίας, προκειμένου η χειρουργική θεραπεία να είναι δυνατή, ενώ πάντα χρειάζεται παρακολούθηση του ασθενή για ικανό χρονικό διάστημα.

17

## ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΕΥΜΕΓΕΘΟΥΣ ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΙΑΙΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Χαμαλάκη Ε.\*, Κονσοάκη Ε., Κανούτος Δ., Ρωμάνος Γ., Γκανασούλη Δ., Χατζημανώλης Π.  
Από την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Η παρουσία ξένων σωμάτων στη στοματογναθοπροσωπική περιοχή μετά από τραυματισμούς δεν είναι σπάνιο φαινόμενο. Θεωρείται ότι μία πλειάδα τραυματισμών, όπως τραύμα από πυροβόλα όπλα, εκρήξεις, τροχαία ατυχήματα και φιλονικίες, μπορεί να συντελήσουν στην εμφάνιση και παραμονή ξένων σωμάτων από διάφορα υλικά, τα οποία σε αρκετές περιπτώσεις παραμένουν για άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα. Η συχνή εντόπισή τους στο πρόσωπο οφείλεται στο ότι αποτελεί ακάθαρτο μέρος του σώματος και στο ότι η βία στρέφεται κυρίως στην περιοχή αυτή. Οι επιπτώσεις από την παρουσία τους ποικίλουν από ασυμπτωματικά, μέχρι και την πρόκληση μεγάλων λειτουργικών και αισθητικών διαταραχών, που εξαρτώνται κυρίως από το μέγεθος, τη σχέση με ανατομικές δομές, το χρόνο παραμονής και το είδος του ξένου σώματος. Η αφαίρεση των ξένων σωμάτων συνήθως είναι αναγκαία για την πρόληψη των μετέπειτα επιπλοκών και πρέπει να γίνεται πάντα μετά από εξονυχιστικό έλεγχο και με κατάλληλους εγχειρητικούς χειρισμούς, ώστε να απο-

φευχθεί κάκωση ζωτικών οργάνων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα ξένα σώματα που η πυκνότητά τους δεν τα κάνει ευδιάκριτα στην ακτινογραφία, όπως ξύλο, πηλαστικό, κ.ά., παρουσιάζουν δυσκολία στη διάγνωση και την εντόπιση και πολλές φορές απαιτείται αξονική τομογραφία. Στην εργασία αυτή παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς που μετά από βίαιο τραυματισμό διαπιστώθηκε η ύπαρξη μεγάλου μεγέθους ξένου σώματος (ξύλο) που είχε πύλη εισόδου την αριστερή παρειά και είχε εγκλωβιστεί στην περιοχή της άνω γνάθου, το αριστερό ιγμόρειο τη ρινική κοιλότητα και το δεξιό οφθαλμικό κόγχο. Γίνεται αναφορά στις συνθήκες τραυματισμού, τις δυσκολίες εντόπισης στον απεικονιστικό έλεγχο, καθώς και τις ιδιαιτερότητες του χειρουργικού σχεδιασμού της αφαίρεσής του. Συζητούνται επίσης οι επιπλοκές από την ύπαρξη τέτοιου είδους ξένου σώματος, οι οποίες μπορεί να είναι σοβαρότερες, λόγω του ότι η πορώδης σύσταση του ξύλου αλλά και το οργανικό του υπόστρωμα, αποτελούν ιδανικό έδαφος για ανάπτυξη παθογόνων μικροοργανισμών.



18

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ.

Ζώταλης Ν., Πολλάτου Α.\*, Μέγας Β., Ζανάκης Σ., Κοκκοθάκης Ι., Μούντριχα Α., Μαρουδιάς Ν.

**Εισαγωγή:** Οι αγγειακοί όγκοι της κεφαλής και του τραχήλου συνιστούν μία ετερογενή ομάδα όγκων με ποικίλη κλινική και ιστολογική εικόνα, που απαιτούν διαφορετική θεραπευτική και χειρουργική αντιμετώπιση. Από τους αγγειακούς όγκους, στη γναθοπροσωπική χώρα συναντώνται συχνότερα το αιμαγγείωμα, το αιμαγγειωματοειδές κοκκίωμα και το ηεμφαγγείωμα.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν η παρουσίαση της εμπειρίας των συγγραφέων στην αντιμετώπιση αγγειακών όγκων του στόματος, της κεφαλής και του τραχήλου στη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Ω.Ρ.Λ. Τμήματος στο Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας («Αγία Όλγα») κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξη ετών.

**Υλικό και Μέθοδος:** Το υλικό της εργασίας απετέλεσαν είκοσι αγγειακοί όγκοι της στοματογναθοπροσωπικής περιοχής. Από αυτούς, οι δεκατρείς διαγνώστηκαν ως αιμαγγειώματα, οι πέντε ως ηεμφαγγειώματα και δύο ως αιμαγγειωματοειδή κοκκιώματα. Όλοι οι όγκοι αντιμετωπίστηκαν με χειρουργική εξαίρεση, ανάλογη των κλινικών χαρακτηριστικών τους. Βασικές παράμετροι διαφοροποίησης της χειρουργικής αντιμετώπισης ήταν το μέγεθος, η ακριβής εντόπιση και η περιχαράκωση κάθε όγκου.

**Συμπεράσματα:** Από το εξάχρονο follow-up συμπεραίνεται, ότι σε όλους τους αγγειακούς όγκους που αντιμετωπίστηκαν, η χειρουργική εξαίρεση απετέλεσε επαρκή θεραπευτική αντιμετώπιση.

19

## ΥΠΑΙΣΘΗΣΙΑ ΧΕΙΛΟΥΣ ΩΣ ΜΟΝΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Βασιλείου Α.\*, Μελακόπουλος Ι., Παπαδημητρίου Χ., Τσιχλάκης Κ.

Η μετάσταση ενός κακοήθους νεοπλασματος στην περιοχή των γνάθων είναι σχετικά σπάνια, αποτελώντας περίπου το 1% των κακοήθων όγκων των γνάθων. Συχνότερη θέση μετάστασης αποτελούν το σώμα, η γωνία και ο κλάδος της κάτω γνάθου. Στους άνδρες τα συχνότερα πρωτοπαθή νεοπλασμάτα αφορούν στους πνεύμονες, στα νεφρά, στον προστάτη και στο έντερο, ενώ στις γυναίκες στους μαστούς, στα νεφρά, στο έντερο και στο θυρεοειδή. Τα συννηθέστερα συμπτώματα είναι διόγκωση, πόνος, υπαισθησία ή αναισθησία χείλους, ευσυστότητα δοντιών, δυσλειτουργία κροταφογναθικής διάρθρωσης, ή παθολογικό κάταγμα. Ακτινογραφικά οι οστικές μεταστάσεις παρουσιάζονται κύρια οστεοηλυτικές με ασαφή όρια, αλλά οι όγκοι του προστάτη και πιθανά του μαστού, ενδέχεται να απεικονίζονται οστεοπλαστικοί. Η παρούσα περίπτωση αφορά σε γυναίκα ηλικίας 67 ετών, πάσχουσα από διηθητικό πορογενές καρκίνωμα του μαστού, σταδίου T3N1M1 και grade II. Η ασθενής είχε υποβληθεί σε ριζική μαστεκτομή δεξιά με σύστοιχο ηεμφαδενικό καθα-

ρισμό και λίγους μήνες μετά ανέφερε πόνο στο δεξί ώμο και υπαισθησία του κάτω χείλους δεξιά. Το ολίσωμο σπινθηρογράφημα οστών με Tc99m M.D.P. αποκάλυψε καθήλωση του ραδιοφαρμάκου στο άνω τμήμα και την κεφαλή του δεξιού βραχιονίου, καθώς και στο δεξί ημιμόριο της κάτω γνάθου. Το ορθοπαντομογράφημα εμφάνισε οστεοηλυτική εικόνα με ασαφή όρια στον κλάδο, στη γωνία και στο σώμα της κάτω γνάθου δεξιά. Η ασθενής προγραμματίστηκε για θεραπεία με δοσεταξέλη και διφωσφονικά, στην πορεία της οποίας παρατηρήθηκε βελτίωση. Στην παρούσα εργασία αναφέρεται η αμβιληχρή συμπτωματολογία ενός μεταστατικού καρκίνου στην περιοχή των γνάθων, τα προβλήματα διαφοροδιάγνωσης, καθώς και η πιθανή δυσκολία αναγνώρισής του στο συνήθη ακτινογραφικό έλεγχο. Τονίζεται η αξία της προσεκτικής λήψης ιστορικού, καθώς και η ανάγκη ύπαρξης υψηλού δείκτη υποψίας σε καρκινοπαθείς ασθενείς, δεδομένου ότι οποιαδήποτε καθυστέρηση στη διάγνωση μπορεί να επιφέρει σημαντικές συνέπειες.

20

## ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΟΠΙΣΘΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ, ΜΙΜΟΥΜΕΝΟ ΧΡΟΝΙΟ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Μετακόπουλος Ι., Πούλιας Ε.\*, Τόσιος Κ.

Όπως είναι γνωστό, κύτταρα από πρωτοπαθείς νεοπλασματικές εστίες που βρίσκονται σε διάφορα όργανα, όπως ο μαστός, ο προστάτης, ο νεφρός και ο πνεύμονας, δύνανται, κυρίως μέσω αιματογενούς διασποράς, να προκαλέσουν μεταστάσεις στη στοματογναθική περιοχή. Οι μεταστάσεις στις γνάθους δεν είναι ιδιαίτερα συχνές (1% έως 2% του συνόλου των κακοήθων όγκων στη στοματική κοιλότητα), ενώ η προσβολή των μαλακών μορίων είναι ακόμη πιο σπάνια (0,1% του αντίστοιχου συνόλου). Η κάτω γνάθος είναι η πιο συχνή περιοχή εντόπισης μεταστάσεων και ιδιαίτερα οι οπίσθιές της περιοχές. Αυτό οφείλεται τόσο στην ύπαρξη ερυθροποιητικού μυελού, όσο και στις ανατομικές ιδιαιτερότητες των αγγείων της περιοχής. Κλινικά, οι μεταστάσεις εμφανίζονται συνήθως ως διογκώσεις συνοδευόμενες από υπαισθησία, λόγω διήθησης νευρικών στελεχών, ενώ ακτινογραφικά εμ-

φανίζουν εικόνα διαύγασης με ασαφή όρια. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση μίας περίπτωσης ασθενούς με μεταστατικό καρκίνωμα μαστού στην οπίσθια περιοχή της κάτω γνάθου, μιμούμενο εικόνα περιοδοντικού αποστήματος. Γυναίκα, ηλικίας 52 ετών, προσήλθε εξαιτίας ήπιου πόνου στην περιοχή του 47, ύστερα από παραπομπή από τον ογκολόγο ιατρό της για πιθανή οστεονεκρωτική βλάβη λόγω των διφωσφονικών που ελάμβανε. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε ελαφρά διόγκωση του βληννογόνου, καθώς και θύλακος, εγγύς και προστομιακά του 47. Παράλληλα, η ασθενής ανέφερε και υπαισθησία, η οποία επιβεβαιώθηκε και κλινικά. Ο ακτινογραφικός έλεγχος δεν έδειξε κάποιο αξιολογικό εύρημα. Στην ασθενή δόθηκε αντιμικροβιακή αγωγή και ελήφθη ιστοτεμάχιο για ιστολογική εξέταση, το οποίο έδειξε μεταστατικό καρκίνωμα μαστού.

21

## ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΟΒΛΑΣΤΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Βουργουράκης Ε.\*, Κονσοῦκη Ε., Γκανασούλη Δ., Ρωμάνος Γ., Κανούτος Δ., Χατζημανώλης Π.  
Από την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Το αδαμαντινοβλάστωμα, αν και θεωρείται σπάνιος όγκος, είναι το πιο συχνά απαντώμενο νεόπλασμα οδοντογενούς αιτιολογίας. Με βάση την ιστολογική του εικόνα διακρίνεται σε θυλακιδώδες, δικτυωτό, βασικοκυτταρικό, ακανθωτό και κοκκιοκυτταρικό τύπο, ενώ μακροσκοπικά ταξινομείται σε συμπαγές, πολυκυστικό, κυστικό ή τοιχωματικό και περιφερικό στα μαλακά μόρια. Όσον αφορά στην εντόπιση, η κάτω γνάθος είναι η πιο συχνά προσβαλλόμενη, ενώ από πλευράς κλινικών σημείων και συμπτωμάτων αναφέρεται ο πόνος και η υπαισθησία σε προσβολή του κάτω φατνιακού νεύρου, ο τρισμός, η αιμορραγία, η εξέλκωση του υπερκείμενου βληννογόνου, η κινητικότητα ή μετατόπιση δοντιών κ.ά. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση μίας ασυνήθιστης και παραπλανητικής από πλευράς κλινικής εικόνας βλάβης στη νωδή φατνιακή απόφυση της κάτω γνάθου

σε ασθενή ηλικίας 74 ετών, με μόνο σύμπτωμα την αιμορραγική τάση που εμφάνιζε κατά τη λήψη τροφής. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε την ύπαρξη οστεολυτικής βλάβης στην κάτω γνάθο, τόσο με την κλασική ακτινογραφία, όσο και με την αξονική τομογραφία. Αν και ο ασθενής είχε υποβληθεί σε προηγούμενη μερική βιοψία της βλάβης σε άλλο νοσοκομείο με τη διάγνωση του αδαμαντινοβλαστώματος, επειδή η κλινική εικόνα παραπέμπει σε κακόηθες νεόπλασμα, πραγματοποιήθηκε νέα μερική βιοψία, για να αποκλειστεί η περίπτωση λάθους. Η δεύτερη αυτή βιοψία επιβεβαιώνει την πρώτη ιστολογική διάγνωση και έτσι ο ασθενής προγραμματίστηκε για επέμβαση με γενική αναισθησία. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση, στην οποία διενεργήθηκε περιφερική οστεκτομή της κάτω γνάθου, με υπογνάθια προσπέλαση, λόγω της θέσης και της έκτα-



σης του νεοπλάσματος. Συμπερασματικά, η παρουσίαση της περίπτωσης αυτής έχει σκοπό να προβληματίσει τον οδοντίατρο στη διάγνωση και

τη διαφορική διάγνωση, για την αντιμετώπιση νεοπλασμάτων που δεν εμφανίζονται πάντα με τη συνήθη κλινική εικόνα.

22

## Η ΧΡΗΣΗ ΓΛΩΣΣΙΚΟΥ ΚΡΗΜΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΩΑΣ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΗΡΩΙΝΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Κανελλόπουλος Χ.\*, Ρωμάνος Γ., Κονσοῦλη Ε., Γκανασούλη Δ., Κανούτος Δ., Παπαδάκη Μ., Χατζημανώλης Π.  
Από την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Τα ελλείμματα που παρουσιάζονται στην υπερώα είναι ποικίλης αιτιολογίας και μπορεί να προέρχονται από φλεγμονώδεις εξεργασίες, εκτομή νεοπλασμάτων, ελλείμματα μετά από τραυματισμό, από αναπτυξιακές διαταραχές (σχιστίες), αθλή και αυτά που προέρχονται από συστηματική χρήση κοκαΐνης. Η αντιμετώπισή τους προϋποθέτει σχολαστικό κλινικό και απεικονιστικό έλεγχο, που θα αποτελέσει και τη βάση του εγχειρητικού σχεδιασμού. Η σύγκληση των ελλειμμάτων αυτών επιτυγχάνεται στην πλειοψηφία των περιπτώσεων με τοπικούς βλεννογονοπεριστικούς κρημνούς. Στην παρούσα εργασία αναφέρεται μία περίπτωση αποκατάστασης ελλείμματος υπερώας με τη χρήση γλωσσικού κρημνού, σε γυναίκα ηλικίας 24 ετών. Η ασθενής έκανε χρήση εισπνεόμενης ηρωίνης για διάστημα τεσσάρων ετών και ανέφερε διακοπή της χρήσης τρεις μήνες πριν από την προσέλευσή της. Η σύγκληση του ελλείμματος επιτεύχθηκε με τη χρησιμοποίηση κρημνού από τη γλώσσα, διότι από τον απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία διαπιστώθηκε ότι το οστικό υπόστρωμα της υπερώας ήταν δια-

βρωμένο σε μεγάλη έκταση, με αποτέλεσμα τον αποκλεισμό άλλων τοπικών κρημνών στην αποκατάσταση. Σκοπός της εργασίας είναι να αναδείξει τον προβληματισμό που προκύπτει από την αντιμετώπιση ανάλογων περιπτώσεων, οι οποίες προκαλούν δυσχέρεια, τόσο στη σίτιση του ασθενούς όσο και στη φώνηση. Η επιλογή της κατάλληλης τεχνικής στηρίζεται σε πολλούς παράγοντες, τόσο τοπικούς όσο και γενικούς. Στην ασθενή της εργασίας αυτής έγινε χρήση ενός γλωσσικού κρημνού για τη σύγκληση του ελλείμματος και τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά, καθώς σταδιακά αποκαταστάθηκε η δυνατότητα σίτισης και ομιλίας, με ταυτόχρονη τόνωση της ψυχολογικής κατάστασης της ασθενούς. Συμπερασματικά, η χρήση του γλωσσικού κρημνού αποτελεί μία αξιόπιστη μέθοδο για τη σύγκληση των μικρού και μεσαίου μεγέθους ελλειμμάτων της υπερώας, εφόσον προηγηθεί λεπτομερή κλινικοαπεικονιστικός έλεγχος, τηρηθεί άσχηπη τεχνική, και ακολουθήσει στενή παρακολούθηση του ασθενή κατά την πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο.

