



ΣΕΕ
1937

ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

47^ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΙΛΚΙΣ



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΚΙΛΚΙΣ

2 - 4 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2010

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

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

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΛΥΚΑΣΤΡΟΥ Ν. ΚΙΛΚΙΣ.

Περπερίδης Γ.*, Τσατραφύλλιας Π., Καραμπά Σ., Κεσίδου Δ., Μπουτμπάρα Ε.
Από το Κέντρο Υγείας Πολύκαστρου Ν. Κιλκίς.

Μικροσυμβάντα ή επικίνδυνες επιπλοκές είναι δυνατό να παρουσιασθούν σε ασθενείς που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα, πριν ή μετά ή κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής επέμβασης, είτε από το άγχος ή τη φοβία της πρόκλησης πόνου ή από τη χρήση των αναισθητικών ή από αυτή την ίδια την πάθηση. Η συνεργασία του οδοντιάτρου με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη μείωση ή την εξάλειψη των συμβάντων ή των επιπλοκών, που είναι δυνατό να θέσουν σε κίνδυνο ακόμη και τη ζωή του ασθενούς. Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη της οδοντιατρικής συμπεριφοράς ασθενών με χρόνια νοσήματα υγείας, που προσήλθαν στο Οδοντιατρικό Τμήμα του Κέντρου Υγείας Πολύκαστρου του Ν. Κιλκίς. Οι ασθενείς προσήλθαν στο οδοντιατρείο είτε σαν επείγοντα περιστατικά με έντονη οδονταλγία ή με κάποιο οξύ οδοντοφτασιακό απόστημα, είτε προγραμματισμένα για προπροσθητική στοματική αποκατάσταση στην προοπτική τοποθέτησης ακίνητης ή κινητής προσθητικής εργασίας, ύστερα από σύσταση οδοντιάτρου ή γενικού ιατρού της περιοχής, είτε και από μόνοι τους μετά τη δημοσιοποίηση του προγράμματος του Οδοντιατρικού Τμήματος στους κατοίκους του Ν. Κιλκίς. Ύστερα από τη λήψη του ιατρικού ιστορικού και τη διαπίστωση κάποιου χρόνιου νοσήματος υγείας (υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης κλπ) σε συνεργασία με τον ειδικό ιατρό, πραγματοποιείτο η θεραπεία του οδοντιατρικού προβλήματος, που ήταν συνήθως εξαγωγή ή κάποια μικροχειρουργική επέμβαση. Στους ασθενείς κατά περίπτωση γινόταν εργαστηριακός έλεγχος, μέ-

τρηση της αρτηριακής πίεσης, επιπωματισμός του τραύματος και συρραφή, καθώς και χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής. Η επέμβαση γινόταν με τοπική ή στελεχειαία αναισθησία και ως αναισθητικό χρησιμοποιείτο Merivacaine 3%. Από τους 5.505 ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν στο οδοντιατρείο, οι 2.672 (48,52%) ήταν παιδιά ηλικίας 3 έως 18 ετών και οι 2.833 (51,48%) ενήλικες, ηλικίας 19 έως 80 ετών, με χρόνια προβλήματα υγείας. Από τους 2.833 ενήλικες με χρόνια προβλήματα υγείας οι 1.529 (54%) ήταν γυναίκες και οι 1.304 (46%) ήταν άνδρες. Από αυτούς οι 1.260 (44,59%) έπασχαν από υπέρταση, οι 610 (21,25%) από διάφορα καρδιολογικά νοσήματα, οι 189 (6,7%) από σακχαρώδη διαβήτη, οι 277 (9,8%) από μικτά αγγειακά (υπέρταση+διαβήτη+καρδιολογικά), οι 212 (7,5%) από διάφορα ψυχιατρικά νοσήματα, οι 82 (2,87%) από εγκεφαλικά, οι 65 (2,31%) από διάφορες μορφές νεοπλασιών, οι 53 (1,93%) από διάφορες αλλεργικές παθήσεις, οι 50 (1,76%) από νόσο του Parkinson, οι 19 (0,71%) από νεφρολογικά νοσήματα (αιμοκάθαρση) και οι 16 (0,60%) από διάφορες μορφές παραπληγιών. Συμβάντα ή επιπλοκές στους ασθενείς δεν υπήρξαν. Η ηλικιοψηφία των ασθενών (2.336 άτομα, ποσοστό 82,45%) έπασχαν από νοσήματα του κυκλοφοριακού συστήματος, η αντιμετώπιση, η συμπεριφορά και η σχέση του προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού) με τους ασθενείς ήταν άριστη και υποδειγματική, η προσφορά του Οδοντιατρικού Τμήματος στους ασθενείς της περιοχής και γενικότερα του Νομού, σε συνεργασία με τα άλλα Τμήματα του Κέντρου Υγείας ήταν μεγάλη και ουσιαστική.

2

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΤΡΙΤΩΝ ΓΟΜΦΙΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ.

Πέτσα Ε.

Οι τρίτοι γομφίοι εμφανίζουν την υψηλότερη συχνότητα έγκλησης σε σχέση με τα υπόλοιπα δόντια του φραγμού. Ειδικότερα, σύγχρονες κλινικοστατιστικές μελέτες, αναθεωρώντας ευρήματα παλαιότερων ερευνών, ισχυρίζονται ότι η έγκληση των σωφρονιστήρων εμφανίζει μεγαλύτερη συχνότητα επιπολασμού στην κάτω γνάθο σε σχέση με την άνω. Οι απόψεις των ειδικών σχετικά με την αναγκαιότητα εξαγωγής της προαναφερθείσας κατηγορίας εγκλείστων δοντιών εμφανίζονται αντιφατικές. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η εξαγωγή των εγκλείστων τρίτων γομφίων της κάτω γνάθου κρίνεται επιβεβλημένη μόλις γίνει αντιληπτή η παρουσία τους. Κάτι τέτοιο συμβαίνει συνήθως μετά από τυχαίο ακτινογραφικό έλεγχο. Η παραπάνω άποψη βασίζεται στο σκεπτικό ότι η ενδοστική παραμονή τους ενδέχεται σε βάθος χρόνου να προκαλέσει διάφορες ανεπιθύμητες καταστάσεις, όπως περιστεφανίτιδα, τερηδόνα, εξωτερική απορρόφηση ρίζας ή περιοδοντικής φύσης προβλήματα στους παρακείμενους δεύτερους γομφίους, δημιουργία οδοντογενών κύστεων και σπανιότερα οδοντογενών όγκων, καθώς και νευραλγιών στην περιοχή της κεφαλής. Με την παραπάνω άποψη συνηγορεί και μία μερίδα ορθοδοντικών, οι οποίοι ισχυρίζονται ότι οι έγκλειστοι σωφρονιστήρες της κάτω γνάθου ενέχονται στη δημιουργία συνωστισμού σε παρακείμενα δόντια του φραγμού λόγω πίεσης. Αντίθετα, άλλοι κλινικοί ισχυρίζονται ότι η προληπτική αφαίρεση ασυμπτωματικών εγκλείστων σωφρονιστήρων της κάτω γνάθου, πέρα από την άσκοπη ταλαιπωρία του ασθενούς, εμπεριέχει τον κίν-

δυνο πρόκλησης δυσάρεστων τοπικών συμβαμάτων, όπως τραυματισμός του κάτω φατνιακού ή του γλωσσικού νεύρου, απώλεια στήριξης στο δεύτερο γομφίο, προώθηση ρίζας σε παρακείμενους ανατομικούς χώρους κ.ά. Στην παρούσα εργασία γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση των σύγχρονων απόψεων σχετικά με την αναγκαιότητα προληπτικής εξαίρεσης των εγκλείστων τρίτων γομφίων της κάτω γνάθου και παρουσιάζονται συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές όσον αφορά στην καταλληλότερη χρονική στιγμή παρέμβασης σε συνάρτηση με τις εκάστοτε συνθήκες (ηλικία ασθενούς, βαθμός διάπλησης ριζών, μορφολογία και βάθος έγκλησης του δοντιού, παρουσία συνοδών καταστάσεων). Είναι γενικά αποδεκτό ότι η χειρουργική εξαγωγή αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για όλους τους συμπτωματικούς έγκλειστους σωφρονιστήρες της κάτω γνάθου. Επίσης, οι ημιέγκλειστοι, οι οποίοι μπορούν δυνητικά να θεωρηθούν συμπτωματικοί θα πρέπει να αφαιρούνται. Σε κάθε περίπτωση όμως, το ενδεχόμενο επιπλοκών τόσο από την παραμονή των δοντιών αυτών στα οστά των γνάθων, όσο και από τη χειρουργική τους εξαίρεση, θα πρέπει να συνκετιμάται για κάθε ασθενή ξεχωριστά. Όταν πρόκειται κλινικό δίλημμα ανάμεσα στις δύο κυριότερες θεραπευτικές επιλογές (διαχρονική ακτινογραφική παρακολούθηση ή χειρουργική εξαγωγή), ο οδοντίατρος οφείλει να ενημερώνει λεπτομερώς τον ασθενή σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της καθημιάς θεραπευτικής λύσης, ώστε να συμμετέχει και ο ίδιος ενεργά στη λήψη της σχετικής απόφασης.

3

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΕΞΩ ΠΤΕΡΥΓΟΕΙΔΟΥΣ ΜΥΟΣ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.

Πασχαλίδης Θ.*, Μπεζάτη Γ., Savychuk A., Τριανταφυλλίδου Α., Δημητρακόπουλος Ι.
Από την Οδοντιατρική Σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Ο έξω πτερυγοειδής μυς διαδραματίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος, καθώς σχετίζεται με την κίνηση της κάτω γνάθου και συγκεκριμένα είναι ο μόνος από τους μαστήριους μυς που ανήκει στους κατασπώντες την κάτω γνάθο. Ιδιαίτερη καθίσταται η σημασία της φυσιολογίας του, δεδομένου ότι ο έξω πτερυγοειδής μυς έχει σχετιστεί με παθολογικές καταστάσεις, όπως η πρόσθια παρεκτόπιση του διάρθριου δίσκου (με επαναφορά ή χωρίς) της κροταφογναθικής διάρθρωσης, όσο και με συγκλησιακές διαταραχές. Σκοπός της εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, όσον αφορά στην ανατομία του έξω πτερυγοειδούς μυός, καθώς αυτή συμβάλλει στην κατανόηση της φυσιολογίας του, αλλά και της πιθανής εμπλοκής του σε παθογενετικούς μηχανισμούς. Η συλλογή των επιστημονικών άρθρων που αφορούν στην ανατομική διερεύνηση του έξω πτερυγοειδούς μυός έγινε μέσω της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων MEDLINE (via PubMed). Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: "anatomical", "temporomandibular joint", "lateral pterygoid muscle". Ο έξω πτερυγοειδής

μυς αποτελείται από δύο μούρες, την άνω και την κάτω. Ο διαχωρισμός των δύο μοιρών βάσει της νεύρωσης, του εκφυτικού ή του καταφυτικού τους πεδίου δεν είναι σαφής στη βιβλιογραφία. Όσον αφορά στη σχέση του μυός με το διάρθριο δίσκο της κροταφογναθικής διάρθρωσης, τμήμα των ινών της άνω μούρας προσφύεται σε αυτόν. Οι μούρες του έξω πτερυγοειδούς διαχωρίζονται κατά βάση, λόγω λειτουργικών διαφοροποιήσεων. Η άνω μούρα είναι ενεργή κατά την ανάσπαση της κάτω γνάθου, διασφαλίζοντας τη φυσιολογική σχέση κονδύλιου - διάρθριου δίσκου, ενώ η κάτω μούρα κατά την κατάσπαση της κάτω γνάθου, εκδηλώνοντας δηλαδή αντίθετη λειτουργία. Νέότερες έρευνες υποστηρίζουν ότι πιθανόν ο έξω πτερυγοειδής μυς μπορεί να θεωρηθεί ως ενιαίο σύνολο μυϊκών ινών, όπου υπάρχει μία δυναμική λειτουργική διαφοροποίηση, όσον αφορά στη φυσιολογία και παθολογία του μυός και της κροταφογναθικής διάρθρωσης γενικότερα. Συμπερασματικά, ο ανατομικός διαχωρισμός των μοιρών του έξω πτερυγοειδούς μυός συνεχίζει να αποτελεί αντικείμενο συζήτησης μεταξύ των διαφόρων ερευνητών.

4

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ WEAVERS.

Μεσσήνη Μ.*, Κουτσούκος Ι., Μπούρας Ε.Α., Λέκκα Ν., Ζερβού-Βάββα Φ.
Από το Οδοντιατρικό Τμήμα, την Ειδική Μονάδα ΑμΕΑ Ενηλίκων και το Αναισθησιολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας».

Το σύνδρομο Weavers αποτελεί σπανιότατη συγγενή γενετική ανωμαλία, η οποία χαρακτηρίζεται από υπερανάπτυξη που αρχίζει κατά την προγεννητική περίοδο, ιδιάζον προσωπίο και προχωρημένη οστική ηλικία. Βαρειά νοστική υστέρηση πολύ σπάνια παρατηρείται. Η παρούσα ερ-

γασία ως σκοπό έχει την παρουσίαση της οδοντιατρικής αντιμετώπισης ασθενούς με σύνδρομο Weavers, που συνοδευόταν από νοστική υστέρηση. Ασθενής, ηλικίας 22 ετών, άνδρας, με σύνδρομο Weavers προσήλθε στην Ειδική Μονάδα ΑμΕΑ Ενηλίκων του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκλη-

πιείο Βούλιας» για οδοντιατρική θεραπεία. Λόγω της νοτικής υστέρησης που εμφάνιζε δεν μπορούσε να δεχθεί οδοντιατρική περίθαλψη υπό τοπική αναισθησία. Έτσι, αποφασίσθηκε να αντιμετωπισθεί υπό γενική αναισθησία, η οποία και εφαρμόσθηκε σύμφωνα με τους ισχύοντες κανόνες, η δε διασωλήνωση έγινε στοματοτραχειακά. Ο χρόνος της χορήγησης αναισθησίας ανήλθε σε 85 λεπτά και της οδοντοθεραπείας σε 60 λεπτά. Κατά την επέμβαση παρατηρήθηκε στο στόμα η ύπαρξη υψηλής και γωνιώδους υπερώας, αραιοδοντίας και τόσο έντονης μεγαλογλωσσίας, ώστε η κορυφή της γλώσσας μπορούσε με έλξη να φθάνει μακρύτερα από το κάτω άκρο του πώγωνα. Τα περισσότερα ευρήματα από το στόμα

και το πρόσωπο συμφωνούν με τα βιβλιογραφικά δεδομένα. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης αντιμετωπίστηκαν όλες οι οδοντοστοματολογικές του ανάγκες, δηλαδή πραγματοποιήθηκαν δέκα τρεις εμφράξεις, δύο εξαγωγές, θεραπεία ουλίτιδας και φθορίωση. Δεν υπήρξε καμία επιπλοκή κατά τη γενική αναισθησία και την επέμβαση. Συμπερασματικά, η οδοντιατρική θεραπεία με γενική αναισθησία, εφόσον τηρούνται οι ενδεδειγμένοι κανόνες, αποτελεί μία ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης όλων των οδοντοστοματολογικών αναγκών σε μία συνεδρία, των ατόμων εκείνων που δεν μπορούν να συνεργασθούν για αντιμετώπιση στην οδοντιατρική έδρα.

5

Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΝΕΥΡΩΝ ΣΤΙΣ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ.

Μέγας Β.*, Ζανάκης Σ., Πολλάτου Α., Αρεταίου Π., Ζώταλης Ν.

*Από τη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ»
Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας.*

Τα εγκεφαλικά νεύρα (συζυγείς), εκτός του πνευμονογαστρικού και του παραπληρωματικού νεύρου, εξυπηρετούν κυρίως την αισθητική και κινητική νεύρωση της περιοχής κεφαλής και τραχήλου. Η εργασία αυτή αναφέρεται στη διεγχειρητική αναγνώριση και αποφυγή τρώσης βασικών κλάδων των εγκεφαλικών νεύρων, όπως το τρίδυμο, το προσωπικό, το γλωσσικό κ.ά., κατά τη διάρκεια επεμβάσεων στην περιοχή του στόματος, του προσώπου και του τραχήλου. Στη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας, κατά τα 9 χρόνια λειτουργίας της έχουν εξεταστεί 11.382 ασθενείς, εκ των οποίων οι 2.200 έχουν υποβληθεί σε κάποιου τύπου χειρουργική επέμβαση υπό τοπική ή γενική αναισθησία. Παρουσιάζονται επιλεγμένες περιπτώσεις με οδοντοφατνιακές, ογκολογικές, ορθογναθικές

και ταυματολογικές επεμβάσεις, στις οποίες εκτός του τελικού αποτελέσματος δόθηκε έμφαση στην προστασία και διάσωση των νεύρων της περιοχής. Παρά την προσοχή που δίδεται για την αποφυγή τρώσης νεύρων στις γναθοπροσωπικές επεμβάσεις, σε ένα μικρό ποσοστό ογκολογικών κυρίως παθήσεων των μειζόνων σιαλογόνων αδένων, παρατηρήθηκαν νευροαπραξίες διάρκειας μέχρι και 3 μηνών, οι οποίες παρήλθαν. Η χρήση του νευροδιεγέρτη έχει βελτιώσει σημαντικά τη δυνατότητα αναγνώρισης και προστασίας των νεύρων στις επεμβάσεις αυτής της περιοχής του σώματος. Στους χειρουργικούς χειρισμούς δίδεται προτεραιότητα στην αποφυγή τρώσης των νεύρων στην περιοχή της επέμβασης. Ο έλεγχος των κινητικών κλάδων μπορεί να γίνει και κατά τη διάρκεια της επέμβασης, ενώ τα αισθητικά νεύρα ελέγχονται μόνο μετεγχειρητικά.