23

## ΣΑΡΚΩΜΑ EWING Ή ΑΡΧΕΓΟΝΟΣ ΝΕΥΡΟΕΞΩΔΕΡΜΙΚΟΣ ΟΓΚΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Βασιλοπούλου Ε.\*, Γεωργιάκη Μ., Τόσιος Κ., Κούτλας Ι.

Από το Εργαστήριο Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και το Division of Oral Pathology, University of Minnesota, School of Dentistry, Minneapolis, USA.

**Εισαγωγή:** Το σάρκωμα Ewing αποτελεί πρωτοπαθή κακοήγη όγκο των οστών, νευροεξωδερμικής προέλευσης. Αντιπροσωπεύει το 6% έως 8% όλων των πρωτοπαθών όγκων των οστών και αποτελεί το τρίτο πιο συχνό οστικό νεόπλασμα, μετά το οστεοσάρκωμα και το χονδροσάρκωμα. Εμφανίζει προτίμηση στην πρώτη και δεύτερη δεκαετία της ζωής και συχνότερα εντοπίζεται στα μακρά οστά

και την πύελο. Μόνο 1% έως 2% εντοπίζεται στο κρανιοπροσωπικό σύμπλεγμα. Η πενταετής επιβίωση των ασθενών κυμαίνεται από 40% έως 80%.

**Σκοπός:** Η περιγραφή των κλινικών, ακτινογραφικών και ιστοπαθολογικών χαρακτηριστικών του σαρκώματος Ewing, και η παρουσίαση της διαφορικής διάγνωσης κακοήγων ενδοοστικών διογκώσεων.

**Περιγραφή περίπτωσης:** Κορίτσι, ηλικίας 6 ετών, εξετάστηκε για διόγκωση διάρκειας δύο εβδομάδων στην αριστερή οπίσθια περιοχή της κάτω γνάθου. Ο ακτινογραφικός έλεγχος έδειξε εικόνα ακτίνων ανατέλλοντας ηλίου, περισστίτιδα και ήεπτυση των φλοιωδών οστικών πετάλων. Με την πιθανή διάγνωση οστεοσαρκώματος έγινε μερική βιοψία της βλάβης. Η ιστοπαθολογι-

κή εξέταση και ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος έδειξαν σάρκωμα Ewing.

**Συμπεράσματα:** Ο κλινικός οδοντίατρος πρέπει να είναι υποψιασμένος για την πιθανή εμφάνιση στις γνάθους κακοήθων όγκων, ακόμα και σε νεαρές ηλικίες, ώστε να μπορεί να κατευθύνει τον ασθενή κατάλληλα, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή του.

## 24

## ΠΑΣΣΑΛΟΕΙΔΕΣ ΝΕΥΡΩΜΑ ΜΕ ΚΑΨΑ ΣΕ ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑ ΕΝΤΟΠΙΣΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Νικητάκης Ν., Αρβανιτίδου Ι.\*, Δασκαλόπουλος Α., Βλάχοδημητρόπουλος Δ., Σκλαβούνου Α.

Από το Εργαστήριο Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

**Εισαγωγή:** Οι καλοήθεις όγκοι των περιφερικών νεύρων αποτελούν μία ετερογενή ομάδα βλαβών, προερχόμενων από το νευρικό έλυτρο. Στις βλάβες αυτές περιλαμβάνονται καλοήθη νεοπλασμάτα, όπως το νευροίνωμα, το νευρειλήμωμα ή σβάννωμα, και το μύζωμα του νευρικού έλυτρου, και αντιδραστικής φύσεως όγκοι, όπως το τραυματικό νεύρωμα. Το πασσαλοειδές με κάψα νεύρωμα αποτελεί μία σχετικά σπάνια καλοήθη εξεργασία νευρογενούς προέλευσης, πιθανά αντιδραστικής φύσης, η οποία προσβάλλει συνήθως το δέρμα του προσώπου. Η εμπλοκή του στοματικού βλεννογόνου και των χειλέων είναι σπάνια.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση μίας περίπτωσης πασσαλοειδούς νευρώματος με κάψα με μύζωματώδη εκφύλιση σε υποβλεννογόνια εντόπιση.

**Περιγραφή περίπτωσης:** Άνδρας, ηλικίας 36 ετών, παρουσιάστηκε με ασυμπτωματικό ογκίδιο στην αριστερή ουλοπαρειάκη αύλακα διάρκειας μερικών εβδομάδων. Κλινικά παρατηρήθηκε ευκίνητο, ελαστικής σύστασης υποβλεννογόνιο ογκίδιο, διαμέτρου ενός εκατοστού. Κατά τη χειρουργική αφαίρεση διαπιστώθηκε ότι το ογκίδιο ήταν καλά περιγεγραμμένο και συνεχόταν με περιφερικό

νεύρο. Η ιστοπαθολογική εξέταση κατέδειξε κυτταροβριθή βλάβη με περιοχές μύζωματώδους εκφύλισης, αποτελούμενη από πασσαλοειδώς διατεταγμένα ατρακτοειδή κύτταρα και διάσπαρτα μαστοκύτταρα, χωρίς καλά σχηματισμένα σωματίδια Verocay, κυτταρικές ατυπίες ή μτώσεις. Η βλάβη περιβαλλόταν από κάψα συνδετικού ιστού που περιείχε νευράξονες. Η ιστολογική διάγνωση του πασσαλοειδούς νευρώματος με κάψα, επιβεβαιώθηκε ανοσοϊστοχημικά. Πέντε μήνες μετά την εξαίρεση του ογκιδίου δεν παρατηρήθηκε υποτροπή.

**Συμπεράσματα:** Το πασσαλοειδές με κάψα νεύρωμα του στοματικού βλεννογόνου παρουσιάζεται συχνότερα στην υπερώα σαν μονήρες, άμισχο ογκίδιο σε επιφανειακές θέσεις. Βλάβες σε υποβλεννογόνια εντόπιση είναι λιγότερο συχνές και η διαφορική τους διάγνωση περιλαμβάνει μία ποικιλία οντοτήτων, κυρίως μεσεγγυματικής ή αδενικής προέλευσης. Μικροσκοπική διάκριση από άληθες ατρακτοκυτταρικές εξεργασίες απαιτεί συσχέτιση των ιστολογικών και ανοσοϊστοχημικών χαρακτήρων. Η βλάβη δεν σχετίζεται με κάποιο σύνδρομο και δεν παρουσιάζει τάση υποτροπής.

## 25

## ΠΛΕΙΟΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ ΑΝΩ ΧΕΙΛΟΥΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

Ταμπούρης Α.\*, Βασίλας Α.

Από το Γναθοχειρουργικό Τμήμα του ΙΚΑ Αθηνών.

Το πλειόμορφο αδένωμα (μικτός όγκος) είναι ο συνηθέστερος όγκος των μαιζόνων και ελασσόνων σιελογόνων αδένων, ενώ οι ενδοστοματικοί

όγκοι αποτελούν το 7% του συνόλου των περιπτώσεων. Συχνότερα εντοπίζονται στην υπερώα και χαρακτηρίζονται από αργό ρυθμό ανάπτυξης,

είναι καλά περιγεγραμμένοι, ανώδυνοι και συνήθως δεν προκαλούν εξέλιξη του υπερκείμενου βλεννογόνου. Εμφανίζονται σε άτομα κάθε ηλικίας, με κορυφή της συχνότητας μεταξύ τρίτης και πέμπτης δεκαετίας της ζωής. Η ιστολογική εικόνα του πλειόμορφου αδενώματος εμφανίζει μεγάλη ποικιλομορφία και συνίσταται από κύτταρα κοινής επιθηλιακής προέλευσης με ποικίλη κατεύθυνση διαφοροποίησης και ποικίλη μορφολογία (Αγγελοπούλης και συν., 2000). Τα κύτταρα αυτά τελικά οργανώνονται σε κυτταροδομικά πρότυπα που παριστάνουν εκφορητικούς πόρους, μικροκυστικούς σχηματισμούς και συμπαγείς νησίδες ή δοκίδες. Ο όγκος περιφερικά περιβάλλεται από κάψα ινώδους συνδετικού ιστού, καλή σχηματισμένη ή ατελή, η οποία ενίοτε είναι διηθημένη από νησίδες νεοπλασματικών κυττάρων. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει διάφορους τύπους μονόμορφου αδενώματος, το μυοεπιθηλίωμα, το αδε-

νοκυστικό καρκίνωμα κλπ., ενώ η τελική διάγνωση βασίζεται στην ιστολογική εξέταση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται στη ριζική χειρουργική αφαίρεση του όγκου, δεδομένου ότι αναφέρονται συχνές υποτροπές. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση δύο περιπτώσεων πλειόμορφου αδενώματος του άνω χείλους που αντιμετωπίστηκαν στο Γναθοχειρουργικό Τμήμα του ΙΚΑ Αθηνών. Περιγράφονται τα κλινικά χαρακτηριστικά, η διαφορική διάγνωση, η χειρουργική αφαίρεση, η αποκατάσταση του άνω χείλους, καθώς και η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στα ιστολογικά χαρακτηριστικά των όγκων και κυρίως της δεύτερης περίπτωσης, όπου το νεόπλασμα εμφάνιζε τοπικά επιθετική συμπεριφορά. Επιπλέον, συζητούνται τα ευρήματα σε σχέση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, όσον αφορά κυρίως στη βιολογική συμπεριφορά των όγκων αυτών.

## 26

## ΚΥΑΝΗ ΚΗΛΙΔΑ ΣΤΗ ΡΑΧΗ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Μποντάκη Γ.\*, Κριθινάκης Σ., Βασιλάς Α., Χούπης Κ., Τόσιος Κ.

Από το Εργαστήριο Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

**Εισαγωγή:** Οι πιο συνηθισμένες χρωστικές κηλίδες του στόματος οφείλονται στην εναπόθεση αμαλγάματος κατά τα διάφορα στάδια επεξεργασίας του μέσα στο στόμα. Κλινικά, παρατηρείται σκούρα γκρι ή κυανή κηλίδα, σαφώς περιγεγραμμένη, που εντοπίζεται συνήθως κοντά σε δόντι που φέρει αποκατάσταση. Με ανάλογη εικόνα μπορούν, ωστόσο, να εμφανιστούν και άηλιες δυσχρωμικές βλάβες του βλεννογόνου, όπως είναι οι μονήρεις ενδοστοματικές βλάβες μελανοκυτταρικής προέλευσης (μελανωτική κηλίδα, σπίλοι, αρχόμενο μελάνωμα), αλλά και οι βλάβες από εναπόθεση άηλων ενδογενών ή εξωγενών χρωστικών. Η τελική διάγνωση γίνεται, κατά κανόνα, μετά την αφαίρεση της βλάβης, με την ιστολογική εξέταση.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περίπτωσης μελανής κηλίδας στη γλώσσα και η βιβλιογραφική ανασκό-

πηση της διαφοροδιάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης ανάλογων βλαβών.

**Υλικό και μέθοδος:** Παρουσιάζεται περίπτωση γυναίκας, ηλικίας 40 ετών, στην οποία διαπιστώθηκε κατά την οδοντιατρική εξέταση η παρουσία ασυμπτωματικής κυανής κηλίδας στη γλώσσα. Η πιθανή κλινική διάγνωση ήταν κισσός, καθώς η ασθενής δεν έφερε καμία εμφανή έμφραξη αμαλγάματος, αλλά και το χρώμα της βλάβης μεταβαλλόταν με την πίεση. Έγινε ολική βιοψία της βλάβης που έδωσε ευρήματα συμβατά με στίξη αργύρου.

**Συζήτηση:** Οι μελανές κηλίδες αποτελούν συχνό τυχαίο εύρημα στο στοματικό βλεννογόνο και η διαφορική διάγνωσή τους ενδιαφέρει ιδιαίτερα το γενικό οδοντίατρο, που καλείται να τις αξιολογήσει και να υποδείξει στον ασθενή τον τρόπο αντιμετώπισης.

27

## ΘΕΡΜΟΣΥΜΠΙΕΖΟΜΕΝΑ ΥΑΛΟΚΕΡΑΜΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ.

Κρεμμύδας Μ.\*, Γκεβρέκη Η., Σπανοπούλου Μ., Φιλιππάτος Γ.

Από το Εργαστήριο Ακίνητης Προσθετικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Οι αυξανόμενες αισθητικές απαιτήσεις στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη, ιδιαίτερα στην πρόσθια περιοχή, οδήγησαν στη δημιουργία αισθητικών αποκαταστάσεων που να προσομοιάζουν στη φυσική οδοντοφυΐα. Τα νεότερα ολθοκεραμικά συστήματα εμφανίστηκαν φιλοδοξώντας να λύσουν: (1) τα προβλήματα αισθητικής σε σχέση με τις μεταλλοκεραμικές αποκαταστάσεις, ιδιαίτερα στην πρόσθια περιοχή του οδοντικού φραγμού, και (2) τα προβλήματα αντοχής σε σχέση με τις παλαιότερες ολθοκεραμικές αποκαταστάσεις, χρησιμοποιώντας αμιγώς κεραμικά σύνθετα υλικά που περιέχουν ενισχυτικές ουσίες και μεγάλο αριθμό ιχνοστοιχείων που ρυθμίζουν τις φυσικές τους ιδιότητες. Σκοπός της εργασίας είναι: (1) η κατάταξη των νεότερων ολθοκεραμικών συστημάτων, που μπορεί να γίνει είτε σύμφωνα με τον τρόπο κατασκευής τους είτε σύμφωνα με τις ενισχυτικές ουσίες στα ολθοκεραμικά

συστήματα, (2) η κλινική εφαρμογή των νεότερων ολθοκεραμικών συστημάτων σε σχέση με τις λειτουργικές και αισθητικές απαιτήσεις, και (3) η παρουσίαση των τεχνικών χαρακτηριστικών των νεότερων υαλοκεραμικών συστημάτων με μεταλλικό υπόστρωμα. Συμπερασματικά, οι εξαιρετικές φυσικές ιδιότητες των νεότερων ολθοκεραμικών υλικών υπόσχονται λύσεις στα προβλήματα της αισθητικής και της αντοχής. Απαραίτητες προϋποθέσεις, η δυνατότητα σωστής οδοντικής παρασκευής, η γνώση των δυνατοτήτων του υλικού, η πιστή εφαρμογή των οδηγιών κατασκευής και η τήρηση των ενδείξεων και αντενδείξεων που προτείνει ο κατασκευαστής. Πρέπει να αναφερθεί ότι τέτοιου είδους κατασκευές εφαρμόζονται πλέον στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη και τα νεότερα ερευνητικά προγράμματα υπόσχονται μεγαλύτερο φάσμα ενδείξεων και ευρύτερη κλινική εφαρμογή.

28

## ΤΟ ΜΤΑ ΩΣ ΥΛΙΚΟ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΤΟΥ ΑΔΙΑΠΛΑΣΤΟΥ ΑΚΡΟΡΡΙΖΙΚΟΥ ΤΡΗΜΑΤΟΣ.

Αυγερινού Μ.\*, Φουντά Κ., Σίσκος Γ.

Το πλέον σημαντικό πρόβλημα κατά την ενδοδοντική θεραπεία άπορφων δοντιών με αδιάπλαστο ακρορριζικό τρήμα, συνίσταται στην αδυναμία επίτευξης ερμητικής έμφραξης χωρίς κίνδυνο προώθησης των εμφρακτικών υλικών στους περιακρορριζικούς ιστούς. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος έχει προταθεί και εφαρμόζεται, στο σύνολο σχεδόν των περιπτώσεων, η μακρόχρονη θεραπεία με υδροξείδιο του ασβεστίου, η οποία οδηγεί σε βιολογική απόφραξη του ανοικτού ακρορριζικού τρήματος με εναπόθεση ενασβεστωμένου ιστού. Το ποσοστό επιτυχίας κυμαίνεται από 94% έως 96%. Ωστόσο, νεότερες μελέτες δείχνουν ότι η μακρόχρονη θεραπεία με υδροξείδιο του ασβεστίου προκαλεί μεταβολή των φυσικοχημικών ιδιοτήτων της οδοντίνης, με αποτέλεσμα μείωση της μηχανικής αντοχής της. Το γεγονός αυτό συνδέεται με τη μεγάλη συχνότητα οριζοντίων και επιμήκων καταγμάτων

της ρίζας, που παρατηρείται στα δόντια τα οποία έχουν αντιμετωπισθεί με το συγκεκριμένο πρωτόκολλο. Για την παράκαμψη αυτής της επιπλοκής έχουν προταθεί διάφορες εναλλακτικές τεχνικές, με τις οποίες επιχειρείται η επίτευξη μηχανικής ή μηχανικής και βιολογικής απόφραξης σε μία, δύο ή το πολύ τρεις συνεδρίες. Μεταξύ αυτών έχει δοθεί, τα τελευταία χρόνια, έμφαση στην τεχνική της μηχανικής απόφραξης με ΜΤΑ. Το πρωτόκολλο της μηχανικής απόφραξης με ΜΤΑ έχει ως εξής: στην πρώτη συνεδρία ολοκληρώνεται η χημικομηχανική επεξεργασία και τοποθετείται στο ριζικό σωλήνα υδροξείδιο του ασβεστίου. Στη δεύτερη συνεδρία αφαιρείται το υδροξείδιο του ασβεστίου και το ανοικτό ακρορριζικό τρήμα αποφράσσεται με βύσμα ΜΤΑ μήκους 5 mm τουλάχιστον, ενώ στο ριζικό σωλήνα εγκλείεται απορροφητικός κώνος ή βαμβάκι ελαφρά εμποτισμένα με φυσιολογικό ορό. Στην τρίτη συνεδρία,

μετά μία ημέρα, ακολουθεί έμφραξη του ριζικού σωλήνα με έγχυση θερμοπλαστικοποιημένης γουταπέρκας και μυλική αποκατάσταση με σύνθετη ρητίνη. Το ποσοστό επιτυχίας υπερβαίνει ελαφρώς το 80%, χωρίς όμως να υπάρχουν επί του παρόντος επαρκή βιβλιογραφικά δεδομένα για την τεκ-

μηρίωση της μακρόχρονης αποτελεσματικότητας ή μη της τεχνικής. Σκοπός της ανακοίνωσης είναι η παρουσίαση - συζήτηση χαρακτηριστικών περιπτώσεων, καθώς και η κριτική προσέγγιση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων της τεχνικής.