6

ΥΠΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΑΤΩ ΧΕΙΛΟΥΣ ΩΣ ΚΛΙΝΙΚΟ ΣΗΜΕΙΟ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΝΟΣΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

Ζούμπος Δ.*, Μεηακόπουλος Ι., Χούπης Κ.

Το πλήθος των απεικονιστικών μεθόδων στις ημέρες μας έχει πιθανά υποβαθμίσει τις κλασικές αξίες της ιατρικής, δηλαδή το ιατρικό ιστορικό και την κλινική εξέταση. Σε αυτή την εργασία παρουσιάζονται περιπτώσεις ασθενών που το κλινικό εύρημα της υπαίσθησίας του κάτω φατνιακού νεύρου οδήγησε στη λήψη βιοψίας για ιστολογική εξέταση και στην τελική διάγνωση της νόσου στους ασθενείς αυτούς. Παρουσιάζονται δύο περιπτώσεις μεταστατικού καρκίνου του μαστού, μία περίπτωση κακοήθους ημεφώματος με μονήρη εντό-

πιση στην κάτω γνάθο και μία περίπτωση πολυηλιαίου μυελώματος και γίνεται σύγκριση με άηθες περιπτώσεις υπαίσθησίας, είτε από λοιμώξεις στην περιοχή της κάτω γνάθου, είτε από καλοήθεις βλάβες. Η σωστή λήψη ιστορικού, αλλή και η κλινική εκτίμηση του ασθενούς πριν από την εκτίμηση των περαιτέρω εξετάσεων του, είναι η κλασική θεραπευτική προσέγγιση που δεν θα πρέπει να αηθάζει, όσα βοηθητικά διαγνωστικά μέσα και αν είναι διαθέσιμα, και τα ευρήματά τους θα πρέπει να αξιολογούνται με την πρέπουσα βαρύτητα.

7

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΓΝΑΘΙΑΙΟΥ ΠΟΡΟΥ. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ - ΠΟΡΕΙΑ - ΤΟΠΟΓΡΑΦΙΑ.

Κουτρογιάννης Χ.*, Ναζάρογλου Ι., Ματούλας Ε., Τριανταφυλλίδου Α., Δημητρακόπουλος Ι.
Από την Οδοντιατρική Σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Ο γναθιαίος πόρος εσωκλείει σημαντικά ανατομικά μόρια. Οι σχέσεις αυτών με τις παρακείμενες ανατομικές δομές είναι βαρύνουσας σημασίας, τόσο για το γενικό οδοντίατρο όσο και για τον εξειδικευμένο χειρουργό της στοματικής κοιλότητας, που καλείται να αντιμετωπίσει τις σύγχρονες προκλήσεις της χειρουργικής του στόματος (εμφυτευματολογία, χειρουργική σωφρονιστήρων, ορθογναθική χειρουργική όπως οστεοτομίες του σώματος και του κλάδου της κάτω γνάθου, εκφυρήνιση κύστεων κ.ά.). Σκοπός της παρουσίασης αυτής είναι η συσχέτιση του κάτω φατνιακού πόρου και των ανατομικών μορίων που περιβάλλει, με την κλινική χειρουργική της περιοχής. Ο γναθιαίος πόρος καταλαμβάνεται από το αγγειονευρώδες δεμάτιο το οποίο περιλαμβάνει το κάτω φατνιακό νεύρο, καθώς και την αντίστοιχη αρτηρία και φλέβα. Η κάτω φατνιακή φλέβα στις περισσότερες περιπτώσεις βρίσκεται πάνω από την αρτηρία και το νεύρο, οδηγώντας σε αιμορ-

ραγίες ή αιματώματα, σε περίπτωση που συμβεί διάτρηση του πόρου. Η παρειοηλωστική εντόπιση του πόρου έχει επίσης μεγάλη κλινική σημασία. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων ο πόρος πορεύεται γλωσσικά της κάτω γνάθου (85%). Συνεπώς, σε χειρουργικές επεμβάσεις στη στοματική κοιλότητα είναι δυνατόν να παρακάμπεται ο πόρος, αποφεύγοντας συμβάματα και επιπλοκές. Τέλος, ο κάτω φατνιακός πόρος εμφανίζει συγκεκριμένες αποστάσεις από παρακείμενες οδοντικές και οστικές δομές, δίνοντας στον επεμβαίνοντα, με κάποιες ανά περίπτωση αποκλίσεις, τα όρια του χειρουργικού του πεδίου. Συμπερασματικά, η γνώση της κλινικής ανατομικής του κάτω φατνιακού πόρου είναι ιδιαίτερα σημαντική στη χειρουργική του στόματος. Επομένως, σε κάθε χειρουργική παρέμβαση στις αντίστοιχες περιοχές ελαχιστοποιεί τις πιθανότητες διεγχειρητικών επιπλοκών και οδηγείται σε άρτιο μετεγχειρητικό αποτέλεσμα.

8

ΣΤΟΜΑΤΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.

Ματιάκης Α.*, Τζέρμπος Φ., Μυλωνάς Α., Ζαραμπούκας Θ., Κολλοκοτρώνης Α.,
Επιβατιανός Α.

Ο όρος στοματοπροσωπική κοκκιωμάτωση αναφέρεται σε νοσολογικές οντότητες με κοινό γνώρισμα την κοκκιωμάτωση φλεγμονή, που έχουν ως κοινό ιστοπαθολογικό χαρακτηριστικό την ύπαρξη κοκκιώματος χωρίς νέκρωση. Η ομάδα των νόσων αυτών περιλαμβάνει το σύνδρομο Melkerson - Rosenthal, την κοκκιωμάτωση χειλίτιδα (χειλίτιδα του Miesher), τη νόσο του Crohn και τη σαρκοείδωση. Κλινικά, η στοματοπροσωπική κοκκιωμάτωση χαρακτηρίζεται από διόγκωση των χειλέων, των ούλων, των παρειών, της γλώσσας και της υπερώας, χωρίς την προσβολή άλλων οργάνων ή συστημάτων, π.χ. των πνευμόνων όπως είναι δυνατόν να συμβεί στη σαρκοείδωση, ή του εντέρου όπως στη νόσο του Crohn. Αυτό αποτελεί και το κυριότερο διαφοροδιαγνωστικό κριτήριο μεταξύ της στοματοπροσωπικής κοκκιωμάτωσης και των άλλων κοκκιωμάτωδων νόσων. Στην παρούσα ανακοίνωση αναφέρεται περίπτω-

ση εφήβου με γενικευμένη ανώδυνη, εξέρυθρη διόγκωση των προστοματικών ούλων άνω και κάτω γνάθου. Επίσης, υπήρχε διόγκωση των χειλέων, ιδίως των ερυθρών κρασπέδων, ενώ περιστοματικά, ιδιαίτερα στο δέρμα του κάτω χείλους, παρατηρήθηκαν συρρέουσες, ασυμπτωματικές, ερυθροϊώδεις βλατίδες. Ο ιστοπαθολογικός έλεγχος των ούλων έδειξε την ύπαρξη κοκκιωμάτων χωρίς νέκρωση, ενώ εκείνος των χειλικών ελαστώνων σιαλογόνων αδένων, έδειξε στοιχεία ήπιας φλεγμονής. Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε νοσοκομειακή παιδιατρική κλινική για διερεύνηση και στη συνέχεια αποκλεισμό, τόσο της νόσου του Crohn, όσο και της σαρκοείδωσης. Γίνεται ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και επισημαίνεται η σημασία της έγκαιρης διαφοροδιαγνωστικής προσέγγισης μεταξύ της στοματοπροσωπικής κοκκιωμάτωσης, της νόσου του Crohn και της σαρκοείδωσης.