29

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΜΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΔΥΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΘΕΡΜΟΠΛΑΣΤΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΓΟΥΤΑΠΕΡΚΑΣ.

Κριθινάκης Σ.\*, Μέλιου Ε., Κερεζούδης Ν.

Από το Εργαστήριο Ενδοδοντία, της Οδοντιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

**Εισαγωγή:** Η τρισδιάστατη έμφραξη του συστήματος των ριζικών σωλήνων επιτυγχάνεται με την εφαρμογή ποικίλων τεχνικών συμπύκνωσης. Παρότι ακόμα και σήμερα η τεχνική της πλάγιας συμπύκνωσης θεωρείται λύση εκλογής για την έμφραξη των ριζικών σωλήνων, νέες τεχνικές, όπως αυτή της θερμοπλαστικοποιημένης γουταπέρκας, έχουν εισαχθεί στην κλινική πράξη.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η αξιολόγηση δύο εμφρακτικών συστημάτων θερμοπλαστικοποιημένης γουταπέρκας, όσον αφορά στην προσαρμογή του εμφρακτικού υλικού στα τοιχώματα του συστήματος των ριζικών σωλήνων, τη μακροπρόθεσμη εμφρακτική του ικανότητα και την έξοδό του στους περιακρορριζικούς ιστούς.

**Υλικό και μέθοδος:** Χρησιμοποιήθηκαν 26 εξαχθέντα ανθρώπινα δόντια. Για την ομάδα Α (n=11) εφαρμόστηκε το σύστημα Thermanfil Plus, ενώ για την ομάδα Β (n=15) η τροποποιημένη τεχνική Thermanfil Plus. Τα δόντια αποθηκεύτηκαν σε απιονισμένο νερό για διάστημα τριών μηνών. Ακολούθως εμβυθί-

στηκαν σε χρωστική για διάστημα 48 ωρών. Πραγματοποιήθηκε αφυδάτωση και διαφανοποίηση. Για τον καθορισμό της έκτασης της μικροδιείσδυσης της χρωστικής στο ριζικού σωλήνα, χρησιμοποιήθηκε στερεομικροσκόπιο. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με T-test.

**Αποτελέσματα:** Για την ομάδα Α βρέθηκε ότι ο μέσος όρος μικροδιείσδυσης της χρωστικής ήταν 0,23 χιλιοστά με πιθανό σφάλμα  $\pm 0,12$  και ο μέσος όρος υπολειπόμενου μήκους του ριζικού σωλήνα ακρορριζικά, στον οποίο δεν επεκτάθηκε το εμφρακτικό υλικό κατά την έμφραξη ήταν 0,28 χιλιοστά με πιθανό σφάλμα  $\pm 0,1$ . Για την ομάδα Β οι αντίστοιχες τιμές ήταν 0,31 χιλιοστά με πιθανό σφάλμα  $\pm 0,14$  και 0,34 χιλιοστά με πιθανό σφάλμα  $\pm 0,13$ . Όπως προκύπτει από τη στατιστική ανάλυση, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο τεχνικών σε καμία από τις παραπάνω περιπτώσεις. Πρέπει να σημειωθεί ότι στην ομάδα Α υπήρξε έξοδος του εμφρακτικού υλικού από το ακρορριζικό τρήμα σε τρεις περιπτώσεις, ενώ στην ομάδα Β σε καμία.

30

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΘΕΤΙΚΗΣ ΜΕΤΕΦΗΒΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΥΣ, ΧΩΡΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ Ή ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Ζαμπέλης Α.

Από τη Σχολή Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών του Εθνικού Μετσοβείου Πολυτεχνείου Αθηνών.

**Εισαγωγή:** Οι επιθετικές μορφές περιοδοντίτιδας έχουν λάβει κατά περιόδους διαφορετικές ονομασίες, όπως εφηβική, πρώιμης έναρξης ή επιθετική περιοδοντίτιδα. Αν και διαγνωστικά είναι δύσκολη η πλήρωση όλων των απαραίτητων κριτηρίων για την επιβεβαίωση της παρουσίας τέτοι-

ων μορφών περιοδοντίτιδας, υπάρχει πληθώρα δημοσιευμένων κλινικών μελετών σχετικά με τη θεραπεία τους. Κατά κοινή αποδοχή, σε ασθενείς με επιθετική περιοδοντίτιδα συστήνεται η χειρουργική απόξεση με ταυτόχρονη χρήση συστηματικών αντιβιοτικών. Εξαιρετικά λίγες κλινικές μελέ-



τες έχουν εξετάσει τη μη χρήση αντιβιοτικών ή χειρουργικής απόξεσης για τη θεραπεία της επιθετικής περιοδοντίτιδας.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι να γίνει παρουσίαση και ιστορική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις επιθετικές μορφές περιοδοντίτιδας, παρουσίαση των διαγνωστικών κριτηρίων και κλινικών χαρακτηριστικών τους, καθώς και αναφορά ενός κλινικού περιστατικού.

**Υλικό και μέθοδος:** Η βιβλιογραφική ανασκόπηση στηρίχθηκε αποκλειστικά σε δημοσιευμένες εργασίες σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά και καλύπτει τα απαραίτητα κριτήρια διάγνωσης, καθώς και τις προτεινόμενες θεραπευτικές λύσεις. Η προτεινόμενη εδώ θεραπεία θα παρουσιαστεί μέσα από την αναφορά μίας περίπτωσης. Πρόκειται για γυναίκα ηλικίας 23 ετών, στην οποία διαπιστώθηκε γενικευμένη μέτριας βαρύτητας περιοδοντί-

δα με εντοπισμένες βαριές βλάβες. Η διάγνωση της επιθετικής-μετεφηβικής περιοδοντίτιδας βασίστηκε στο νεαρό της ηλικίας της ασθενούς. Η θεραπεία περιέλαβε τη χρήση υπερήχων για υποουλική απόξεση. Ιστική αναγέννηση με τη χρήση αμελογενίνης εφαρμόστηκε στο δόντι 11 λόγω της βαρύτητας της ενδοστικής βλάβης, ενώ στο δόντι 24 εφαρμόστηκε ακρορριζικά μετατοπιζόμενος κρημνός, πάλι λόγω ενδοστικής βλάβης. Δεν έγινε σε καμία περίπτωση χρήση αντιβιοτικών. Εκτός από τα στάδια της θεραπείας, παρουσιάζεται η πρώτη επανεξέταση της ασθενούς.

**Συμπεράσματα:** Η θεραπεία της επιθετικής περιοδοντίτιδας μπορεί να γίνει επιτυχώς με μη χειρουργική προσέγγιση και χωρίς τη χρήση αντιβιοτικών. Παράλληλα, σε ασθενείς με επιθετική περιοδοντίτιδα μπορούν να πραγματοποιηθούν με επιτυχία επεμβάσεις ιστικής αναγέννησης.

31

## ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ - ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΜΕΡΙΚΩΝ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΩΝ; ΜΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΑ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ.

Παπαδόπουλος Χ.\*, Πετρίδης Ν., Καφάς Π., Σοφού Α.

**Εισαγωγή:** Η αρμονική συνεργασία οδοντίατρου και οδοντοτεχνίτη είναι απαραίτητη, προκειμένου οι κινητές αποκαταστάσεις να έχουν τη μεγαλύτερη δυνατή επιτυχία, τόσο κατά την τοποθέτηση όσο και σε βάθος χρόνου. Στις περισσότερες χώρες, ο οδοντίατρος έχει κατά το νόμο την απόλυτη ευθύνη της οδοντιατρικής θεραπείας. Παρά ταύτα, έρευνες έχουν αποδείξει ότι πολλοί οδοντίατροι για ποικίλους λόγους εκχωρούν τις σχετικές αρμοδιότητες στους οδοντοτεχνίτες. Η συμμετοχή του οδοντοτεχνίτη στην κατασκευή της αποκατάστασης συγκεκριμενοποιείται στις γνώσεις και ικανότητα να κατασκευάσει την αποκατάσταση σύμφωνα με τις οδηγίες του οδοντίατρου, στη γνώση των χρησιμοποιούμενων τεχνικών και υλικών και στον κατάλληλο τεχνολογικό εξοπλισμό του οδοντοτεχνικού εργαστηρίου.

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπέδου συνεργασίας μεταξύ οδοντίατρων και οδοντοτεχνικών εργαστηρίων και των οδηγιών που δίνονται σχετικά με τα διάφορα στάδια κατασκευής μερικών οδοντοστοιχιών (Μ.Ο.).

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε έρευνα με τη μέθοδο συμπλήρωσης ερωτηματολογίου από οδοντοτεχνίτες οδοντοτεχνικών εργα-

στηρίων του δήμου Θεσσαλονίκης τον Απρίλιο του 2007. Το δείγμα ορίστηκε στα 40 από το σύνολο των 155 οδοντοτεχνικών εργαστηρίων του δήμου Θεσσαλονίκης, εξαιρουμένων των εξειδικευμένων στην ορθοδοντική ή στην κατασκευή μεταλλικών σκελετών Μ.Ο. Οι ερευνητές επισκέφθηκαν κάθε εργαστήριο που συμμετείχε στην έρευνα, συμπληρώθηκε ένα ερωτηματολόγιο για κάθε Μ.Ο. που βρέθηκε τη στιγμή της επίσκεψης, σε οποιοδήποτε στάδιο κατασκευής και αν ευρίσκετο, και παράλληλα ελήφθησαν φωτογραφίες. Τα αποτελέσματα κωδικοποιήθηκαν και καταγράφηκαν σε φύλλο Microsoft Excell® και ακολούθησε στατιστική επεξεργασία με το πρόγραμμα SPSS® ver. 13.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά συμπληρώθηκαν 91 ερωτηματολόγια από 28 εργαστήρια του αρχικού δείγματος (ποσοστό συμμετοχής 70%). Επικοινωνία με τον οδοντίατρο υπήρχε σε λιγότερες από τις μισές περιπτώσεις. Κατά την κρίση των τεχνικών, τα αποτυπώματα παρουσίαζαν ατέλειες σε ποσοστό 27,5%. Εκμαγεία μελέτης παραγγέλθηκαν σε 47% των περιπτώσεων. Ατομικό δισκάριο για την τελική αποτύπωση χρησιμοποιήθηκε σε ποσοστό 59% και αποτυπωτικό υλικό επιλογής ήταν



κατά περίπτωση ένα από τα προσφερόμενα στο εμπόριο εθαστομερή. Στο 68% των Μ.Ο. δεν είχε γίνει παραλληλογράφηση του εκμαγείου από τον οδοντίατρο αλλά από το εργαστήριο, ενώ το 86% των Μ.Ο. ήταν με μεταλλικό σκελετό. Τέλος μόνο στο 56,5% υπήρχαν οδηγίες από τον οδοντίατρο για το σχέδιο του μεταλλικού σκελετού.

**Συμπεράσματα:** Η συνεργασία οδοντιάτρων - οδοντοτεχνιτών κατά τα στάδια κατασκευής των

μερικών οδοντοστοιχιών είναι ανεπαρκής. Η επικοινωνία με τον οδοντίατρο σε περίπτωση ατελών αποτυπωμάτων γίνεται μόνο στις μισές περιπτώσεις, γεγονός που δείχνει ότι χρειάζεται βελτίωση αυτής της επικοινωνίας, ώστε να βελτιωθεί και η ποιότητα των εργασιών. Μολιόντι η παραλληλογράφηση και η σχεδίαση του σκελετού της Μ.Ο. θεωρείται ευθύνη του οδοντιάτρου, σε σημαντικό ποσοστό δεν τηρείται.

## 32

## ΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΜΕΛΟΓΕΝΙΝΗΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Ζαμπέλης Α.

Από τη Σχολή Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών του Εθνικού Μετσοβείου Πολυτεχνείου Αθηνών.

**Εισαγωγή:** Στο χώρο της περιοδοντολογίας συχνά απαντώνται σε ασθενείς δόντια με εντοπισμένες, βαθιές περιοδοντικές βλάβες. Η εκτεταμένη απώλεια περιοδοντικής στήριξης μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την πρόγνωση τέτοιων δοντιών. Έχουν προταθεί διάφορες μέθοδοι για την αποκατάσταση περιοδοντικών βλαβών, μεταξύ των οποίων η κατευθυνόμενη ιστική αναγέννηση με μοσχεύματα (αυτογενή, αλλογενή, αλληλοπληαστικά ή ξενομοσχεύματα) και μεμβράνες. Η χρήση της αμελογενίνης έχει κερδίσει τα τελευταία χρόνια σημαντική αναγνώριση ως η μόνη βιολογικά τεκμηριωμένη μέθοδος, με πολύ καλά κλινικά αποτελέσματα και ελάχιστα έως καθόλου παρενέργειες.

**Σκοπός** της εργασίας είναι να γίνει παρουσίαση της βιβλιογραφίας και της μεθόδου πίσω από την ιστική αναγέννηση με τη χρήση αμελογενίνης, σύ-

γκρισή της με άλλες διαδεδομένες μεθόδους, καθώς και αναφορά μίας κλινικής περίπτωσης.

**Υλικό και μέθοδος:** Η βιβλιογραφική ανασκόπηση στηρίχτηκε αποκλειστικά σε δημοσιευμένες εργασίες σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά και καλύπτει την επιτυχία και μακροχρόνια προβλεψιμότητα της μεθόδου. Δόθηκε έμφαση στην παρουσίαση τόσο βασικής έρευνας καθώς και κλινικών μελετών. Η μέθοδος θα παρουσιαστεί μέσα από την αναφορά μίας περίπτωσης.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση της αμελογενίνης στην αποκατάσταση εντοπισμένων περιοδοντικών βλαβών είναι μία προβλεψιμη, ασφαλής και επιτυχής μέθοδος. Έχει δε σημαντικά πλεονεκτήματα, όσον αφορά στην ευκολία, την προβλεψιμότητα και το χρόνο εργασίας, σε σχέση με άλλες μεθόδους ιστικής αναγέννησης.

## 33

## ΕΜΜΕΣΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΥΜΕΡΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΟΠΙΣΘΙΑ ΔΟΝΤΙΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

Πάτρας Μ.\*, Σοηδάτος Ν.

Η ανάπτυξη στον τομέα των συγκολλητικών τεχνικών και των πολυμερών υλικών, έδωσε νέα ώθηση στον τομέα της σύγχρονης επανορθωτικής οδοντιατρικής, πολλαπλασιάζοντας τις επιλογές και τις δυνατότητες του κλινικού οδοντιάτρου. Τα πολυμερή συστήματα επιτρέπουν τη δυνατότητα συνδυασμού της συντηρητικότητας στην αφαίρεση της οδοντικής ουσίας και της αισθητικής απόδοσης των αποκαταστάσεων. Οι υβριδικές σύνθετες ρητίνες δεύτερης γενιάς, εμπλουτισμένες πια

με περισσότερες ενισχυτικές ουσίες, παρουσιάζουν βελτιωμένες ιδιότητες και αυξημένη μακροβιότητα των αποκαταστάσεων, με αποτέλεσμα την ευρεία χρήση αυτών των υλικών στην καθ' ημέρα οδοντιατρική πράξη. Οι έμμεσες αποκαταστάσεις από πολυμερή υλικά, βρίσκουν εφαρμογή σε ποικίλες κλινικές περιπτώσεις, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν αποκατάσταση εκτεταμένης απώλειας οδοντικής ουσίας μεμονωμένων δοντιών, έως και γέφυρες μικρής έκτασης. Πλεονεκτούν

έναντι των άμεσων αποκαταστάσεων συνθέτων ρητινών σε ότι αφορά στο βαθμό και τη συστολή πολυμερισμού, καθώς και στην απόδοση σωστής μορφολογίας και σημείου επαφής. Σε σχέση με τα κεραμικά, παρουσιάζουν ευκολότερους κλινικούς χειρισμούς, δυνατότητα επιδιόρθωσης και καλύτερης στίλβωσης. Ο σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων εμμέσων αποκαταστάσεων πολυμερών συστημάτων σε οπίσθια δόντια μέσα από τα κλινικά και εργαστηριακά στά-

δια κατασκευής τους. Περιγράφονται τα βασικά στοιχεία που αφορούν στη σύνθεση και τις ιδιότητες των πολυμερών συστημάτων, καθώς επίσης ενδείξεις και πλεονεκτήματα αυτών. Η σωστή επιλογή της περίπτωσης, η τήρηση των οδηγιών του κατασκευαστή, η προσεκτική εφαρμογή των εργαστηριακών και κλινικών σταδίων, αποτελούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για τη μακροβιότητα και την καλή κλινική συμπεριφορά αυτών των αποκαταστάσεων.