9

Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ;

Παπαδέλη Χ.*, Βενέτης Γ., Κούσκουρας Κ., Τριανταφυλλίδου Α., Κουτρογιάννης Χ.,
Ηλιάδης Α.

Η MRI σαν απεικονιστική τεχνική παρέχει πληροφορίες για την ανατομία και την παθολογία των σκληρών και μαλακών ιστών της ΚΓΔ και αποτελεί τη μοναδική μη επεμβατική μέθοδο στην οποία απεικονίζεται ο διάρθριος δίσκος. Ωστόσο, από τη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ασυμφωνία μεταξύ της κλινικής εξέτασης και της μαγνητικής τομογραφίας, σε ποσοστό που κυμαίνεται από 20% έως 45%. Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της επίδρασης του τρόπου λήψης της MRI στη διάγνωση και τη σταδιοποίηση της κροταφογναθικής διαταραχής. Σε ασθενείς με κλινικά συμπτώματα

πρόσθιας παρεκτόπισης του διάρθριου δίσκου έγινε MRI με κλειστό και ανοικτό στόμα με ενεργητική και παθητική διάνοιξη. Στη συνέχεια έγινε σύγκριση μεταξύ της ενεργητικής και παθητικής διάνοιξης και σύγκριση της κάθε τεχνικής με τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης. Η απεικόνιση των ΚΓΔ εμφανίζεται διαφορετική στην ενεργητική και παθητική διάνοιξη σε περιπτώσεις πρόσθιας παρεκτόπισης με επαναφορά. Συμπερασματικά, στην παθητική διάνοιξη ο ασθενής δεν αποκτά πάντα τη μέγιστη διάνοιξη γιατί ενεργοποιεί τους μύες που ανασπώνουν την κάτω γνάθο, με αποτέλεσμα

ψευδή εικόνα μη επαναφοράς σε περιπτώσεις πρόσθιας παρεκτόπισης με επαναφορά. Προτείνεται

η αλληλαγή πρωτοκόλλων λήψεως MRI εικόνων με ενεργητική και μόνο διάνοιξη.

10

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΒΛΑΒΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.

Προύντζος Α.*, Παράρα Ε., Καρυαμπά-Στυλιογιάννη Ε.

Οι βλάβες των οστών των γνάθων μπορούν να ανεβρεθούν σε τυχαίο ακτινοολογικό έλεγχο ή να προκαλέσουν ποικίλα σημεία και συμπτώματα, όπως μεταξύ άλλων διόγκωση, υπαισθησία κάτω χείλους, μετακίνηση δοντιών. Συχνά, ασθενείς με τα παραπάνω συμπτώματα επισκέπτονται τον οδοντίατρο, ο οποίος οφείλει να διερευνά την αιτία τους, να θέτει μία λίστα πιθανών διαγνώσεων και να κατευθύνει τον ασθενή του, εφόσον αυτό είναι απαραίτητο, για αντιμετώπιση από ειδικό. Οι κεντρικές βλάβες των γνάθων μπορούν αδρά να διακριθούν σε οδοντογενείς και μη οδοντογενείς. Οι μη οδοντογενείς περαιτέρω διακρίνονται σε

κληρονομικές παθήσεις, αναπτυξιακές, φλεγμονώδεις, μεταβολικές παθήσεις και αγνώστου αιτιολογίας βλάβες. Εκτός από την κλινική εικόνα, άλλα στοιχεία, όπως η ηλικία, το φύλο, η εντόπιση και η διάρκεια της βλάβης, μπορούν να βοηθήσουν τον οδοντίατρο στη διαγνωστική διαδικασία. Στην εργασία αυτή παρουσιάζονται τέσσερις περιπτώσεις κεντρικών βλαβών των γνάθων, δύο σε παιδιά και δύο σε ενήλικες. Συζητώνται ιδιαίτερα τα σημεία και συμπτώματα σε κάθε ασθενή, οι ακτινογραφικές εξετάσεις που χρειάστηκαν και η αντιμετώπιση.

11

ΟΣΤΕΩΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ.

Πολάτου Α.*, Μέγας Β., Αρεταίου Π., Ζανάκης Σ., Ζώταλης Ν.

Από τη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας.

Τα οστεώματα είναι καλοήθη νεοπλασμα, τα οποία χαρακτηρίζονται από αργή ανάπτυξη σπογγώδους ή φλοιώδους οστού, με αύξηση του μεγέθους και συνεχή διαμόρφωση σε ενδοοστική ή περιοστική περιοχή. Στην εργασία αυτή παρουσιάζονται τέσσερα οστεώματα της στοματικής κοιλότητας, τρία από τα οποία προκαλούσαν δυσμορφία των γνάθων, ενώ το τέταρτο συνυπήρχε με έγκληιστο δόντι. Κατά τα 9 έτη λειτουργίας της Μονάδας Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας, αντιμετωπίστηκαν επτά περιπτώσεις οστεωμάτων, εκ των οποίων τα τέσσερα στη στοματική κοιλότητα. Όλα αφορούσαν

σε γυναίκες, ηλικίας 21 έως 68 χρόνων. Το ένα από αυτά είχε αναπτυχθεί μέσα στο δεξιό ιγμόρειο άντρο, προκαλώντας διόγκωση της σύστοιχης παρειάς, το δεύτερο εντοπιζόταν στη φαρυγγική απόφυση της άνω γνάθου και τα άλλα δύο αφορούσαν στην κάτω γνάθο. Τα τρία οστεώματα αφαιρέθηκαν υπό γενική αναισθησία και ένα με τοπική αναισθησία. Στις τρεις από τις τέσσερις περιπτώσεις οστεωμάτων, μετά την αφαίρεσή τους επήλθε άμεση βελτίωση της αισθητικής εμφάνισης των ασθενών, η οποία είχε διαταραχθεί λόγω της προκληθείσας διόγκωσης στην περιοχή εντόπισης των οστεωμάτων. Στην τέταρτη περίπτωση, στην οποία το νεόπλασμα συνυπήρχε με έγκ-

ήμιστο δόντι, μετά τη συναφαίρεσή τους προκλήθηκε νευροαπραξία του κάτω φατνιακού νεύρου, η οποία διήρκεσε περίπου 1½ μήνα μετά την επέμβαση. Η αφαίρεση των οστεωμάτων συνιστάται

σαφώς, όταν παρεμποδίζουν την τοποθέτηση προσθετικών εργασιών ή δημιουργούν σκελετικές δυσμορφίες.

12

ΤΡΑΧΗΛΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΜΦΥΣΗΜΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.

Γκίλιας Χ.*, Βλασταράκος Σ., Καμπέρος Γ., Τζέρμπος Φ., Χρυσομάλη Ε.

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

Το στοματοπροσωπικό εμφύσημα είναι ένα σπάνιο, αληθιά θορυβώδες σύμβαμα της οδοντιατρικής πράξης, το οποίο εκδηλώνεται με διόγκωση, χαρακτηριστικό της οποίας είναι η αίσθηση κριγμού κατά την ψηλάφηση. Το σύμβαμα αυτό προκαλείται από την είσοδο αέρα μέσω ρύσης της συνεχείας των ιστών του στόματος και επέκτασής του υποδόρια, στην περιοχή του προσώπου ή/και του τραχήλου. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση μίας περίπτωσης τραχηλοπροσωπικού εμφύσηματος σε γυναίκα 57 ετών, που προκλήθηκε κατά τη διάρκεια παρασκευής κοιλότητας σε πρόγμφιο της κάτω γνάθου, με αποτέλεσμα τη δημιουργία εκτεταμένου οιδήματος στο αντίστοιχο ημιμόριο του προσώπου. Επίσης, γίνεται συζήτηση της διαφορικής διάγνωσης και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Από την αναζήτηση της αγγλόφωνης βιβλιογραφίας μέσω του pubmed κατά τη χρο-

νική περίοδο 1970 μέχρι σήμερα, βρέθηκαν 112 συνολικά δημοσιευμένες περιπτώσεις στοματοπροσωπικού εμφύσηματος. Η χρήση της αεροσυριγγας και των χειρολαβών υψηλών ταχυτήτων είχαν ενοχοποιηθεί στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων. Η πιο συχνή οδοντιατρική πράξη με την οποία συσχετίστηκε, ήταν μετά από εξαγωγή δοντιού, συνηθέστερα της κάτω γνάθου. Παρόλο που το στοματοπροσωπικό εμφύσημα ακολούθει καλοήγη πορεία και αυτοπεριορίζεται χωρίς επιπλοκές για τον ασθενή, σε μερικές περιπτώσεις είναι δυνατόν ο εισερχόμενος αέρας να επεκταθεί πέραν του τραχήλου, στη θωρακική κοιλότητα, προκαλώντας δύσπνοια και πόνο. Η γνώση του συμβάματος αυτού κρίνεται αναγκαία, τόσο για την έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση, όσο και για την πρόληψή του με την προσεκτική χρήση των χειρολαβών και των αεροσυριγγών.

13

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ.

Φράγκου Σ.*, Αραποστάθης Κ.

Από το Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Ο όρος επιληψία χρησιμοποιείται για να περιγράψει όχι μία ενιαία ασθένεια, αλλά ένα σύνολο συμπτωμάτων που περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενους παροξυσμούς με αιφνίδια, υπέρμετρα και ανώμαλη εκφόρτιση των εγκεφαλικών νευρώνων.

Συνοδεύονται από απώλεια συνείδησης ή εξασθενημένη συνείδηση, τους οποίους διαδέχονται συνήθως τονικοί ή κλονικοί μυϊκοί σπασμοί. Η θέση της εκφόρτισης καθορίζει και τα συμπτώματα που ακολουθούν έναν επιληπτικό παροξυσμό. Σκο-

πός της εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και η περιγραφή της κλινικής εικόνας των διαφόρων τύπων της επιληψίας, καθώς και η αντιμετώπιση των ατόμων αυτών στο χώρο του οδοντιατρείου. Με βάση την αιτιολογία, η επιληψία διακρίνεται σε ιδιοπαθή και σε συμπτωματική, ενώ με βάση την εντόπιση των εκφορτίσεων των εγκεφαλικών νευρώνων, σε μερική και γενικευμένη. Δύο είναι οι πιο συχνά εμφανιζόμενοι τύποι επιληψίας, η τονικοκλονική επιληψία (Grand mal) και η αφαίρεση (Petit mal). Ανάλογα με τον τύπο και τη βαρύτητα της επιληψίας, χορηγούνται και τα κατάλληλα φάρμακα, με πιο συχνά χορηγούμενα

την φαινυτοΐνη, φαινοβαρβιτάλη, καρβαμαζεπίνη, πριμιδόνη, βαλπροϊκό νάτριο και αιθοσουξιμίδη. Η οδοντιατρική αντιμετώπιση των ασθενών αυτών παρουσιάζει ιδιαιτερότητες, τόσο εξαιτίας του πιθανού τραυματισμού των δοντιών κατά τη διάρκεια των κρίσεων, όσο και εξαιτίας της έντονης υπερηλίας των ούλων από τη λήψη της φαινυτοΐνης. Είναι απαραίτητο ο οδοντίατρος να λάβει ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό σχετικά με τον τύπο και τη συχνότητα των κρίσεων, το επίπεδο ελέγχου των κρίσεων, αλλήλα και τα χορηγούμενα φάρμακα, και η εργασία να πραγματοποιηθεί σε όσο το δυνατό πιο ήρεμο περιβάλλον.

14

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ Ι.

Μπαλασούλη Χ.*, Φράγκου Σ, Αραποστάθης Κ.

Από το Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μία χρόνια διαταραχή του μεταβολισμού, εξαιτίας μερικής ή πλήρους έλλειψης ινσουλίνης. Χαρακτηρίζεται από αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα (υπεργλυκαιμία) και κλινικά μπορεί να ποικίλει από ασυμπτωματική διαταραχή, με μη φυσιολογικά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, μέχρι μία καταστροφική κωματώδη κατάσταση. Σκοπός της εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, σχετικής με τα ιδιαίτερα προβλήματα των ασθενών που πάσχουν από διαβήτη τύπου Ι και η αντιμετώπισή τους από τον οδοντίατρο. Ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να διακριθεί σε κατηγορίες, βάσει συγκεκριμένων κλινικών χαρακτηριστικών, όπως η ηλικία εμφάνισης και η εξάρτηση από την ινσουλίνη. Από διαβήτη τύπου Ι προσβάλλονται κυρίως νεαρά άτομα κάτω των 25 ετών, χωρίς να αποκλείεται η εμφάνισή του σε μεγαλύτερες ηλικίες. Έτσι, η αντιμετώπιση στο διαβήτη τύπου Ι στηρίζεται κυρίως στη χορήγηση ινσουλίνης και την κατάλληλη διατροφή. Στους ασθενείς αυτούς παρατηρείται μειωμένη έκκριση

σάλιου και ξηροστομία. Όσον αφορά στην περιοδοντική νόσο, εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα και με μεγαλύτερη βαρύτητα στους ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη τύπου Ι. Οι οδοντιατρικές συνεδρίες είναι προτιμότερο να διεξάγονται τις πρωινές ώρες, όταν τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα είναι σταθερά, ενώ καλό είναι να αποφεύγονται τις ώρες των γευμάτων. Στοματοπροσωπικές ρινομύξεις πρέπει να θεραπεύονται άμεσα, καθώς μπορούν να πυροδοτήσουν την εμφάνιση κέτωσης. Η διεξαγωγή των κοινών οδοντιατρικών εργασιών και των μικρών χειρουργικών επεμβάσεων υπό τοπική αναισθησία, δεν απαιτούν ιδιαίτερες προφυλάξεις, εκτός από εξασφάλιση της μη παρεμβολής της θεραπείας στο πρόγραμμα φαγητού. Σε πιο εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις, ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην αποφυγή της υπογλυκαιμίας και στη διατήρηση της υπεργλυκαιμίας σε επίπεδα φυσιολογικά, έτσι ώστε να προληφθεί μία ενδεχόμενη καθυστέρηση στην επούλωση ή δυσλειτουργία των φαγοκυττάρων.

15

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΓΕΝΕΤΙΚΩΝ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ FcγR ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ. ΜΕΤΑ - ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ.

Νικοηόπουλος Γ.*, Δήμου Ν., Τσιάρα Χ., Παρασκευά Δ., Παπαδημόπουλος Δ., Χαμόδρακας Σ., Μπάγκος Π.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της πιθανής σχέσης πολυμορφισμών στο γονίδιο που κωδικοποιεί τον υποδοχέα FcγR με την εμφάνιση περιοδοντικής νόσου. Οι υποδοχείς FcγR είναι μεμβρανικές γλυκοπρωτεΐνες κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος, οι οποίες αντιδρούν με το κλάσμα fc των ανοσοσφαιρινών. Στη μετα-ανάλυση εξετάστηκε ο ρόλος των πολυμορφισμών FcγRIIIA F158V και FcγRIIIB NA 1/NA 2. Για να μελετηθεί και να συγκριθεί η κατανομή των αλληλομόρφων γονιδίων και των γονοτύπων στους ασθενείς με περιοδοντίτιδα και στους επιβεβαιωμένους μάρτυρες, υπολογίστηκαν, με τη χρήση μοντέλων τυχαίων επιδράσεων, οι συνοηικοί σχετικοί λόγοι συμπληρωματικών πιθανοτήτων (Odds ratios-ORs) και τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (Confidence Interval-CI). Η ανάλυση των στοιχείων ανέδειξε την ύπαρξη στατιστικής σχέσης του πολυμορφισμού FcγRIIIB NA 1/NA 2, τό-

σο με την επιθετική (OR αλληλομόρφων NA 2 έναντι NA 1: 2.005, 95% CI: 1.044, 3.851) όσο και με τη χρόνια μορφή της περιοδοντικής νόσου (γονότυπος NA 2NA 2 έναντι NA 1NA 1+NA 1NA 2 με OR 1.397, 95% CI: 1.039, 1.878). Δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικά ευρήματα για το ρόλο του πολυμορφισμού FcγRIIIA F158V. Συμπερασματικά, το σύνολο των δεδομένων από τη βασική έρευνα στηρίζει βιολογικά την υπόθεση ύπαρξης σχέσης μεταξύ του πολυμορφισμού FcγRIIIB NA 1/NA 2 και της εμφάνισης περιοδοντίτιδας, γεγονός που επιβεβαιώθηκε από την παρούσα μετα-ανάλυση επιδημιολογικών μελετών. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να εστιάσουν στις πιθανές αλληλεπιδράσεις του συγκεκριμένου πολυμορφισμού, τόσο με άλλα γονίδια που ενοχοποιούνται αιτιολογικά στην ανάπτυξη περιοδοντικής νόσου, όσο και με τεκμηριωμένους περιβαλλοντικούς αιτιολογικούς παράγοντες, όπως είναι το κάπνισμα.