## 34

### ΑΜΕΣΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ ΣΕ ΜΕΤΕΞΑΚΤΙΚΟ ΦΑΤΝΙΟ.

Κοντακιώτης Γ.\*, Σολδάτος Ν., Πάτρας Μ., Μεñακόπουλος Ι.

Η προσδοκία των ασθενών για το καλύτερο αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα χωρίς μεταβατικές περιόδους, ωθεί τους κλινικούς και ερευνητές για εξεύρεση λύσεων που θα μειώνουν τη διάρκεια θεραπείας για αποκατάσταση με εμφυτεύματα. Η μείωση της διάρκειας θεραπείας βελτιώνει την άνεση και ικανοποιεί τις ανάγκες των ασθενών, διότι δεν υπάρχουν μεγάλες φάσεις με νωδότητα και με μεταβατικές αποκαταστάσεις, οι οποίες δεν ικανοποιούν λειτουργικά και αισθητικά. Ως εκ τούτου, το κλασικό πρωτόκολλο του Brånemark, τροποποιήθηκε. Η τροποποίηση έγινε δυνατή με την εξέλιξη της επεξεργασίας των επιφανειών και του σχήματος των εμφυτευμάτων και την ανακάλυψη και εφαρμογή των αυξητικών παραγόντων (PLP, PRP, BMP).

Ένα από αυτά τα πρωτόκολλα είναι και η άμεση τοποθέτηση εμφυτεύματος σε μετεξακτικό φατνίο. Η ελάχιστη προϋπόθεση για να πραγματοποιηθεί, είναι η ύπαρξη υπολειπόμενης οδοντοφυΐας, υγιούς περιοδοντικά, χωρίς οξεία φλεγμονώδη επεισόδια. Τα πλεονεκτήματα της άμεσης τοποθέτησης είναι ότι απαλλοτριάζεται ο ασθενής από τη διεξαγωγή δεύτερης χειρουργικής επέμβασης και μειώνεται ο χρόνος θεραπείας κατά δύο έως τέσσερις μήνες. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της άμεσης τοποθέτησης εμφυτευμάτων σε μετεξακτικό φατνίο, και με βάση την κλινική εμπειρία ή συζήτηση σχετικά με τα πλεονεκτήματα, τους περιορισμούς, αλλά και τις προϋποθέσεις που απαιτούνται γι' αυτήν.

## 35

### ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟΥ ΤΟΥ ΜΑΚΡΟΥ ΣΚΕΛΟΥΣ ΤΟΥ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΟΣ 4. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.

Δημητρίου Α., Μεσσήνη Μ.\*, Ζερβού-Βάββα Φ., Φανδρίδης Ι., Μπούρας Θ.

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

**Εισαγωγή:** Το σύνδρομο διπλάσιασμού του μακρού σκέλους του χρωμοσώματος 4 αποτελεί σπάνια χρωμοσωμική ανωμαλία. Εξαιτίας της νοντικής υστέρησης που το συνοδεύει συχνά, απαιτείται γενική αναισθησία για την οδοντιατρική αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

**Σκοπός** της εργασίας είναι η παρουσίαση της οδοντιατρικής διαχείρισης ασθενούς με σύνδρομο διπλάσιασμού του μακρού σκέλους του χρωμοσώματος 4, συνοδευόμενο από βαριά νοντική υστέρηση.

**Περιγραφή περίπτωσης:** Έφηβος, ηλικίας 17 ετών, πάσχων από το συγκεκριμένο σύνδρομο, προσήλθε με τους γονείς του για οδοντιατρική θεραπεία στην Ειδική Μονάδα οδοντοθεραπείας ΑμΕΑ του «Ασκληπιείου Βούλας». Εξαιτίας της αδυναμίας συνεργασίας λόγω σοβαρής νοντικής υστέρησης, αποφασίσθηκε η αντιμετώπισή του υπό γενική αναισθησία. Επρόκειτο για άτομο μικρόσωμο με εμφανείς ανωμαλίες στα άκρα, υπερτελορισμό, προτεταμένο μέτωπο, ευρεία ρίνα και δύσμορφα ώτα. Οι

εκδηλώσεις από το στόμα περιελάμβαναν ευρείες φατνιακές αποφύσεις, υψηλή υπερώα με ιδιόμορφο σχήμα και γενικευμένη υπερπλησία των ούλων, ως αποτέλεσμα του συνδυασμού της αντιεπιληπτικής αγωγής με ελλιπή στοματική υγιεινή. Οι κάτω πρόσθιοι νεογιλοί τομείς είχαν παραμείνει στη στοματική κοιλότητα, παρόλο που είχαν ανατείθει οι αντίστοιχοι μόνιμοι. Το σχέδιο θεραπείας περιελάμβανε εξαγωγή των νεογιλών τομέων, εκτομή των υπερπληστικών ούλων και θεραπεία ουλίτιδας. Κατά την οδοντιατρική διαχείριση υπό γενική αναισθησία, η οποία έγινε σύμφωνα με τους ισχύοντες κανόνες, δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές. Έγινε διδασκαλία στοματικής υγιεινής στους γονείς και συνεστήθη επανεξέταση σε έξι μήνες. Ο ασθενής,

όμως, επανήλθε στη Μονάδα μετά από την παρέλευση οκτώ ετών. Δεν υπήρχε πάλι τερηδονική προσβολή, αλλά η εναπόθεση τρυγίας ήταν πολύ μεγάλη, τα δε ούλα ήταν επίσης υπερπληστικά. Κατά τη δεύτερη αυτή αντιμετώπιση, έγινε εκ νέου εκτομή των ούλων, αποτρύγωση και στήβωση όλων των δοντιών και φθορίωση, επανελήφθη δε η διδασκαλία της στοματικής υγιεινής.

**Συμπέρασμα:** Σε ασθενείς με βαριά vonτική υστέρηση και πλήρη αδυναμία συνεργασίας, όπως σε εκείνους με σύνδρομο διπλησιασμού του μακρού σκέλους του χρωμοσώματος 4, η οδοντοθεραπεία υπό γενική αναισθησία αποτελεί πολύτιμη εναλλακτική λύση, η οποία θα πρέπει να συμπεληρώνεται με την κατάλληλη πρόληψη.

## 36

## ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΕΣ ΠΡΟΣΤΟΜΙΑΚΕΣ ΟΨΕΙΣ.

Λώλης Χ.\*, Σοηδάτος Ν., Κοντακιώτης Γ.

Η οδοντιατρική επιστήμη εξελίσσεται διαρκώς τα τελευταία χρόνια, με σκοπό πάντα την αισθητική βελτίωση των οδοντικών αποκαταστάσεων. Καινούριες μέθοδοι και τεχνικές, σε συνδυασμό με την εξέλιξη των εργαστηριακών σταδίων και των ολοκεραμικών συστημάτων, έχουν δώσει νέα πνοή στην αισθητική οδοντιατρική. Οι ολοκεραμικές προστομιακές όψεις, σήμερα αποτελούν την πλέον συντηρητική λύση για αισθητικές αποκαταστάσεις στις προστομιακές επιφάνειες. Τελευταίες έρευνες καταδεικνύουν ότι οι όψεις έχουν την αντοχή που έχουν και οι υπόλοιπες ολοκεραμικές αποκαταστάσεις, καθώς επίσης είναι οι μόνες αποκαταστάσεις που επηρεάζουν λιγότερο τους περιοδοντικούς ιστούς. Όπως συμβαίνει σε όλες τις οδοντιατρικές αποκαταστάσεις που απο-

κόπεται οδοντική ουσία, έτσι και στις παρασκευές για ολοκεραμικές όψεις, επιβάλλεται η τοποθέτηση μεταβατικών αποκαταστάσεων. Οι λόγοι κατασκευής τους είναι κατ' αρχήν η προστασία των οδοντικών παρασκευών, η διαμόρφωση των μεσοδοντίων θηλών, όπου είναι αναγκαία, καθώς και η αισθητική αποκατάσταση των ασθενών. Οι αισθητικές απαιτήσεις των τελευταίων είναι πολύ υψηλές. Σκοπός της παρουσίασης αυτής είναι η παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων που έλαβαν χώρα στην Προσθετική Κλινική του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης. Αναφέρονται όλες οι τεχνικές μεταβατικών αποκαταστάσεων προστομιακών ολοκεραμικών όψεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν, και γίνεται συζήτηση για τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κάθε τεχνικής.

## 37

## ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΑΜΕΤΡΟΥ ΔΙΑΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΡΙΓΜΑΤΩΝ.

Σοηδάτος Ν.\*, Κοντακιώτης Γ., Πάτρας Μ., Λαμπρόπουλος Π.

Στην αισθητική ζώνη η διατήρηση του ύψους του φατνιακού οστού γύρω από τα εμφυτεύματα μετά το δεύτερο στάδιο της αποκάλυψης, αποτελεί ένα ζωτικό παράγοντα για τη σταθεροποίηση των μεσοδοντίων θηλών και τη δημιουργία μίας αρμονικής γραμμής ούλων σε σχέση με τα παρα-

κείμενα δόντια. Η αισθητική των ούλων γύρω από φυσικά δόντια ή εμφυτεύματα εξασφαλίζεται μέσω μιας σταθερής πρόσφυσης από υγιείς περιοδοντικούς ή περιεμφυτευματικούς ιστούς, το βιολογικό εύρος πρόσφυσης. Η απορρόφηση της κορυφής του φατνιακού οστού είναι απάντηση στην

παραβίαση του βιολογικού εύρους πρόσφυσης από δευτερεύουσα αποίκιση μικροβίων αλλιά και μικρομετακινήσεων στην επιφάνεια επαφής του διαβληννογόνιου τμήματος και του εμφυτεύματος. Η ιδέα της αλληλλαγής διαμέτρου των διαβληννογόνιων εμφυτευματικών στηριγμάτων βασίζεται στην τοποθέτηση διαβληννογόνιων τμημάτων μικρότερης διαμέτρου από το κοιλίο του εμφυτεύματος. Ο σκοπός της είναι ο περιορισμός της απορρόφησης του φατνιακού οστού γύρω από το κοιλίο του εμφυτεύματος. Οι ενδείξεις χρήσης της είναι: περιπτώσεις όπου το αισθητικό αποτέλεσμα είναι το πρώτο ζητούμενο, περιπτώσεις άμεσης εμφύτευσης ή χρήσης εμφυτεύματος μεγαλύτερης διαμέτρου από το επιθυμητό διαβληννογόνο εμφυτευματικό στήριγμα, αλλιά και περιπτώσεις όπου

η απόσταση των ενδοοστικών τμημάτων δύο παρακείμενων εμφυτευμάτων είναι μικρότερη από 3 χιλιοστά, οπότε η χρήση μικρότερης διαμέτρου εμφυτευματικού στηριγμάτων δίνει μεγαλύτερη απόσταση ανάμεσα στα κοιλώματα. Ο σκοπός της εργασίας είναι να αναδείξει τα πλεονεκτήματα χρήσης του platform switch με την παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων και την ταυτόχρονη ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Η χρήση του platform switch στερείται προοπτικών κλινικών μελετών και μετααναλυτικών δεδομένων (evidence based) και βασίζεται σε κλινικές παρατηρήσεις. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι με τη χρήση του, η απορρόφηση του φατνιακού οστού γύρω από την επιφάνεια του εμφυτεύματος μειώθηκε σε βαθμό στατιστικά σημαντικό.

## 38

## ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΘΙΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ.

Παπασωτηρίου Ο.\*, Παπασωτηρίου Α.

**Εισαγωγή:** Τα νέα υλικά και οι τεχνικές που έχει σήμερα ο κλινικός οδοντίατρος στη διάθεσή του, τον καθιστούν ικανό να αποδίδει με επιτυχία απόλυτη φυσικότητα στη μορφή και στο σχήμα των υπό αποκατάσταση δοντιών. Στόχος της εργασίας είναι η παράθεση των συνηθέστερων αισθητικών προβλημάτων που συναντώνται κυρίως στην πρόσθια περιοχή του οδοντικού φραγμού και ο σχεδιασμός της θεραπείας, λαμβάνοντας υπ' όψη την κατάσταση των οδοντικών ιστών, την υγεία του περιοδοντίου, καθώς και τη διάπλησή του.

**Υλικό και μέθοδος:** Κατά την ανακοίνωση της εργασίας θα παρουσιαστούν αναλυτικά τα βήματα θεραπείας χαρακτηριστικών κλινικών περιπτώσεων, όπως μεσοδόντια διαστήματα, σχηματική και χρωματική ασυμμετρία, καθώς και ήπιος συνωστισμός των προσθίων δοντιών. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη συστηματοποίηση της θεραπευτικής προσέγγισης των περιπτώσεων που αφορά στη συλλογή στοιχείων μέσω φωτογραφιών και εκμαγείων, τη μελέτη και αξιολόγηση των δεδομένων, το σχεδιασμό της θεραπείας ως και τα κλινικά στάδια της θεραπείας. Ήδη από τα πρώτα βήματα δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην αξιολόγηση της υγείας των περιοδοντικών ιστών και λαμβάνονται υπ' όψη παράγοντες όπως το βιολογικό εύρος, ο βαθμός φλεγμονής των ούλων, το χρώμα των ούλων στην αυχενική περιοχή δυσχρωμι-

κών δοντιών και το σχήμα των ούλων σε σχέση με τη θέση και το σχήμα των δοντιών. Η προσαρμογή του σχήματος των περιοδοντικών ιστών με μικροχειρουργικές π्लाστικές επεμβάσεις δημιουργεί τις σωστές βάσεις για το επόμενο σκέλος της θεραπείας που είναι η προσθετική - επανορθωτική αποκατάσταση των δοντιών. Στο σκέλος αυτό παρουσιάζονται διάφορα συστήματα έμφυσης και άμεσης αποκατάστασης των δοντιών. Σημαντική θέση στον εξοπλισμό του ιατρείου κατέχουν τα μέσα μεγέθυνσης (φακοί, επεμβατικό μικροσκόπιο), καθώς αποτελούν νέα μέσα διάγνωσης, ενώ επίσης επεκτείνουν το φάσμα της θεραπείας όταν η χρήση τους συνδυάζεται με ειδικά εργαλεία παρασκευής των σκληρών οδοντικών ιστών.

**Αποτελέσματα:** Με τον προσεκτικό σχεδιασμό της θεραπείας και τα νέα θεραπευτικά μέσα, τόσο στη διαμόρφωση του περιοδοντίου, όσο και στην αποκατάσταση των δοντιών, επιτυγχάνονται προβλεψίμες αποκαταστάσεις, βασισμένες σε υγιές και αισθητικά ευνοϊκό βιολογικό υπόβαθρο.

**Συμπέρασμα:** Η υγεία του περιοδοντίου, καθώς και η αρμονική εικόνα του σε συνδυασμό με τα δόντια, αποτελεί όχι μόνο την επισφράγιση της επιτυχίας της θεραπείας, αλλιά και την προϋπόθεση για τη μακροβιότητα και την καλή λειτουργικότητα των αποκαταστάσεων.



39

## Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ LASER Er,Cr:YSGG ΣΤΗΝ ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΣΚΛΗΡΩΝ ΚΑΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΙΣΤΩΝ.

Στυλιανός Γ.