16

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Ζαμπέλη Μ.

Έως 87% των παιδιών που προσβάλλονται από εφηβική ιδιοπαθή αρθρίτιδα εμφανίζουν φλεγμονώδη καταστροφή των κροταφογναθικών αρθρώσεων, η οποία επηρεάζει την ανάπτυξη του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος και της σύγκλησης. Η ορθοδοντική θεραπεία των ασθενών αυτών αποσκοπεί στην αναχαίτιση των προκαλούμενων ανωμαλιών κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης. Ο σκοπός αυτής της ερευνητικής εργασίας είναι να καταγράψει κατά πόσο οι ορθοδοντικά θεραπευμένοι ασθενείς παρεκκλίνουν από το «φυσιολογικό» ως ενήλικες και σε ποιο βαθμό η ασθένειά τους επηρέασε τα χαρακτηριστικά του κρα-

νιοπροσωπικού συμπλέγματος και της σύγκλησης μετά την ολοκλήρωση της αύξησης. Τα κρανιοπροσωπικά χαρακτηριστικά αξιολογήθηκαν βάσει ανάλυσης πηλαγίων κεφαλομετρικών ακτινογραφιών και η σύγκληση βάσει ανάλυσης εκμαγείων μελέτης. Το δείγμα αποτελούσαν 9 ενήλικες ασθενείς, με ιστορικό εφηβικής ιδιοπαθούς αρθρίτιδας που είχαν θεραπευθεί ορθοδοντικά (μέση ηλικία κατά την εξέταση: 31,8 έτη). Κατά τη σύγκριση με τις «φυσιολογικές» τιμές, τα κρανιοπροσωπικά χαρακτηριστικά, όπως αξιολογήθηκαν από την ανάλυση των πηλαγίων κεφαλομετρικών ακτινογραφιών, απέκλιναν, ενώ τα συγκλησιακά χαρακτη-

ριστικά, όπως αξιολογήθηκαν από τις μετρήσεις στα εκμαγεία, κυμάνθηκαν μέσα στα «φυσιολογικά» όρια. Για τους ενήλικες ασθενείς με εφηβική ιδιοπαθή αρθρίτιδα, τα σκελετικά χαρακτηριστικά παραμένουν εκτός των «φυσιολογικών» ορίων,

ενώ η σύγκληση κυμαίνεται μέσα στα «φυσιολογικά» όρια, αφού η ορθοδοντική θεραπεία κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης βοήθησε στην επίτευξη βελτιωμένης σύγκλησης, η οποία διατηρήθηκε και μετά το πέρας της ανάπτυξης.

17

ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΥΠΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΤΩ ΧΕΙΛΟΥΣ.

Κοντακιώτης Γ.*, Σοηδάτος Ν., Μεηακόπουλος Ι.

Το πολλαπλό μυέλωμα αποτελεί κακόηθες νεόπλασμα που χαρακτηρίζεται από πολλαπλασιασμό ανώμαλων πλάσματοκυττάρων εντός του μυελού των οστών. Αποτελεί την πιο συχνή αιματολογική κακοήθεια στο δυτικό κόσμο, με δυσμενέστατη πρόγνωση παλαιότερα, γεγονός που έχει αλλιάξει με τις νεοεφαρμοζόμενες θεραπείες. Το ποσοστό προσβολής της στοματογναθικής περιοχής φθάνει το 30% και αφορά συχνότερα στην άνω γνάθο. Οι ασθενείς αυτοί φθάνουν συχνά πλέον στα οδοντιατρεία λόγω των επιπτώσεων από μέρος της θεραπείας τους (οστεονέκρωση από δι-

φωσφονικά). Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των κλινικών και ακτινογραφικών χαρακτηριστικών στη στοματογναθοπροσωπική περιοχή, με τη βοήθεια αναφοράς κλινικής περίπτωσης σε γυναίκα 54 ετών, η οποία παραπέμφθηκε για εκτίμηση συμπτωμάτων από την κάτω γνάθο, δύο μήνες μετά την έναρξη αγωγής με διφωσφονικά, με το ερώτημα της πιθανής οστεονέκρωσης και της αλληλαγής της θεραπείας της. Η γνώση των χαρακτηριστικών της νόσου βοηθά και στην έγκαιρη διάγνωσή της, αλλιά και στην ορθή τροποποίηση ή όχι της θεραπευτικής αγωγής των ασθενών.

18

Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ OSTIM 35 ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΩΝ ΟΣΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΤΟΥ ΣΠΛΑΧΝΙΚΟΥ ΚΡΑΝΙΟΥ.

Ζανάκης Σ.*, Μέγας Β., Αρεταίου Π., Ποιάτου Α., Ζώταλης Ν.

Από τη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ»
Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας.

Το OSTIM 35 είναι ένας σύγχρονος νανομικροκρυσταλλικός υδροξυαπατίτης (17nm), η πυκνότητα του οποίου οδηγεί σε σύντομη ενσωμάτωση, επιτυγχάνοντας άμεση σύνδεση με το οστό. Διεγείρει επίσης την επούλωση και είναι πλήρως βιοσυμβατό με τους ιστούς μετά την εμφύτευση. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση του OSTIM 35 ως ένα νέο αλληλομόσχευμα που μπορεί να χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά, αντί για οστικά αυτομοσχεύματα. Μπορεί να εφαρμοστεί για την πλήρωση οστικών ελλειμμάτων μετά την αφαίρεση κύστεων, την εκτομή όγκων και στις γραμμές καταγμάτων

για τη συντομότερη πόρωσή τους. Στη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας, κατά τα 9 χρόνια λειτουργίας της έχει τοποθετηθεί OSTIM 35 σε 12 περιπτώσεις. Αυτές αφορούσαν σε 1 κάταγμα, 4 διορθωτικές οστεοτομίες, 2 επεμβάσεις στους μετωπιαίους κόλπους, 2 επεμβάσεις στα ιγμόρεια, 1 οστέωμα και 2 αποκαταστάσεις μετεξακτικών φατνίων. Όλα τα περιστατικά βρίσκονται σε τακτική παρακολούθηση με ακτινογραφικό και κλινικό έλεγχο. Δεν έχουν παρουσιαστεί επιπλοκές, όπως μετεγχειρητική ροίμωξη, απόρρι-

ψη του μοσχεύματος ή αλλεργική αντίδραση. Η οστική επούλωση, όπως διαπιστώθηκε στον ακτινογραφικό έλεγχο, επιταχύνθηκε κατά 3 έως 6 μήνες σε σχέση με άλλες περιπτώσεις, στις οποίες δεν χρησιμοποιήθηκε το μόσχευμα. Μετά από 4 περίπου χρόνια παρακολούθησης της παλαιότερης πε-

ρίπτωσης, η οποία αφορούσε σε αφαίρεση οστεώματος από την κάτω γνάθο, μέχρι και της πηλόν πρόσφατης, που αφορούσε σε οβελιαία οστεοτομία άμφω λόγω πηλαγογναθισμού της κάτω γνάθου, μπορούν να εξαχθούν μόνο ενδεικτικά συμπεράσματα για τη χρησιμότητα του OSTIM 35.

19

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΤΡΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΓΚΥΛΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ. ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ.

Συντάκν Ο.*, Μπάρλας Η., Δεληαντώνη Α., Τριανταφυλλίδου Α., Δημητρακόπουλος Ι.

Το γενειακό τρήμα μπορεί να εντοπιστεί σε διάφορες θέσεις, που ποικίλουν από την περιοχή του ακρορριζίου του πρώτου προγόμφιου, έως το ακρορριζίο της εγγύς ρίζας του πρώτου γομφίου. Ο κάτω φατνιακός πόρος πολλές φορές συνεχίζει την πορεία του μπροστά από το γενειακό τρήμα και φέρεται προς τα έξω, πάνω και πίσω, σχηματίζοντας μία αγκύλη, για να καταλήξει στο γενειακό τρήμα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της κλινικής σημασίας της ακτινογραφικής απεικόνισης του γενειακού τρήματος και της αγκύλης του γενειακού νεύρου, καθώς και της συχνότερης θέσης που εμφανίζονται αυτά στον ελληνικό πληθυσμό. Η θέση του γενειακού τρήματος και η παρουσία ή όχι της αγκύλης παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιτυχία της τοπικής

αναισθησίας, στην ενδοδοντική θεραπεία και στην επιτυχή και ασφαλή έκβαση των χειρουργικών επεμβάσεων στην περιοχή. Ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών ασχολήθηκε με το θέμα αυτό, καθώς και με τη συχνότερη θέση εντόπισής τους σε διάφορους πληθυσμούς. Μία αντίστοιχη έρευνα έγινε και για τον ελληνικό πληθυσμό. Στον ελληνικό πληθυσμό η πιο συχνή θέση του γενειακού τρήματος είναι κάτω από το δεύτερο προγόμφιο. Η αγκύλη εμφανίζεται σε ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού, οπότε απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο πριν από την τοποθέτηση εμφυτευμάτων στην περιοχή, προκειμένου να αποφευχθούν δυσάρεστες συνέπειες, όπως υπαισθησία ή και αποτυχία οστεοενσωμάτωσης των εμφυτευμάτων.