Η σύγχρονη επανορθωτική οδοντιατρική, παράλληλα με την ανάπτυξη βιοϋλικών και πηθώρας νέων μεθόδων, έχει εισάγει και τις εφαρμογές των Laser. Τα Laser, χωρίς να αντικαθιστούν τη συμβατική οδοντιατρική, έρχονται να την συνεπικουρήσουν και σε κάποιες περιπτώσεις να διευρύνουν το φάσμα της. Στην παρούσα εργασία γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση στα σημεία που ενδιαφέρουν το γενικό οδοντίατρο σχετικά με τις ενδείξεις και τις δυνατότητες ενός συγκεκριμένου μήκους κύματος Laser, του Er,Cr:YSGG (2780nm). Ιστολογικές μελέτες δείχνουν ότι το Laser Er,Cr:YSGG δρα τροποποιώντας τις οδοντικές επιφάνειες για συγκόλληση των πολυμερών υλικών, συμβάλλοντας στις τεχνικές της οδοντικής χειρουργικής, ενώ παράλληλα διεγείρει θετική ανταπόκριση πολφού. Με τις σωστές παραμέτρους προσπίπτουσας ενέργειας το Laser Er,Cr:YSGG, ασκεί αντιμικροβιακή δράση, συμπληρώνοντας τη ριζική απόξεση του περιοδοντίου, ενώ παράλληλα ενισχύει κατά την εκτέλεση ενδοδοντικής θεραπείας την αποτελεσματικότητα των απολυμαντικών ένα-

ντι ανθεκτικών στελεχών με τη δυνατότητα να εισχωρεί σε βάθος 1100μm, καθώς και μεταξύ ισθμού και παράπλευρων ριζικών σωλήνων. Στη χειρουργική στόματος, με υψηλές κοπτικές δυνατότητες, δρα θετικά χωρίς να τροποποιεί την αναλογία ασβεστίου - φωσφόρου του οστού, ενώ ο έλεγχος αιμορραγίας διασφαλίζει καλύτερες διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές συνθήκες και σε μικρές επεμβάσεις αίρει την ανάγκη συρραφής. Επίσης, ορισμένες κυτταρολογικές έρευνες προτείνουν πιθανή βιοαναδραστική δράση των Laser επί των μιτοχονδρίων, με την παραγωγή ελευθέρων ριζών, εξηγώντας την ανταπόκριση που παρατηρείται στην επούλωση αφθών, ερπητικών αλλοιώσεων ή τραυματικών εθλών. Συμπερασματικά, παρότι το Laser Er,Cr:YSGG καλύπτει ποικιλία εφαρμογών σε σκληρούς και μαλακούς ιστούς, έχει συγκεκριμένες ενδείξεις και απαιτεί ορθολογιστική χρήση. Οποσδήποτε όμως, περισσότερη έρευνα είναι απαραίτητη, προτού θεσπιστούν οι εφαρμογές των Laser στην καθημερινή πράξη και διαδοθούν στο βαθμό που το κόστος τους να γίνει πιο προσιτό.

40

## ΑΝΑΠΛΑΣΗ ΤΗΣ ΤΡΑΧΗΛΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟΠΟΛΙΚΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ. ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ.

Μάρτη Κ.

Η μονοπολική συσκευή ραδιοσυχνότητας έχει χρησιμοποιηθεί για την ανάπλαση των μαλακών ιστών της περιοχής της τραχηλοπροσωπικής χώρας μέσω της ανάπλασης του κολληαγόνου του χορίου και του υποδορίου ιστού. Πρόκειται για μία σύγχρονη ιατρική μέθοδο, που στηρίζεται σε τεχνολογία που έχει πιστοποιηθεί και εγκριθεί από την FDA. Η μη επεμβατική αυτή θεραπευτική μέθοδος εφαρμόστηκε από τη συγγραφέα σε 40 συνεχόμενους ασθενείς, ηλικίας 37 έως και 67 ετών (μέση ηλικία 52 έτη), με πολύ καλά αποτελέσματα. Είναι απλή, καλή ανεκτή από τους ασθενείς, επαναλαμβανόμενη και δεν χρειάζεται τοπική ή γενική αναισθησία. Απαιτείται ενδελεχής εκτίμηση των αισθητικών αναγκών κάθε περιοχής του προσώπου και εκτιμάται ιδιαίτερα η κατάσταση του δέρματος. Κατά τη θεραπεία, εφαρμόζεται ένα νέο

θεραπευτικό πρωτόκολλο από τη συγγραφέα, σχετικά με τη χρονική εφαρμογή, την ένταση των ραδιοσυχνοτήτων και τις περιοχές θεραπείας. Ανάλογα με την περίπτωση, η θεραπεία αφορούσε σε όλη την περιοχή του προσώπου, την περιοχή του τραχήλου ή μόνο την περιστοματική περιοχή. Για κάθε ανατομική περιοχή χρησιμοποιήθηκε κατάλληλος ακροδέκτης της συσκευής. Τα αποτελέσματα γίνονται εμφανή μετά την πάροδο εξαμήνου. Οι ασθενείς της εργασίας αυτής παρακολούθηθηκαν για 6 έως και 22 μήνες και παρουσίασαν βελτίωση της ποιότητας και του τόνου του δέρματος και ανάπλαση του περιγράμματος του προσώπου. Η μέθοδος υπερέχει σε σχέση με άλλες θεραπείες ανάπλασης του κολληαγόνου, λόγω της άνετης και ανώδυνης θεραπείας, του μικρού αριθμού των απαιτούμενων εφαρμογών και της αποφυγής απο-

οίας των ασθενών από τις δραστηριότητές τους. Οι επιπλοκές είναι εξαιρετικά σπάνιες και περιλαμβάνουν παροδικό οίδημα και ερυθρότητα του δέρματος, δερματικές φυσαλίδες και επιφανειακές

ανωμαλίες της υφής του δέρματος. Σχετικό μειονέκτημα της μεθόδου αποτελεί η ειδική εκπαίδευση που απαιτείται και το υψηλό κόστος του εξοπλισμού.

## 41

## Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ.

Λομβαρδός Π.\*, Σιδέρη Μ., Ρίζου Μ.

Επικρατεί η αντίληψη ότι στο 90% του γενικού πληθυσμού δεν υπάρχει σύμπτωση της κεντρικής σχέσης των γνάθων με τις μέγιστες επαφές. Με την ευκαιρία του προγράμματος της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος, που εξελίσσεται σε συνεργασία με την FDI, για την καταγραφή της οδοντικής υγείας και τη διδασκαλία στοματικής υγιεινής σε παιδιά ηλικίας 6 έως 12 ετών σε θερινές κατασκηνώσεις, έγινε καταγραφή της σύμπτωσης της κεντρικής σχέσης και των μέγιστων οδοντι-

κών επαφών σε μία ομάδα από τα παιδιά που συμμετείχαν στο πρόγραμμα. Τα αποτελέσματα ήταν εντυπωσιακά. Στο 64% των παιδιών που εξετάστηκαν διαπιστώθηκε σύμπτωση της κεντρικής σχέσης και των μέγιστων επαφών. Αυτό αποτέλεσε αφορμή για μία ενδελεχή βιβλιογραφική ανασκόπηση της επιδημιολογίας της κεντρικής σχέσης από τους συγγραφείς, τα αποτελέσματα της οποίας θα παρουσιαστούν συνοπτικά στην ελεύθερη αυτή ανακοίνωση.

## 42

## Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΕΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΕΙΣ.

Γεωργούλα Χ.\*, Γιαννάκης Γ., Γιαννάκη Ε., Ζέμπη Δ.

Η ομαλή λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος εξαρτάται από την αρμονική σχέση των στοιχείων που το απαρτίζουν, δηλαδή των κροταφογναθικών διαρθρώσεων, των συνδέσμων, των μυών, του νευρικού συστήματος και των δοντιών. Η θέση των κονδύλων στην κροταφική γλήνη, όταν τα δόντια βρίσκονται στη μέγιστη συγγόμφωση είναι ο κυριότερος παράγοντας για την ισορροπία του στοματογναθικού συστήματος ή για την εμφάνιση δυσλειτουργίας. Σύμφωνα με τις βασικές αρχές της σύγκλησης (Schuyler, Dawson, Λομβαρδός), το στοματογναθικό σύστημα λειτουργεί ομαλά όταν η μέγιστη συγγόμφωση των δοντιών συμπίπτει με την κεντρική σχέση των γνάθων στη σωστή κάθετη διάσταση. Απαραίτητη επίσης είναι η ανεμπόδιστη λειτουργία του πρόσθιου οδηγού. Όταν η διαταραχή της ανωτέρω σχέσης ξεπερνάει τα όρια της προσαρμοστικότητας της ΚΓΔ, εκφράζεται με συμπτώματα που μπορεί να είναι ήχοι κατά τη λειτουργία της, περιορισμένη διάνοιξη του στόματος, κλείδωμα της γνάθου, ατελή ή καθ' ἑξιν εξαρθήματα, ευαισθησία ή πόνος. Τα προαναφερόμενα συμπτώματα πολλές φορές συ-

νοδεύονται από κεφαλαλγίες και οφείλονται στη μεταβολή της σχέσης του κονδύλου με το διάρθριο δίσκο και την κροταφική γλήνη. Οι μεταβολές που υφίσταται ο διάρθριος δίσκος κυμαίνονται από τη λειτουργική μετατόπισή του, έως την πλήρη καταστροφή του. Η αναδιοργάνωση της άρθρωσης μπορεί να επιτευχθεί με ορθοδοντική, προσθετική, οδοντική χειρουργική και εκλεκτικό τροχισμό, πάντα μετά από ανάληψη της σύγκλησης σε ημιπροσαρμοζόμενο αρθρωτήρα και με στόχο τη σύμπτωση της μέγιστης συγγόμφωσης των δοντιών με την κεντρική σχέση των γνάθων. Η προσθετική αποκατάσταση πρέπει να γίνεται αρκετό χρόνο μετά την άρση των συμπτωμάτων, πρώτα με μεταβατικές αποκαταστάσεις, έτσι ώστε να δοθεί στην άρθρωση η δυνατότητα αναδιοργάνωσής της, και έπειτα με μόνιμες αποκαταστάσεις. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστεί η αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος με συμπτώματα από τις κροταφογναθικές διαρθρώσεις, με βάση τις βασικές αρχές της σύγκλησης και η τεκμηρίωση της προτεινόμενης θεραπευτικής προσέγγισης. Συμπερασματι-



κά, ο γενικός οδοντίατρος, παρεμβαίνοντας στις μαστικές επιφάνειες των δοντιών, μπορεί να αποκαταστήσει την ισορροπία του στοματογναθικού συστήματος, να άρει τα συμπτώματα από τις αρθρώσεις τα οποία δεν οφείλονται σε τραύμα ή σε

συστηματική νόσο, και να εξασφαλίσει την ακεραιότητα των ιστών που το απαρτίζουν σε βάθος χρόνου. Τα ανωτέρω θα τεκμηριωθούν με περιπτώσεις, οι οποίες αντιμετωπίστηκαν σε ιδιωτικά ιατρεία.

## 43

## ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΑΠΟ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ.

Παπαδοπούλου Ε.\*, Μελακόπουλος Ι., Τόσιος Κ., Πατρικίου Α.

Από το Εργαστήριο Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

**Εισαγωγή:** Η οστεονέκρωση των γνάθων από διφωσφονικά αποτελεί σημαντική επιπλοκή, η οποία αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 2003. Οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα εστιάζουν κυρίως στην κλινική εικόνα της οστεονέκρωσης και στην αντιμετώπισή της, ενώ οι αναφορές στην ιστολογική της εικόνα είναι σχετικά περιορισμένες.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη και η περιγραφή των ιστολογικών χαρακτηριστικών της οστεονέκρωσης των γνάθων από διφωσφονικά.

**Υλικό και Μέθοδος:** Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 23 ασθενείς οι οποίοι εμφάνισαν την επιπλοκή και από τους οποίους ελήφθησαν οστικά απολύματα από την περιοχή της νέκρωσης. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών αυτών, καθώς και η υποκείμενη νόσος εξαιτίας της οποίας ελάμβαναν τα διφωσφονικά, ενώ από τα προαναφερθέντα απολύματα ελή-

φθησαν τομές παραφίνης και έγινε χρώση με αιματοξυλίνη-ηωσίνη.

**Αποτελέσματα:** Οι τομές έδειξαν τμήματα νεκρωμένου οστού με κενές οστικές κρύπτες και με έντονη την παρουσία οστεορρηκτικών βοθρίων στην περιφέρεια. Στις περισσότερες περιπτώσεις, το χώρο των μυελοκυψελών κατελάμβαναν αποικίες μικροοργανισμών, ενώ σε πολλά παρασκευάσματα διαπιστώθηκαν έντονες γραμμές αναστροφής στις οστικές δοκίδες. Στις περιπτώσεις που υπήρχαν μαθηθακοί ιστοί, ο συνδετικός ιστός παρουσίαζε έντονη φλεγμονώδη διήθηση από κύτταρα χρόνιας φλεγμονής και πολλαπλά μικρά αιμοφόρα αγγεία. Το επιθήλιο σε ορισμένες περιπτώσεις εμφάνιζε υπερπλασία με έντονες επιθηλιακές καταδύσεις, ενώ σε κάποιες άηλιες ήταν λεπτό και ατροφικό.

**Συμπέρασμα:** Τα παρόντα ευρήματα σχολιάζονται σε σχέση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

## 44

## ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΩΑ, ΩΣ ΜΟΝΑΔΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΣΗΜΕΙΟ ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗΣ ΑΠΟ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Πούλιας Ε.\*, Τόσιος Κ., Μελακόπουλος Ι.

Τα διφωσφονικά τυγχάνουν ευρείας χρήσης, κυρίως από ασθενείς που πάσχουν από οστεοπόρωση και οστεοπενία. Παράλληλα, χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με νόσο Paget, νωσινόφιλο κοκκίωμα, πολλαπλούν μυέλωμα, καθώς και σε περιπτώσεις νεοπλασμάτων με οστικές μεταστάσεις. Η δράση τους οφείλεται στην αναστολή της δράσης των οστεοκλαστών και κατά συνέπεια στη μείωση της οστικής απορρόφησης και στον έλεγχο της οστικής αναδιαμόρφωσης. Η χορήγησή τους μπορεί να γίνει είτε ενδοφλεβίως είτε per

os, ανάλογα με την περίπτωση. Σύμφωνα με την ADA, από το 2003 άρχισαν να εμφανίζονται επιπλοκές και συγκεκριμένα οστεονέκρωση των γνάθων σε ασθενείς που λάμβαναν διφωσφονικά και είχαν υποβληθεί σε εξαγωγές δοντιών. Τραυματικοί παράγοντες στη στοματική κοιλότητα ενοχοποιούνται επίσης για την εμφάνιση νέκρωσης στις γνάθους. Τα κλινικά χαρακτηριστικά οστεονέκρωσης περιλαμβάνουν πόνο, οίδημα, ελκώσεις μαλακών μορίων, οστεομυελίτιδα - οστικά απολύματα καθώς και οστική απογύμνωση. Σκοπός

της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση περίπτωσης, όπου ένα συρίγγιο στην υπερώα αποτέλεσε μοναδικό κλινικό σημείο και ένδειξη στην πιθανή διάγνωση οστεονέκρωσης από διφωσφονικά. Γυναίκα, ηλικίας 46 ετών, προσήλθε με πόνο στην οπίσθια περιοχή της άνω γνάθου. Η ασθενής λάμβανε ζολενδρονικό οξύ για την αντιμετώπιση οστικών μεταστάσεων από καρκίνο του μαστού για 2,5 έτη. Κατά τη διενέργεια της κλινικής εξέτασης παρατηρήθηκε λύση της συνέχειας του βλεν-

νογόνου στην υπερώα, αντίστοιχα του δεύτερου γομφίου, ο οποίος έλειπε. Η ασθενής ανέφερε ότι ένιωθε εκροή κάκωσμου υγρού. Η πανοραμική ακτινογραφία δεν έδειξε κάποιο αξιόλογο εύρημα στην αντίστοιχη περιοχή. Λόγω του ιστορικού της ασθενούς, μετά από χορήγηση αντιμικροβιακών φαρμάκων ελήφθησαν ιστοτεμάχια από μαλακούς και σκληρούς ιστούς για βιοψία, που έδειξαν την ύπαρξη νεκρού οστού και φλεγμονής στα μαλακά μόρια.

## 45

## ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ ΚΑΙ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ.

Σοηδάτος Ν.\*, Μεηακόπουλος Ι., Χούπης Κ., Πατρικίου Α.