20

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΦΩΚΟΜΕΛΙΑ.

Ζερβού-Βάββα Φ., Μεσσήνη Μ.*, Μένεγας Γ., Μπούρας Ε.Α., Λέκκα Ν., Σαρρίδου Δ.

Από το Οδοντιατρικό Τμήμα, την Ειδική Μονάδα ΑμΕΑ Ενηλίκων και το Αναισθησιολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας».

Η φωκομέλια αποτελεί συγγενή διαμαρτία της διάπλασης, κατά την οποία οι βραχίονες ή οι μηροί είναι υποαναπτυγμένοι ή ελλιπίουν τελείως, με αποτέλεσμα τα μέλη αυτά να εμφανίζονται ιδιόμορφα προσκολλημένα στο σώμα. Πολλοί παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν φωκομέλια, όπως

η χρήση θαλιδομίδης κατά την κύηση. Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό την παρουσίαση της οδοντοστοματολογικής κατάστασης ασθενούς με φωκομέλια και των τεσσάρων άκρων. Άνδρας, ηλικίας 42 ετών, με φωκομέλια και στα τέσσερα άκρα, παραπέμφθηκε στην Ειδική Μονάδα ΑμΕΑ Ενηλίκων

του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας» για οδοντιατρική θεραπεία. Λόγω της βαρύτητας της νόσου δεν μπορούσε να χρησιμοποιήσει καθόλου τα άκρα του και ήταν καθηλωμένος, τη δε φροντίδα του είχε αναλάβει η εργαζόμενη μητέρα του. Κατά την οδοντοστοματολογική εξέταση διαπιστώθηκε η ύπαρξη περιοδοντίτιδας με τεράστιες εναποθέσεις τρυγίας, καθώς και η ύπαρξη τερηδονισμένων δοντιών. Λόγω της μορφολογίας του σώματος του ασθενούς, η τοποθέτησή του στην οδοντιατρική έδρα και η συνεργασία για αντιμετώπιση υπό τοπική αναισθησία ήταν λίαν δυσχερής. Έτσι, κρίθηκε προτιμότερο να αντιμετωπισθεί με γενική αναισθησία, η οποία εφαρμόστηκε σύμφωνα με τους ενδεδειγμένους κανόνες. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης (χρόνος χορήγησης αναι-

σθησίας 60 λεπτά, χρόνος οδοντοθεραπείας 40 λεπτά) αντιμετωπίστηκαν όλες οι οδοντοστοματολογικές του ανάγκες, δηλαδή πραγματοποιήθηκαν δύο εμφράξεις, τρεις εξαγωγές, αφαίρεση της τρυγίας και θεραπεία της περιοδοντίτιδας. Έγινε επίσης φθορίωση. Πριν από την έξοδό του από το Νοσοκομείο, δόθηκαν στον ίδιο και στη συνοδό μητέρα του μεταξύ άλλων, λεπτομερείς οδηγίες για την απαιτούμενη στοματική υγιεινή και τις επιβαλλόμενες διατροφικές συνήθειες. Συμπερασματικά, η αδυναμία πολλών ΑμΕΑ να βουρτσίζουν τα δόντια τους, επιβάλλει την κατάλληλη εκπαίδευση των φροντιστών τους σε θέματα στοματικής υγιεινής, που θα τους καθιστά ικανούς να παρέχουν στα άτομα αυτά την κατάλληλη φροντίδα.

21

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΕΡΗΔΟΝΑΣ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΗΠΙΑΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.

Κοσμά Ι.*, Κεβρεκίδου Α., Λαζαρίδου Δ., Αραποστάθης Κ.

*Από το Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής της Οδοντιατρικής Σχολής
του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.*

Η τερηδόνα βρεφικής και νηπιακής ηλικίας χαρακτηρίζεται από την παρουσία μίας ή περισσότερων τερηδονικών βλαβών σε παιδιά ηλικίας μικρότερης από 71 μήνες. Οι όροι τερηδόνα βρεφικής και νηπιακής ηλικίας ή τερηδόνα πολύ νεαρής ηλικίας (early childhood caries) έχουν αντικαταστήσει εκείνους που χρησιμοποιούνταν παλαιότερα (τερηδόνα του μπιμπερό ή τερηδόνα θηλασμού), αφού όπως έχει αποδειχθεί, η νόσος δεν οφείλεται αποκλειστικά στην πολύ συχνή χρήση του θηλάστρου ή στο μητρικό θηλασμό, αλλά σε συνδυασμό πολλών παραγόντων. Σκοπός της εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την αιτιολογία της τερηδόνας βρεφικής και νηπιακής ηλικίας, την κλινική εικόνα, καθώς και τα προληπτικά μέτρα για την αντιμετώπισή της. Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από ραγδαία εμφάνιση τερηδονικών βλαβών και συνήθως προ-

σβάλλονται όλα ή τα περισσότερα νεογιλά δόντια. Στα αρχικά στάδια εντοπίζονται λευκές κηλίδες, συνήθως στην αυχενική περιοχή των δοντιών. Έπειτα αυτές οι περιοχές αποκτούν μία κίτρινη-καφέ δυσχρωμία και στο τελικό στάδιο εντοπίζονται βαθιές βλάβες στην οδοντίνη, οι οποίες μπορεί να προσβάλλουν και τον πολφό. Η παρουσία ζάχαρης και υδατανθράκων στην καθημερινή διατροφή, σε συνδυασμό με την παρουσία και τη σύνθεση της οδοντικής πλάκας, αποτελούν τους σημαντικότερους αιτιολογικούς παράγοντες της τερηδόνας βρεφικής και νηπιακής ηλικίας. Η έγκαιρη πρώτη επίσκεψη του παιδιού στον οδοντίατρο (πριν από τη συμπλήρωση του ενός έτους), η ενημέρωση των γονέων, η σωστή στοματική υγιεινή στο σπίτι, η χρήση φθορίου και η σωστή διατροφή αποτελούν τους κυριότερους τρόπους πρόληψης.

22

ΥΠΕΝΑΛΑΤΩΣΗ ΝΕΟΓΙΛΩΝ ΚΑΙ ΜΟΝΙΜΩΝ ΓΟΜΦΙΩΝ.

Τρικαλιώτης Α.*, Λαζαρίδου Δ., Αρχάκης Α., Κοτσάνος Ν.

*Από το Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής της Οδοντιατρικής Σχολής
του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.*

Η υπεναλάτωση γομφίων-τομέων ορίζεται ως, η παρουσία υπεναλατωμένης αδαμαντίνης συστηματικής αιτιολογίας σε έναν έως και 4 μόνιμους γομφίους, με συχνή και την παρουσία της στους μόνιμους τομείς. Σκοπός της εργασίας είναι, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικής με τη συχνότητα εμφάνισης, την κλινική εικόνα, καθώς και τους τρόπους διάγνωσης δοντιών με υπεναλάτωση. Τέλος, συζητούνται οι πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες και οι τρόποι αντιμετώπισης. Η συχνότητα της υπεναλάτωσης γομφίων-τομέων κυμαίνεται από 3,6% έως 25%. Εμφανίζεται λιγότερο συχνά και στους κάτω τομείς και σπανιότερα στους δευτέρους νεογιλούς γομφίους, στους δευτέρους μόνιμους γομφίους και στους μόνιμους κυνόδοντες. Κλινικά, εμφανίζονται καλά περιγεγραμμένες αδιαφανείς περιοχές κίτρινου-καφέ ή λευκού χρώματος στην επιφάνεια της αδαμαντίνης των

προσβεβημένων δοντιών. Η αιτιολογία του προβλήματος αυτού δεν είναι απόλυτα κατανοητή, αλλά ενοχοποιούνται κυρίως κάποια συστηματικά νοσήματα και κάποιες παιδικές ασθένειες που εμφανίζονται έως την ηλικία των 3 ετών. Η διάγνωση της υπεναλάτωσης γομφίων-τομέων θα πρέπει να γίνεται στην ηλικία των 8 ετών περίπου, καθώς στην ηλικία αυτή έχουν ανατείλει όλοι οι πρώτοι μόνιμοι γομφίοι και σχεδόν όλοι οι τομείς. Η αντιμετώπιση των υπεναλατωμένων δοντιών στηρίζεται τόσο στην πρόληψη όσο και στην αποκατάστασή τους. Η προληπτική αγωγή έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης τερηδόνας και τη μείωση της ευαισθησίας τους. Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι αρκετά δύσκολη και η απόφαση για το ιδανικότερο σχέδιο θεραπείας πρέπει να καθορίζεται για κάθε άτομο ξεχωριστά, με βάση τις δικές του ανάγκες.