Τα τελευταία χρόνια η χρήση των εμφυτευμάτων ολοένα αυξάνεται στην καθ' ημέρα οδοντιατρική πράξη. Πολλοί από τους υποψήφιους για τοποθέτηση εμφυτευμάτων ασθενείς λαμβάνουν διφωσφονικά φάρμακα για την αντιμετώπιση νοσημάτων, όπως το πολήλαπλούν μυέλωμα, η οστεοπόρωση κ.ά. Διφωσφονικά λαμβάνουν δύο κατηγορίες ασθενών: Η πρώτη είναι ασθενείς με κακοήθη νόσο, όπως πολήλαπλούν μυέλωμα, οστικές μεταστάσεις συμπαγών όγκων κ.ά. Σε αυτούς η χορήγηση γίνεται ενδοφλέβια και η τοποθέτηση εμφυτευμάτων είναι απαγορευτική. Σε περίπτωση που ήδη έχουν εμφυτευματικές αποκαταστάσεις, πρέπει να τηρούνται όσο το δυνατόν αυστηρότερα πρωτόκολλα στοματικής υγιεινής και εάν παρατηρηθεί ροίμωξη συνιστάται μακρόχρονη χρήση αντιμικροβιακών φαρμάκων. Η δεύτερη κατηγορία αφορά σε ασθενείς με οστεοπόρωση, στους οποίους η χορήγηση γίνεται από το στόμα μία φορά την εβδομάδα. Σε αυτούς τους ασθενείς σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών ισχύουν οι παρακάτω οδηγίες: Εφόσον η λήψη είναι μικρότερη των τριών χρόνων, μπορεί ο οδοντίατρος να προβεί σε οποιαδήποτε θεραπεία. Ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου αυξάνει εφόσον η θεραπεία περάσει το χρονικό αυτό διάστημα, ή εάν συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες, όπως π.χ. η λήψη κορτικοστεροειδών. Σε αυτή την περίπτωση, καλό είναι να γίνει τρίμηνη διακοπή πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση στο στόμα, εφόσον το επιτρέπει η γε-

νική κατάσταση της υγείας του ασθενούς, και να συνεχιστεί τρεις μήνες μετεγχειρητικά, ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος οστεονέκρωσης των γνάθων. Η διακοπή συνιστάται ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που πρόκειται να τοποθετηθούν εμφυτεύματα, έστω και εάν ο ασθενής δεν παίρνει κορτικοστεροειδή. Στην τελευταία αυτή περίπτωση η διακοπή πρέπει να διατηρηθεί και τρεις μήνες μετεγχειρητικά, μέχρι να γίνει η οστεοενσωμάτωση. Υπάρχουν όμως και αντίθετες απόψεις, που ισχυρίζονται ότι η τοποθέτηση μπορεί να γίνει χωρίς διακοπή του φαρμάκου. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση τριών περιπτώσεων γυναικών ασθενών υπό θεραπεία με διφωσφονικά με οστεοπόρωση, στις οποίες τοποθετήθηκαν εμφυτεύματα. Από αυτές, στην πρώτη έγινε διακοπή τρεις μήνες πριν και στη συνέχεια τέσσερις μήνες μετά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος μέχρι την οστεοενσωμάτωση. Η δεύτερη ασθενής είχε χρόνο λήψης μικρότερο των τριών ετών, ενώ η τρίτη δεν ανέφερε στο ιστορικό της τη λήψη του φαρμάκου από επταετίας και έγινε η τοποθέτηση χωρίς διακοπή του. Παρά το γεγονός ότι και οι τρεις περιπτώσεις έχουν ικανοποιητικό αποτέλεσμα και τα εμφυτεύματα βρίσκονται στη θέση τους, κατά τη λήψη ιστορικού πρέπει να γίνεται ειδική ερώτηση για φάρμακα για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης, και διακοπή τους σύμφωνα με το πρωτόκολλο της Αμερικανικής Εταιρείας Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών, πάντοτε κατόπιν συνεννόησης με το θεράποντα ιατρό.

46

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΟΣΤΕΟΑΚΤΙΝΟΝΕΚΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΑΓΩΓΗ ΔΟΝΤΙΟΥ.

Κοφινιδάκης Δ.\*, Κανούτος Δ., Ρωμάνος Γ., Κονσοῦλακη Ε., Γκανασούλη Δ., Χατζημανώλης Π.  
 Από την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Η αντιμετώπιση των κακοήθων νεοπλασμάτων της περιοχής κεφαλής και τραχήλου με το συνδυασμό χειρουργικής θεραπείας, ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας, έχει αυξήσει σημαντικά σήμερα την επιβίωση των ασθενών. Όμως υπάρχουν περιπτώσεις που μπορεί μετά την ακτινοθεραπεία να χρειασθεί να γίνει εξαγωγή δοντιού στον ασθενή και να εμφανισθεί οστεοακτινόνεκρωση στη γνάθο, με σοβαρά και πολλαπλές φορές δυσεπίλυτα προβλήματα από την επιπλοκή αυτή. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιαστούν δύο περιπτώσεις ασθενών που προσήλθαν με εκτεταμένη οστεονέκρωση της κάτω γνάθου μετά από εξαγωγή. Η πρώτη περίπτωση αφορά σε άνδρα ηλικίας 50 ετών, ο οποίος πριν από τρία χρόνια υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία για εκτεταμένο καρκίνωμα ρινοφάρυγγα και για δύο χρόνια σε ενδοφλέβια χορήγηση σκευάσματος διφωσφονικών. Ο ασθενής στη συνέχεια υπεβλήθη σε εξαγωγή γομφίου της κάτω γνάθου δεξιά από οδοντίατρο, που είχε ως συνέπεια την εμφάνιση οστεονέκρωσης που προοδευτικά οδήγησε σε εκτεταμένη καταστροφή και παθολογικό κάταγμα της γνά-

θου, με μεγάλο εξωστοματικό συρίγγιο. Η δεύτερη περίπτωση αφορά σε άνδρα ηλικίας 49 ετών με καρκίνωμα ρινοφάρυγγα, που υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία προ διετίας, και μετά από εξαγωγή υπολειμμάτων ριζών του 37 από οδοντίατρο εμφάνισε στην αρχή μικρή οστεονεκρωτική βλάβη, η οποία στη συνέχεια επεκτάθηκε σε μεγαλύτερη έκταση με σημαντική νέκρωση του δέρματος της παρειάς. Ο ασθενής υπεβλήθη σε ανεπαρκή χειρουργικό καθαρισμό σε άλλο νοσοκομείο της χώρας και επανήλθε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου με διάσπαση του τραύματος. Και στους δύο ασθενείς η αντιμετώπιση αφορούσε σε τμηματική γναθεκτομή της κάτω γνάθου σε υγιή όρια και αποκατάσταση της περιοχής με τοπικούς και περιοχικούς κρημούς με πολύ καλά αποτελέσματα. Το συμπέρασμα που προκύπτει από την παρουσίαση των περιστατικών αυτών, είναι ότι ο οδοντίατρος θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στο χειρισμό ασθενών που έχουν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία στην περιοχή της κεφαλής και τραχήλου, για την αποφυγή παρόμοιων επιπλοκών.

47

## ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟ, Η ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΕΝΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.

Παπασωτηρίου Α.

Τα οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα αποτελούν αναμφισβήτητα ένα σημαντικό συμπλήρωμα της σύγχρονης οδοντιατρικής και δίνουν δυνατότητες, που μέχρι πριν μερικές δεκαετίες ήταν αδιανόητες. Τα πρώτα χρόνια της κλινικής εφαρμογής των εμφυτευμάτων, μοναδικός στόχος ήταν η επίτευξη της οστεοενσωμάτωσης και η αποκατάσταση της λειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος. Αρχικά χρησιμοποιήθηκαν σε περιπτώσεις ολικής νωδότητας της κάτω γνάθου με τις κλασικές υβριδικές αποκαταστάσεις. Γρήγορα όμως, επεκτάθηκε το φάσμα εφαρμογής τους και στην άνω γνάθο, και στις οπίσθιες περιοχές, ενώ έγινε εφικτή η αποκατάσταση σε περιπτώσεις μερικής νωδότητας, αλλήλ και σε περι-

πτώσεις απώλειας μεμονωμένων δοντιών. Στις περιπτώσεις όπου τόσο το μέγεθος όσο και η ποιότητα της γνάθου είναι επαρκής, μία εμφύτευση είναι μία σχετικά απλή διαδικασία. Σε ένα μεγάλο ποσοστό περιπτώσεων όμως, οι συνθήκες δεν είναι ιδανικές, ενώ πολλές φορές η υπολειπόμενη γνάθος κάνει μία εμφύτευση απαγορευτική. Η πιο συνηθισμένη τεχνική που εφαρμόζεται με σκοπό την αναγέννηση οστού και τη δημιουργία μίας ακρολοφίας ικανής να δεχθεί ένα εμφύτευμα, είναι η ανύψωση του ιγμορείου. Το μειονέκτημα της τεχνικής αυτής, για να υπάρχουν πιο προβλεψίμα αποτελέσματα, είναι η λήψη αυτογενούς μοσχεύματος, το οποίο μπορεί να ληφθεί από διάφορες περιοχές του στόματος και με διάφορες τεχνικές.

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικά άλματα προόδου στον τομέα της χειρουργικής των εμφυτευμάτων και έχουν αναπτυχθεί τεχνικές με τις οποίες μπορεί να γίνει μία εμφύτευση σε μία εθιμιακή άνω γνάθο, αποφεύγοντας την τεχνική της ανύψωσης του ιγμορείου. Στόχος της κλινικής παρουσίας θα είναι η ανάπτυξη διαφόρων

τεχνικών της σύγχρονης εμφυτευματολογίας για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων στην εθιμιακή άνω γνάθο, η αναφορά των ενδείξεων και αντενδείξεων της κάθε μίας, καθώς και η παρουσίαση της διεθνούς κλινικής εμπειρίας και αποτελεσμάτων, όπως αυτά τεκμηριώνονται από τη διεθνή βιβλιογραφία.

48

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΠΙΣΘΙΑΣ ΝΩΔΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟ.

Μετσακίου Ι., Δατσέρης Γ.\*, Αναστασιάδης Π.

Από το Γναθοχειρουργικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν».

Οι οπίσθιες νωδότητες της άνω γνάθου κάνουν δύσκολη την αποκατάσταση με οδοντικά εμφυτεύματα όταν δεν υπάρχει επαρκές οστό για την τοποθέτησή τους. Ιδιαίτερα δύσκολες είναι οι περιπτώσεις που το ύψος του οστού είναι μικρότερο από τα 6 χιλιοστά και δεν είναι δυνατή η τοποθέτηση εμφυτευμάτων μικρού ύψους και μεγάλης διαμέτρου. Οι λύσεις που προτείνονται τότε, είναι η ανύψωση του ιγμορείου με παράλληλη χρήση μοσχευμάτων, η χρήση εμφυτευμάτων πτερυγοειδούς και η χρήση εμφυτευμάτων ζυγωματικού. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση των ενδείξεων και των προβλημάτων της κάθε μεθόδου, καθώς και η παρουσίαση περιπτώσεων ατροφικής άνω γνάθου που αντιμετωπίστηκαν με εμφυτεύματα. Σαν εμφυτεύματα πτερυγοειδούς απόφυσης εννοούνται τα εμφυτεύματα που τοποθετούνται στο οπίσθιο άκρο της άνω γνάθου στην περιοχή του γναθιαίου κυρτώ-

ματος και επεκτείνονται προς την πτερυγοειδή απόφυση του σφηνοειδούς οστού, στο σημείο που η οπίσθια επιφάνεια της άνω γνάθου βρίσκεται σε επαφή με την πτερυγοειδή απόφυση σχηματίζοντας την πτερυγοειδή συνένωση. Το πλεονέκτημά τους είναι ότι δεν απαιτούν τοποθέτηση μοσχεύματος, είναι κοινά εμφυτεύματα μήκους 14 έως 18 χιλιοστών, αλλά έχουν δυσκολία στην τοποθέτησή τους και απαιτούν ιδιαίτερο τρόπο προσθετικής αποκατάστασης. Τα εμφυτεύματα του ζυγωματικού περιγράφηκαν για να δώσουν λύσεις σε περιπτώσεις νωδότητας στις οπίσθιες περιοχές της άνω γνάθου και δια μέσου της κοιλότητας του ιγμορείου στηρίζονται στο ζυγωματικό οστό. Η τοποθέτησή τους είναι εξαιρετικά δύσκολη και η χειρουργική διαδικασία μεγαλύτερη από τις άλλες μεθόδους, ενώ και τα διαβληνογόνια στηρίγματα είναι σε υπέρωια θέση. Η μέθοδος αυτή συνήθως αποφεύγεται και έχει ελάχιστες ενδείξεις.

49

## Η ΖΙΡΚΟΝΙΑ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ: ΜΥΘΟΣ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.

Τασσόπουλος Δ.\*, Πελεκάνος Σ., Κουτάγιας Σ.

Καθώς η αισθητική απόδοση αποτελεί αναπόσπαστη επιδίωξη της σύγχρονης επανορθωτικής οδοντιατρικής, νέα υλικά συστήνονται για κλινική χρήση με ένα ιδιαίτερα αυξανόμενο ρυθμό, που συχνά προσπερνάει την ερευνητική τεκμηρίωσή του. Το διοξείδιο του ζirkονίου ( $ZrO_2$ ), γνωστό ως ζirkονία, έχει γίνει αποδεκτό ως βιοϋλικό, λόγω της άριστης βιοσυμβατότητάς του και για αυτόν το λόγο αυτό χρησιμοποιείται επί δεκαετίες στο χώρο της ορθοπεδικής χειρουργικής. Μετά από ενί-

σχυση της ζirkονίας με 2-3% mol οξειδίου του υτρίου ( $Y_2O_3$ ), η παραγόμενη μετασταθερή τετραγωνική κρυσταλλική δομή της (Y-PSZ ή Y-TZP) αποτελεί ένα ιδιαίτερα εθικυστικό βιοϋλικό για οδοντιατρική χρήση. Οι εξαιρετικές μηχανικές ιδιότητες της ενισχυμένης ζirkονίας, όπως η πολύ υψηλή δυσθραυστότητα και αντοχή στην κάμψη, καθιστούν το υλικό αυτό ικανό να αντεπεξέλθει στις συνθήκες θερμο-χημικής φόρτισης που επικρατούν στη στοματική κοιλότητα. Επιπρόσθετα, σε

σχέση με τα κράματα μεταλλικών σκελετών, η λευκή απόχρωση του υλικού (δύναται να λάβει και οδοντικές αποχρώσεις) διευκολύνει την καλύτερη χρωματική αναπαραγωγή των υπερδομούμενων κεραμικών μαζών. Σήμερα, η οδοντιατρική βιομηχανία συγκλίνει σε μία σειρά τεχνολογικά εξελιγμένων συστημάτων με ηλεκτρονικά υποβοηθούμενο σχεδιασμό (CAD) για τη μηχανική καταργασία και κατασκευή αποκαταστάσεων ή σκελετών ζιρκονίας (CAM). Στην προσθετική, το συγκεκριμένο υλικό μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην κατασκευή μεμονωμένων στεφανών και μικρών γεφυρών ολι-

κής επικάλυψης προσθίων (έως και 6 τεμαχίων) και οπισθίων δοντιών (έως και 4 τεμαχίων), γεφυρών μερικής επικάλυψης προσθίων (τύπου Maryland) και οπισθίων δοντιών (inlay bridge), κεραμικών αξόνων ή και ψευδοκοιλοβωμάτων, κεραμικών όψεων, πρωτευόντων τηλεσκοπικών στεφανών, εμφυτευμάτων και διαβηεννογονίων στηριγμάτων. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει συνοπτικά τις κλινικές εφαρμογές του διοξειδίου του ζιρκονίου στην προσθετική και να συζητήσει την πρόγνωση των αποκαταστάσεων αυτών με βάση τα ερευνητικά δεδομένα.

50

## ΔΙΑΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΑ ΣΤΗΡΙΓΜΑΤΑ ΑΠΟ ΖΙΡΚΟΝΙΑ.

Καραγιάννη Ι.\*, Σοηδάτος Ν., Κοντακιώτης Γ., Μητσιάς Μ.

Στην εποχή μας, όπου οι αισθητικές απαιτήσεις ολοένα και αυξάνουν, η αποκατάσταση εμφυτευμάτων στην ευαίσθητη άνω πρόσθια ζώνη, αποτελεί μία πρόκληση για το σύγχρονο κλινικό οδοντίατρο. Το φαινόμενο εντείνεται, όταν ο ασθενής ανήκει στην ομάδα υψηλής γραμμής γέλιωτος και λεπτού βιότυπου ούλων. Στους τελευταίους είναι συνήθης η εικόνα του γκρι-μπλε φιλέτου από το μεταλλικό διαβηεννογόνο εμφυτευματικό στήριγμα, που αυτομάτως καταδικάζει την αποκατάσταση σε αισθητική αποτυχία. Η ζιρκονία πρωτοχρησιμοποιήθηκε το 1989 για ενδορριζικούς άξονες, το 1995 ως διαβηεννογόνο εμφυτευματικό

στήριγμα, το 1998 για ακίνητες αποκαταστάσεις και, πλέον, σε εμφυτεύματα. Εκτός από μεγάλη αντοχή στη θραύση, έχει και υψηλή βιοσυμβατότητα με τους σκληρούς ιστούς και με τους μαλακούς ιστούς, στοιχεία που την καθιστούν υλικό εκλογής σε αποκαταστάσεις που η αισθητική έχει προτεραιότητα. Ένα σημαντικό στοιχείο που πρέπει να λαμβάνει υπόψη ο κλινικός οδοντίατρος, είναι το προφίλ ανάπτυξης της αποκατάστασης. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των πλεονεκτημάτων, των μειονεκτημάτων, καθώς και η κλινική εφαρμογή των κεραμικών διαβηεννογονίων στηριγμάτων από οξείδιο του ζιρκονίου.

51

## ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΖΙΡΚΟΝΙΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.

Νικοπούλου Β., Σοηδάτος Ν.\*, Λαμπρόπουλος Π., Μελακόπουλος Ι.

Στην εποχή μας, όπου οι αισθητικές απαιτήσεις των ασθενών ολοένα και αυξάνουν, η αποκατάσταση εμφυτευμάτων στην αισθητική ζώνη, αποτελεί μία πρόκληση για τον σύγχρονο κλινικό οδοντίατρο. Το υλικό εκλογής για την κατασκευή των εμφυτευμάτων τα τελευταία 30 χρόνια είναι το τιτάνιο. Η υψηλή βιοσυμβατότητά του είναι εκείνη που του προσδίδει τα υψηλά ποσοστά επιτυχίας του. Σε περιπτώσεις όπου υπάρχει συνδυασμός λεπτού βιότυπου ούλων και υψηλής γραμμής χαμόγελου, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος αισθητικής αποτυχίας της αποκατάστασης, λόγω του «γκριζαρί-

σματος» του τιτανίου. Επιπλέον, σε περιπτώσεις όπου υπάρχει συρρίκνωση ή υποχώρηση των μαλακών ιστών, η αποκάλυψη του κοιλάρου του εμφυτεύματος στη στοματική κοιλότητα είναι αναπόφευκτη αισθητική αποτυχία. Έχουν παρατηρηθεί υψηλές συγκεντρώσεις τιτανίου στο οστό, δίπλα σε περιοχές που είχαν τοποθετηθεί εμφυτεύματα από αυτό το υλικό, παρόλο που έχει υψηλή αντοχή στη διάβρωση. Μία εναλλακτική λύση, που αντιρροπεί τα μειονεκτήματα του τιτανίου, είναι η κατασκευή εμφυτευμάτων εξ' ολοκλήρου από ζιρκόνιο. Το ζιρκόνιο έχει πολύ υψηλή βιοσυμ-



βατότητα, το χρώμα του παρομοιάζει με αυτό των φυσικών δοντιών, έχει υψηλή αντοχή στη θραύση και καλή σκληρότητα. Το ζirkόνιο, έχει διαπιστωθεί από αρκετές έρευνες σε ζώα αηλιά και σε ασθενείς, ότι οστεοενσωματώνεται όπως και το τιτάνιο. Επιπλέον, προκαλεί πρόσφυση των μαλακών ιστών πάνω στην επιφάνειά του. Οι μελέτες στερούνται

μεταναυτιτικών δεδομένων και ακόμα δεν ξεπερνούν τα 5 χρόνια σε ασθενείς. Ο σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των εμφυτευμάτων ζirkονίου, των περιορισμών στις εφαρμογές τους, οι διαφορές τους με αυτά του τιτανίου, μέσα από την ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και τη μελέτη μίας κλινικής περίπτωσης.

52

## ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΟΔΟΝΤΟΦΟΡΟΣ ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ ΜΕ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΣΤΟ ΙΓΜΟΡΕΙΟ ΑΝΤΡΟ ΚΑΙ ΤΗ ΡΙΝΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Ζερβάκη Σ.\*, Γκανασούλη Δ., Ρωμάνος Γ., Κανούτος Δ., Κονσοῦλη Ε., Χατζημανώλης Π.

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

Οι κύστει των γνάθων αποτελούν καθιόθεις παθολογικές εξεργασίες των γνάθων και η ανάπτυξή τους σε ιδιαίτερα μεγάλο μέγεθος προκαλεί εκτεταμένες καταστροφές με προσβολή γειτονικών ανατομικών χώρων. Οι οδοντογενούς προελεύσεως κυστικές εξεργασίες αποτελούν το 90% όλων των κύστεων των γνάθων, με τις οδοντοφόρες κύστει να απαντώνται σε άτομα ηλικίας 10 έως 40 ετών, ενώ είναι οι συχνότερα απαντώμενες σε παιδιά κάτω των 10 ετών. Παραμένουν πολλές φορές ασυμπτωματικές, μέχρις ότου αποκτήσουν μεγάλο μέγεθος, παρεκτοπίζοντας τα φλοιώδη πέταλα των γνάθων, δημιουργώντας ασυμμετρία ή ριζομύκη από επιμόλυνση της περιοχής, οπότε αναγκάζεται ο ασθενής να επισκεφθεί τον οδοντίατρο. Ακτινογραφικά εμφανίζονται ως μονόχωρη σαφώς περιγεγραμμένη διαύγηση, που περιβάλλει τη μύλη του υπεύθυνου δοντιού, το οποίο παρεκτοπίζει σε απομακρυσμένες από τη συνήθη του θέση. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιαστεί μία ασυνήθιστα εκτεταμένη οδοντοφόρος κύστη στην άνω γνάθο σε νεαρή ασθενή, ηλικίας 19 ετών. Η βλάβη ήταν ασυμπτωματική μέχρι τη στιγμή που η ανάπτυξή της άρχισε να δημιουργεί διόγκωση στη δεξιά ζυγω-

ματική περιοχή. Η ανακάλυψή της έγινε από τον οδοντίατρο της, μετά από πανοραμική ακτινογραφία, αν και η ασθενής υποβάλλεται τα τελευταία τέσσερα χρόνια σε ορθοδοντική θεραπεία. Μετά την παραπομπή της ασθενούς και έλεγχο με αξονική τομογραφία, διαπιστώθηκε ότι η κύστη καταλαμβάνει το σύστοιχο ιγμόρειο άντρο, τη ρινική κοιλότητα δεξιά, έχει παρεκτοπίσει το υπεύθυνο δόντι (18), ενώ έχει αρχίσει να παρεκτοπίζει και το κάτω τοίχωμα του οφθαλμικού κόγχου. Η θεραπευτική αντιμετώπιση που ακολουθήθηκε περιελάμβανε σε πρώτη φάση την ενδοδοντική θεραπεία των δοντιών με τα οποία ερχόταν σε στενή σχέση, και σε δεύτερη, υπό γενική αναισθησία χειρουργική επέμβαση, για εκπυρήνιση του κυστικού σάκου και ακρορριζεκτομή των θεραπευμένων δοντιών. Τέλος, με την ανακοίνωση αυτή της περίπτωσης, πρέπει να τονιστεί η αναγκαιότητα και χρησιμότητα της πανοραμικής ακτινογραφίας σε κάθε θεραπευτική παρέμβαση από τον οδοντίατρο, και μάλιστα μετά την ολοκλήρωση σε νεαρά άτομα ορθοδοντικής θεραπείας, κάτι που δεν είχε γίνει στην ασθενή της περίπτωσης αυτής, με αποτέλεσμα να μην έχει διαγνωστεί έγκαιρα η ανάπτυξη της κυστικής αυτής εξεργασίας.

53

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΩΝ ΚΕΡΑΤΙΝΟΚΥΣΤΕΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ.

Ζώταλης Ν., Ζανάκης Σ.\*, Πολλάτου Α., Ιωαννίδου Φ., Κοκκοῦλη Ι., Μαρουδιάς Ν.

**Εισαγωγή:** Η οδοντογενής κερατινοκύστη περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Philipsen το 1956 ως μία ειδική ομάδα φλεγμονώδους οδοντογενούς κύστης που προέρχεται από αρχέγονο επιθήλιο και έχει την τάση να υποτροπιάζει. Έκτο-

τε η βλάβη αποτελεί το αντικείμενο πολλών μελετών.

**Σκοπός** της εργασίας αυτής ήταν η παρουσίαση της αντιμετώπισης οδοντογενών κερατινοκυστεων της κάτω γνάθου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Το υλικό επετέλεσαν 60 οδοντογενείς κύστεις που αντιμετωπίστηκαν στο Τμήμα Στοματογναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Ω.Ρ.Λ. Τμήματος του Κωνσταντοπούλκειου Γενικού Νοσοκομείου «Αγία Όλγα» τα τελευταία έξη χρόνια. Από αυτές τις κύστεις οι πέντε ήταν οδοντογενείς κερατινοκύστεις. Οι μέθοδοι που εφαρμόστηκαν για την αντιμετώπισή τους ποικίλλαν, από την απλή εκκυρήνιση με οστική απόξεση, έως και την οστεοτομή με επανορθωτική οστεοσύνθεση.

**Αποτελέσματα - Συμπεράσματα:** Το πρωτόκολλο παρακολούθησης της μετεγχειρητικής πορείας των οδοντογενών κερατινοκύστεων ήταν εξίσου αυστηρό με το πρωτόκολλο παρακολούθησης κακοήθων νεοπλασμάτων, λόγω της μεγάλης συχνότητας υποτροπών τους. Κατά το εξάχρονο follow-up, τα αποτελέσματα της χειρουργικής αντιμετώπισης κρίνονται ικανοποιητικά, χωρίς υποτροπή οποιασδήποτε από τις βλάβες.

54

## ΓΑΛΒΑΝΟΚΕΡΑΜΙΚΗ: Η ΤΕΧΝΗ ΤΟΥ ΧΡΥΣΟΥ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ.

Τασσόπουλος Δ.\*, Παΐζη Δ., Γούσιας Η., Πελεκάνος Σ.

Η γαλβανική τεχνολογία έχει αποδείξει την κλινική της επιτυχία και μπορεί να προταθεί ως λειτουργική και αισθητική εναλλακτική στις συμβατικές προσθετικές αποκαταστάσεις. Συστήνεται για την κατασκευή εξατομικευμένων γαλβανοκεραμικών στεφανών στην αισθητική ζώνη, ενθέτων, επενθέτων, γεφυρών έως τρία τεμάχια, επενθέτων τηλεσκοπικών οδοντοστοιχιών, ενώ είναι κατάλληλη και για επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις. Η τεχνική συνδυάζει τις αισθητικές ιδιότητες του κεραμικού με την αντοχή, την

οριακή εφαρμογή και ακρίβεια των μεταλλοκεραμικών αποκαταστάσεων. Ο σκελετός κατασκευάζεται από 99,9% καθαρό χρυσό και έχει ένα ελάχιστο πάχος 0,2 χιλιοστά. Το βασικό ερώτημα της γαλβανικής τεχνολογίας αφορά στις χημικές ιδιότητες και την αντοχή του δεσμού χρυσού - πορσελάνης. Στην παρουσίαση αναλύονται οι κλινικές εφαρμογές της γαλβανοκεραμικής, οι περιορισμοί, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της τεχνικής, μέσα από συγκεκριμένες κλινικές περιπτώσεις.

55

## ΤΑ ΤΕΧΝΗΤΑ ΤΟΙΧΩΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΑΠΟΔΟΣΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΟΜΟΡΗ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ ΑΜΕΣΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΕ ΟΠΙΣΘΙΑ ΔΟΝΤΙΑ.

Πάτρας Μ.\*, Σοηδάτος Ν.

Η αποκατάσταση της όμορης επιφάνειας στις ομορομαστικές κοιλιότητες της ομάδας των οπισθίων δοντιών, αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα για τον κλινικό οδοντίατρο. Από τη διάγνωση της τερηδονικής προσβολής στην όμορη επιφάνεια, έως την παρέμβαση και την αποκατάσταση της φυσιολογικής οριακής ακρολιφίας και μίας επιφάνειας επαφής με το παρακείμενο δόντι, καλείται να αντιμετωπίσει πολλαπλές προκλήσεις και προβληματισμούς. Η προσπάθεια διόρθωσης της ανατομικότητας ή η αφαίρεση των περισσειών, μπορεί να γίνει μόνο μετά από τον πολλαμερισμό του εμφρακτικού υλικού και δεν είναι άμοιρη προβλημάτων, λόγω δυσκολίας πρόσβασης στην περιοχή. Η σωστή διαμόρφωση της περιοχής αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη

διαφύλαξη της υγείας των οδοντικών και των περιοδοντικών ιστών και καθορίζει εν πολλοίς την επιτυχία της αποκατάστασης. Απαραίτητα εφόδια σε τέτοιου είδους αποκαταστάσεις, είναι τα τεχνητά τοιχώματα. Τα τελευταία ενισχύουν εργονομικά και αποτελεσματικά την προσπάθεια του επεμβαίνοντα να αποκαταστήσει ομορομαστικές κοιλιότητες και οδηγούν στην επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος, αυτού της ανατομικής της όμορης επιφάνειας, που παρουσιάζει ταυτόχρονα σφικτή επαφή με το παρακείμενο δόντι. Παράλληλος στόχος είναι η όσο το δυνατόν ελαχιστοποίηση της ύπαρξης περισσειών στην περιοχή. Με αυτό τον τρόπο η οριστική αποκατάσταση θα προσομοιάζει με την αρχική μορφολογία του δοντιού. Μέσα από τον τεράστιο αριθμό των τεχνητών

τοιχωμάτων που κυκλοφορούν στο εμπόριο, ο κλινικός οδοντίατρος καλείται να επιλέξει το καταλληλότερο για την κάθε περίπτωση. Για το σκοπό αυτό παρουσιάζονται υλικά, εργαλεία και τεχνικές

που συστηματοποιούν και απλοποιούν τις κλινικές εφαρμογές, αποδίδοντας σωστό σχήμα, ανατομική διαμόρφωση και φυσιολογική επιφάνεια επαφής στην όμορη περιοχή.

## 56

## Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ.

Πάτρας Μ.\*, Σολδάτος Ν.

Η κατασκευή μεταβατικών αποκαταστάσεων αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στάδια κατά την εκτέλεση ενός σχεδίου θεραπείας που περιλαμβάνει προσθετική αποκατάσταση. Μία τέτοια κατασκευή, δεν περιορίζεται στην απλή προσωρινή κάλυψη ενός παρασκευασμένου δοντιού, αλλά ο ρόλος της είναι πολυπληθής, με κάθε σκέλος του να έχει ιδιαίτερη και ξεχωριστή σημασία. Συνιστώσες, όπως η προστασία των οδοντικών και των περιοδοντικών ιστών, αποτελούν σαφείς και απαραίτητες προτεραιότητες. Παράλληλα, συμβάλλει ενεργά στην αξιολόγηση αισθητικών και λειτουργικών παραμέτρων, αντικειμενικών και υποκειμενικών, τόσο από τον οδοντίατρο, όσο και από τον ασθενή, έτσι ώστε μέσα από τις απαραίτητες διορθώσεις να προσεγγίζεται το επιθυμητό αποτέλεσμα. Όποια και αν είναι η τεχνική που θα χρησιμοποιήσει ο κλινικός οδοντίατρος, η κατασκευή της μεταβατικής αποκατάστασης προϋποθέτει ανάρτηση των αρχικών εκμαγείων στον αρθρωτήρα και διαγνωστικό κέρωμα, όπου καθορίζονται αρχικά οι θέσεις, οι κλίσεις, το μέγεθος και η μορφολογία των δοντιών. Το κλινικό στάδιο που θα ακολουθήσει, πρέπει να αποδίδει

την όσο το δυνατόν λεπτομερειακή αναπαραγωγή του τελειοτάτου, με το λιγότερο κόπο και σε λογικό χρόνο. Η υγεία των περιοδοντικών ιστών απαιτεί κατασκευή που να επιτρέπει τη διατήρηση υψηλού επιπέδου στοματικής υγιεινής από τον ασθενή στις όμορες περιοχές, τα όρια των παρασκευών και τα γεφυρώματα. Αύξηση στην κάθετη διάσταση σύγκλησης, αλληλαγωγή του συγκλησιακού σχήματος, καθώς και η αισθητική, αξιολογούνται και επιβεβαιώνονται ή επανακαθορίζονται σε αυτό το στάδιο. Γενικά, όσο αυξάνει η πολυπλοκότητα ενός σχεδίου θεραπείας, τόσο η χρήση της μεταβατικής αποκατάστασης ως διαγνωστικού μέσου, κρίνεται πιο επιτακτική. Με παρόμοιο τρόπο, στην αποκατάσταση της πρόσθιας περιοχής, ο σχεδιασμός της επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό το τελικό αποτέλεσμα. Η βιολογικά αποδεκτή άσκηση της κλινικής οδοντιατρικής, απαιτεί την κατασκευή μεταβατικών αποκαταστάσεων που να προσομοιάζουν με την οριστική. Έτσι, στη συνέχεια, το οδοντοτεχνικό εργαστήριο μπορεί με ειδικές τεχνικές να αντιγράψει όλες τις πληροφορίες που του δίνονται και να τις μεταφέρει αυτούσιες στην τελική πρόσθεση.

## 57

## ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΝΩΔΟΤΗΤΑΣ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ ΜΕ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΑΚΙΝΗΤΗ ΕΠΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΗ ΜΕΤΑΛΛΟΚΕΡΑΜΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Κωνσταντουλάκης Ε.

Η χρήση ακίνητης επιεμφυτευματικής μεταλλοκεραμικής προσθετικής εργασίας για την αποκατάσταση ολικής νωδότητος, αποτελεί συχνά ιδιαίτερη προτίμηση ή ακόμη και επιτακτική απαίτηση ορισμένων ασθενών. Οι ιδιαίτερες απαιτήσεις και προδιαγραφές που πρέπει να πληρούν αυτού του είδους οι προσθετικές εργασίες χρή-

ζουν ιδιαίτερης προσοχής, που αφορά στο σχεδιασμό τους, στην παθητική έδραση, στην επιλογή των υλικών κατασκευής, στη ρύθμιση της σύγκλησης, καθώς και στην πρόβλεψη για πιθανές μελλοντικές τροποποιήσεις και προσαρμογές σε περίπτωση επιπλοκών. Σε περιπτώσεις έλλειψης μεγάλου όγκου μαλακών ιστών, η αποκατάστασή

τους με κεραμικό υλικό αποτελεί ριψοκίνδυνο εργαλείο με ιδιαίτερες κλινικές και εργαστηριακές απαιτήσεις και δυσκολίες. Παράλληλα, σε περίπτωση κατάγματος του κεραμικού υλικού θα πρέπει ολόκληρη η εργασία να αφαιρεθεί και να επισκευαστεί, κάτι που μπορεί να αποβεί καταστροφικό για την ίδια την αποκατάσταση, ιδιαίτερα μετά από επανειλημμένες οπτήσεις. Η παρούσα εργασία αποτελεί αναφορά σε περίπτωση ολικής νωδότητας, που αντιμετωπίστηκε με τοποθέτηση έξι εμφυτευμάτων στην κάτω γνάθο και ακίνητη συγκολληόμενη μεταλλοκεραμική εργασία επί προκατασκευασμένων κολλοβωμάτων τιτανίου. Στην άνω γνάθο τοποθετήθηκαν οκτώ εμφυτεύματα και χρησιμοποιήθηκε ένας συνδυασμός εξατομικευμένων και προκατασκευασμένων κολλοβωμάτων τα οποία υποδέχθηκαν μία συγκολληού-

μενη επιεμφυτευματική αποκατάσταση. Ο σχεδιασμός της προσθετικής εργασίας έγινε έτσι ώστε να υποδεχθεί «ούλη» από ακρυλικό και εξατομικευμένες μεταλλοκεραμικές στεφάνες, οι οποίες συγκολληήθηκαν εξωστοματικά, ενώ ολόκληρη η εργασία συγκολληήθηκε με προσωρινή κονία επί των κολλοβωμάτων. Ο σχεδιασμός αυτός απέτρεψε τον κίνδυνο στρέβλωσης του ογκώδους μεταλλικού σκελετού από επανειλημμένες οπτήσεις μεγάλου όγκου κεραμικού υλικού. Παράλληλα, παρέχει τη δυνατότητα αντιμετώπισης επιπλοκών (όπως π.χ. κάταγμα πορσελάνης) με ευκολία και χωρίς να διακυβεύεται η ακεραιότητα ή η αντοχή ολόκληρης της εργασίας, καθώς το κάθε δόντι μπορεί να επισκευαστεί ή ακόμη και να αντικατασταθεί μεμονωμένα, χωρίς να επηρεαστεί η υπόλοιπη κατασκευή.

58

## ΤΑ ΚΕΚΛΙΜΕΝΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΑΜΕΣΗ ΦΟΡΤΙΣΗ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Ζαμπέλης Α., Nobre M., Malo P.

Από τη Σχολή Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών του Εθνικού Μετσοβείου Πολυτεχνείου Αθηνών και την Clínica Malo, Lisbon, Portugal.

**Εισαγωγή:** Στην κλινική πράξη υπάρχουν περιστατικά, όπου λόγω ανατομίας (κάτω φατνιακό νεύρο, ιγμόρειο άντρο) δεν είναι δυνατή η τοποθέτηση εμφυτευμάτων με συμβατικό τρόπο. Η χρήση των κεκλιμένων εμφυτευμάτων κερδίζει συνεχώς αναγνώριση, ως μία αξιόπιστη εναλλακτική λύση. Σε περιπτώσεις δε ολικής νωδότητας, υπάρχουν θεραπευτικά πρωτόκολλα που επιτρέπουν την αποκατάσταση του φραγμού με τέσσερα εμφυτεύματα, εκ των οποίων τα δύο άνω εμφυτεύματα με κλίση, ελαχιστοποιώντας την ανάγκη για χρήση προβόλων. Παράλληλα, αυξάνονται οι βιβλιογραφικές αναφορές στην άμεση φόρτιση των εμφυτευμάτων και τα πλεονεκτήματά της.

**Σκοπός** της εργασίας είναι να γίνει παρουσίαση της βιβλιογραφίας και της μεθόδου πίσω από τα κεκλιμένα εμφυτεύματα και την άμεση φόρτι-

ση, καθώς και αναφορά μίας περίπτωσης με αποκατάσταση άμεσης φόρτισης και κεκλιμένα εμφυτεύματα.

**Υλικό και μέθοδος:** Η βιβλιογραφική ανασκόπηση στηρίχθηκε αποκλειστικά σε δημοσιευμένες εργασίες σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά και καλύπτει την επιτυχία και μακροχρόνια προβλεψιμότητα της μεθόδου. Δόθηκε έμφαση στην παρουσίαση βασικής έρευνας, καθώς και κλινικών μελετών που αφορούν τόσο στα κεκλιμένα εμφυτεύματα, όσο και στην άμεση φόρτιση. Η μέθοδος θα παρουσιαστεί μέσα από την αναφορά μίας περίπτωσης.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση κεκλιμένων εμφυτευμάτων, καθώς και η άμεση φόρτισή τους, είναι υπό ορισμένες προϋποθέσεις, απόλυτα προβλεψιμη και ασφαλής μέθοδος για την αποκατάσταση μερικής ή ολικής νωδότητας.

59

## ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΔΙΛΗΜΜΑ ΜΕ ΚΥΣΤΗ STAFNE ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ.

Τζαβάρας Β.\*, Δοντά Α., Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε.

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

Η κύστη Stafne, ή ιδιοπαθής οστική κοιλότητα, αποτελεί μία σαφώς περιγεγραμμένη κοιλότητα στη γλώσσιμη επιφάνεια το συμπαγούς οστού στο οπίσθιο τμήμα του σώματος της κάτω γνάθου. Ειδικότερα, η πιο συνηθισμένη εντόπισή της είναι στην περιοχή του υπογνάθιου βόθρου και στο κατώτερο όριο της κάτω γνάθου. Σπάνια είναι δυνατόν να εντοπιστεί στην ακρορριζική περιοχή κυνοδόντων ή προγομφίων κάτω γνάθου, σχετιζόμενη με τον υπογλώσσιο βόθρο, ή στον κλάδο, σχετιζόμενη με την παρωτίδα. Η κοιλότητα αυτή εμφανίζεται σε συχνότητα 4/1000 σε ενήλικες ασθενείς, είναι ασυμπτωματική, δεν ψηλαφείται και ανακαλύπτεται σε τυχαίο ακτινογραφικό έλεγχο. Η ακτινογραφική απεικόνιση και η θέση της κύστης Stafne είναι χαρακτηριστική και εύκολα αναγνωρίσιμη, στις περισσότερες περιπτώσεις. Ακτινογραφικά εμφανίζεται σαν στρογγύλη ή ωοειδής ή σπάνια λοβωτή διαύγαση, διαμέτρου 1 έως 3 εκατοστών, εντοπιζόμενη κάτω από τον πόρο του κάτω φατνιακού νεύρου. Είναι δυνατόν όμως, να διαφοροδιαγνωστεί από οδο-

ντογενείς και μη οδοντογενείς βλάβες, όταν αυτή επεκτείνεται και πάνω από το γναθιαίο πόρο. Η υπολογιστική ακτινογραφία κωνικής δέσμης (CBCT) αποτελεί απεικόνιση επιλογής για την περαιτέρω διερεύνηση της βλάβης αυτής και για τη διαφορική διάγνωση. Βιοπτικό υλικό από την κύστη, σε διάφορες μελέτες, αποκάλυψε φυσιολογικό αδενικό παρέγχυμα, όμως έχει αναφερθεί ινώδης συνδετικός ιστός, αγγεία, λίπος και λεμφικός ιστός. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιάσει περίπτωση γυναίκας ασθενούς με κύστη Stafne στην περιοχή κάτω από τον 47. Επειδή το δόντι εμφάνιζε ενδοδοντικό πρόβλημα, η προαναφερθείσα κύστη συσχετίστηκε με το δόντι αυτό. Στη συνέχεια γίνεται συζήτηση σχετικά με τις σύγχρονες απόψεις της αιτιοπαθογένειάς της και τη συμβολή της CBCT στην επιβεβαίωση της διάγνωσης, σε περίπτωση διαγνωστικού διλήμματος. Συμπερασματικά, η κύστη του Stafne είναι δυνατόν να δημιουργήσει διαγνωστικό πρόβλημα, για την επίλυση του οποίου απεικόνιση επιλογής αποτελεί η CBCT.

60

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ PSP VISTASCAN, ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΗΛΕΚΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΕΚΘΕΣΗΣ.

Κατσώνη Ε.\*, Γιακουμάκης Ε., Γεωργίου Ε., Γκρίτζαλης Π., Στεφάνου Ε.

Από την Κλινική της Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής  
και το Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

**Σκοπός:** Η μελέτη αυτή έχει ως σκοπό να καθορίσει καταρχήν το εύρος έκθεσης του συστήματος PSP Vistascan για τη λήψη ενδοστοματικών ακτινογραφιών, καθώς και τη δόση έκθεσης των λαμβανόμενων εικόνων. Επίσης, επιδιώκει να προσδιορίσει τους ιδανικούς παράγοντες έκθεσης για το εξεταζόμενο σύστημα, σε σχέση με την ικανότητα ανίχνευσης μικρών μεταβολών πυκνότητας και την ικανότητα ανίχνευσης τερηδόνας.

**Υλικό και μέθοδος:** Για το πείραμα χρησιμοποιήθηκε ακτινογραφικό μηχάνημα Prostyle Intra, που λειτουργεί με δυνατότητα επιλογής 8 διαφο-

ρετικών kV, 7 διαφορετικών τιμών για το mA και χρόνων έκθεσης από 0,01 έως 3,2 sec σε 26 βήματα. Το σύστημα που αξιολογήθηκε είναι το Vista Scan Combi PSP, της εταιρείας Duerr. Ένα πρώτο δοκίμιο ελέγχου ακτινογραφήθηκε με όλους τους δυνατούς συνδυασμούς ηλεκτρικών παραμέτρων. Οι εικόνες αξιολογήθηκαν από τρεις έμπειρους ακτινολόγους, οι οποίοι καθόρισαν το εύρος έκθεσης του συστήματος. Η δόση εισόδου υπολογίστηκε για κάθε λήψη, με τη βοήθεια θαλάμου ιονισμού. Ένα δεύτερο ειδικά σχεδιασμένο δοκίμιο από αλουμίνιο χρησιμοποιήθηκε για την αξιολό-



γηση της δυνατότητας ανίχνευσης μικρών μεταβολών πυκνότητας. Το δοκίμιο αυτό αποτελείται από 12 σκαλοπάτια αυξανόμενου πάχους, που το καθένα έχει 7 τρύπες αυξανόμενου βάθους και είναι τοποθετημένο μέσα σε ακρυλικό υλικό. Ακτινογραφικές λήψεις έγιναν με αυτό το δοκίμιο στο καθορισμένο εύρος έκθεσης. Οι εικόνες που αποκτήθηκαν παρουσιάστηκαν σε τρεις παρατηρητές, από τους οποίους ζητήθηκε να καταγράψουν τον αριθμό των τρυπών που αναγνώριζαν σε κάθε σκαλοπάτι. Τα δεδομένα αξιολογήθηκαν με τη στατιστική δοκιμασία ANOVA. Η δυνατότητα ανίχνευσης τερήδονας ελέγχθηκε με τη βοήθεια ανθρωπίνης ξηρής γνάθου με εξομοίωση των μαλακών ιστών. Δέκα παρατηρητές, με τη βοήθεια ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου, αξιολόγησαν γενικά

την ποιότητα της εικόνας και κατέγραψαν την ύπαρξη τερήδονας σε 6 οδοντικές επιφάνειες. Τα δόντια στη συνέχεια σαρώθηκαν με mCT και τα ευρήματα αποτέλεσαν το golden standard. Τα δεδομένα θα επεξεργαστούν με ROC ανάλυση.

**Αποτελέσματα:** Όπως αναμενόταν, το εύρος έκθεσης του συστήματος είναι πολύ ευρύ. Τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας των τρυπών που έγιναν αντιληπτές από τους παρατηρητές δείχνουν καλύτερη ανταπόκριση του συστήματος στα λεπτότερα σκαλοπάτια. Το kV φαίνεται πως επηρεάζει την απόδοση του συστήματος, ενώ το mA την αφήνει σχεδόν ανεπηρέαστη. Οι καλύτερες εικόνες εμφανίζουν μεγάλη διακύμανση στη δόση εισόδου. Τα αποτελέσματα της ROC ανάλυσης αναμένονται.

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

<b>A</b>						
Αθεκίδου Ο.	3, 5, 9, 12	Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε.	6, 59	Παπασωτηρίου Ο.	38	
Αναστασιάδης Π.	16, 48	Κατσώνη Ε.	60	Πάτρας Μ.	33, 34, 37, 55, 56	
Αρβανιτίδου Ι.	24	Καφάς Π.	31	Πατρικίου Α.	43, 45	
Αυγερινού Μ.	7, 28	Κερεζούδης Ν.	29	Πελεκάνος Σ.	49, 54	
<b>B</b>			Κοκκολιάκης Ι.	18, 53	Πετρίδης Ν.	31
Βασίλας Α.	8, 25, 26	Κονσοιάκη Ε.	17, 21, 22, 46, 52	Πολιάτου Α.	18, 53	
Βασιλείου Λ.	14, 19	Κοντακιώτης Γ.	34, 36, 37, 50	Πούλιας Ε.	20, 44	
Βασιλοπούλου Ε.	23	Κουμπάρου Κ.	4	Προδρομίδης Γ.	15	
Βηλαχοδημητρόπουλος Δ.	24	Κουτάγιας Σ.	49	<b>P</b>		
Βουργουράκης Ε.	21	Κούτλιας Ι.	23	Ρίζου Μ.	41	
<b>Γ</b>			Κοφινιδάκης Δ.	46	Ρωμάνος Γ.	17, 21, 22, 46, 52
Γερασκλής Α.	4	Κρασιάς Ν.	3, 5, 9, 12	<b>Σ</b>		
Γεωργάκη Μ.	23	Κρεμμύδας Μ.	27	Σιδέρη Μ.	41	
Γεωργίου Ε.	60	Κριθινάκης Σ.	13, 26, 29	Σίσκος Γ.	7, 28	
Γεωργούλα Χ.	42	Κωνσταντουλιάκης Ε.	57	Σκληβούνου Α.	13, 15, 24	
Γιακουμάκης Ε.	60	<b>Λ</b>			Σολιάτος Ν.	33, 34, 36, 37, 45, 50, 51, 55, 56
Γιαννάκη Ε.	42	Λαμπρόπουλος Π.	37, 51	Σοφού Α.	31	
Γιαννάκης Γ.	42	Λιναριτάκης Μ.	10	Σπανοπούλου Μ.	27	
Γκαβέλα Γ.	3, 5, 9, 12	Λομβαρδάς Π.	41	Σταθοπούλου Α.	8	
Γκανασούλη Δ.	17, 21, 22, 46, 52	Λώλης Χ.	36	Στεφάνου Ε.	60	
Γκεβρέκη Η.	27	<b>Μ</b>			Στυλιανός Γ.	39
Γκρίτζαλης Π.	60	Μάκος Χ.	10	<b>T</b>		
Γούσιας Η.	54	Μαλο Ρ.	58	Ταμπούρης Α.	25	
<b>Δ</b>			Μαρουδιάς Ν.	18, 53	Τασσόπουλος Δ.	49, 54
Δασκαλόπουλος Α.	24	Μάρτη Κ.	40	Τζαβάρας Β.	59	
Δατσέρης Γ.	16, 48	Μέγας Β.	18	Τόσιος Κ.	6, 13, 20, 23, 26, 43, 44	
Δημητριάδης Δ.	1	Μεθακόπουλος Ι.	16, 19, 20, 34, 43, 44, 45, 48, 51	Τσιχλάκης Κ.	19	
Δημητρίου Α.	2, 35	Μέλιου Ε.	29	<b>Φ</b>		
Δοντά Α.	59	Μεσσήνη Μ.	2, 11, 35	Φανδρίδης Ι.	2, 35	
<b>Z</b>			Μητσιάς Μ.	50	Φιλιππάτος Γ.	27
Ζαμπέλης Α.	30, 32, 58	Μονοκάνδηλος Ν.	4	Φιληντίση Φ.	9	
Ζανάκης Σ.	18, 53	Μούντριχα Α.	18	Φουντά Κ.	7, 28	
Ζέμνη Δ.	42	Μπονατάκη Γ.	13, 26	<b>X</b>		
Ζερβάκη Σ.	52	Μπούρας Ε.	2	Χαμαλιάκη Ε.	17	
Ζερβού-Βάββη Φ.	2, 35	Μπούρας Θ.	35	Χατζημανώλης Π.	17, 21, 22, 46, 52	
Ζώταλης Ν.	18, 53	<b>N</b>			Χούπης Κ.	26, 45
<b>I</b>			Νικητάκης Ν.	13, 15, 24	Χριστόπουλος Π.	15
Ιατρού Ι.	15	Νικοπούλου Β.	51			
Ιωαννίδου Φ.	53	Nobre M.	58			
<b>K</b>			<b>Π</b>			
Κανελλόπουλος Χ.	22	Παίζη Δ.	54			
Κανούτος Δ.	17, 21, 22, 46, 52	Παπαδάκη Μ.	22			
Καραγέωργας Α.	6	Παπαδημητρίου Χ.	19			
Καραγιάννη Ι.	50	Παπαδόπουλος Χ.	31			
Καραϊνδρου Α.	11	Παπαδοπούλου Ε.	15, 43			
			Παπανδρέου Α.	4		
			Παπασωτηρίου Α.	38, 47		