23

**ΜΗ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΦΑΡΜΑΚΑ.
ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑ.**

Μπεητζές Χ.*, Σαραμάντος Α., Γκόγκος Χ.

*Από το Εργαστήριο Ενδοδοντολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής
του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.*

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η ανασκόπηση των νεότερων δημοσιεύσεων στη βιβλιογραφία σε σχέση με τη χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ) στην οδοντιατρική και την ειδικότητα της ενδοδοντολογίας, με σκοπό την ανάλυση και αξιολόγηση των δεδομένων στη σωστή επιλογή και χορήγηση ΜΣΑΦ. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, συμπεριλαμβανομένων των παραδοσιακών μη εκλεκτικών ΜΣΑΦ και των εκλεκτικών αναστολέων της κυκλοοξυγενάσης-2 (COX-2), θεωρούνται από τα ευρέως συ-

νταγογραφούμενα αναλγητικά φάρμακα σε ενδεδειγμένες και μη περιπτώσεις στο χώρο της οδοντιατρικής, καθώς συνδυάζουν αναλγητική και ισχυρή περιφερική αντιφλεγμονώδη δράση. Ειδικότερα στον τομέα της ενδοδοντολογίας, η χορήγησή τους σχετίζεται με την αντιμετώπιση της φλεγμονής και του οξέος ή χρόνιου άλγους ενδοδοντικής αιτιολογίας, καθώς και την αντιμετώπιση μετεγχειρητικών συμπτωμάτων ύστερα από περιοριστική χειρουργική. Κατά την επιλογή του κατάλληλου φαρμακευτικού σκευάσματος της κατη-

γορίας των ΜΣΑΦ από τον οδοντίατρο, είναι επιτακτική η γνώση των ανεπιθύμητων ενεργειών και αντενδείξεων των ΜΣΑΦ. Οι σημαντικότερες επιπλοκές σχετίζονται με το ανώτερο και κατώτερο γαστρεντερικό σύστημα, το καρδιαγγειακό, καθώς και το νεφρικό σύστημα. Ιδιαίτερη προσοχή στη χορήγηση ΜΣΑΦ χρειάζεται να λαμβάνεται σε ασθενείς με παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος, π.χ. ιατρικό ιστορικό πεπτικού έλκους ή αιμορραγίας, σε ηλικιωμένους ασθενείς με ιστορικό καρδι-

οαγγειακών προβλημάτων, σε ασθενείς με ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, καθώς και σε γυναίκες κατά την περίοδο της κύησης. Ο οδοντίατρος πρέπει να γνωρίζει και να προσδιορίζει επακριβώς τη σχέση οφέλους - κινδύνου από τη χρήση ΜΣΑΦ σε κάθε ασθενή. Επίσης, προτείνεται ένας αλγόριθμος αντιμετώπισης του πόνου, ανάλογα με τον κάθε ασθενή και το ιατρικό ιστορικό του, τη θεραπευτική πράξη που θα ακολουθηθεί και τη χορήγηση των καταλληλότερων σκευασμάτων.

24

ΠΕΡΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑ: ΔΥΟ ΝΟΣΟΙ, ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.

Ζαμπέλης Α.

Τα οδοντικά εμφυτεύματα αποτελούν ένα πολύτιμο εργαλείο στα χέρια του οδοντίατρου για την αντιμετώπιση της μερικής ή ολικής νωδότητας. Η κλινική χρήση τους τα τελευταία 30 χρόνια υποδεικνύει ότι πρόκειται για μία ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία. Παράλληλα, η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η περιεμφυτευματική νόσος είναι μία κλινική οντότητα που εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η περιεμφυτευματική νόσος εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς με πρότερη εμπειρία περιοδοντικής νόσου, ενώ οι προτεινόμενες θεραπείες συχνά κυμαίνονται σε επίπεδο αναφορών κλινικών περιπτώσεων. Σκοπός της σύνοψης είναι η παρουσίαση των πιο σύγχρονων δεδομένων της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τον επιπολασμό της περιεμφυτευματικής νόσου σε ασθενείς περιοδοντικούς ή μη. Επίσης, η παρουσίαση των απαραίτητων εφοδίων για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της νόσου, με βάση δημοσιευμένες κλι-

νικές και πειραματικές μελέτες. Η συλλογή των εργασιών που περιλήφθηκαν στην ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε με έρευνα στο medline και σε έγκυρα περιοδικά περιοδοντολογίας και εμφυτευματολογίας. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε σε συστηματικές ανασκοπήσεις (systematic reviews). Η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι ο επιπολασμός της προχωρημένης περιεμφυτευματικής νόσου φτάνει ή και ξεπερνά το 30% σε επίπεδο ασθενών. Ο επιπολασμός σε επίπεδο εμφυτευμάτων φαίνεται να κυμαίνεται σε χαμηλότερα επίπεδα. Αν και ελάχιστες μελέτες έχουν αξιολογήσει τη σχέση περιεμφυτευματικής και περιοδοντικής νόσου, φαίνεται ότι οι δύο οντότητες σχετίζονται. Η έγκαιρη διάγνωση κρίνεται αναγκαία και πλήθος μελετών συνηγορούν υπέρ της χρήσης της περιοδοντικής μήλης για τον εντοπισμό θυλάκων. Από τις προτεινόμενες θεραπείες, ο καθαρισμός της επιφάνειας του εμφυτεύματος με ήπια μέσα έχει την καλύτερη βιβλιογραφική υποστήριξη.

25

ΑΚΥΤΤΑΡΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΜΗΤΡΑ (AlloDerm®). ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

Σολδάτος Ν.*, Γεωργίου Ε., Μάμαλης Α., Σιλβέστρος Σ.

Στις ημέρες μας η π्लाστική του περιοδοντίου χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο. Για τη

διαμόρφωση μαλακών ιστών πάνω σε νωδή ακρολοφία αληθιά και γύρω από δόντια ή εμφυτεύματα,

εφαρμόζονται διάφορες χειρουργικές τεχνικές με στόχο την αύξηση του πάχους των μαλακών ιστών, τη δημιουργία κερατινοποιημένων ιστών, την κάλυψη απογυμνωμένων ριζών και γενικότερα την επίλυση ουλοβληνογόνιων προβλημάτων. Οι χειρουργικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό αφορούν κυρίως στη λήψη ελεύθερου ουλικού μοσχεύματος ή μοσχεύματος συνδετικού ιστού σε συνδυασμό με ειδικά σχεδιασμένους κρημνούς. Για το σκοπό αυτό έχει χρησιμοποιηθεί και η τεχνική της κατευθυνόμενης ιστικής ανάπτυξης, ενώ σε κάποια στάδια της τεχνικής χρήση μπορεί να φανεί και η εφαρμογή της τεχνολογίας των laser. Μία νέα τεχνική, που σκοπό έχει να μειώσει τη μετεγχειρητική δυσανεξία του ασθενούς και να αποφύγει τη λήψη μοσχεύματος συνδετικού ιστού από την υπερώα, είναι η τεχνική τοποθέτησης της ακύτταρης δερματικής μήτρας, με σκοπό την κάλυψη των ριζών σε περιπτώσεις υφιζήσεων. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της αντιμετώπισης των υφιζήσεων με αλληλομόσχευμα μαλακών ιστών, την ακύτταρη δερματική μήτρα (AlloDerm®). Μέσα από αντίστοιχες κλινικές περιπτώσεις, θα παρουσιαστεί η χειρουργική τεχνική και θα αναλυθούν τα πλεονεκτήματα αλλά και οι περιορισμοί στη χρήση αυτού του είδους μοσχεύματος. Συμπερασματικά, (1) η χρήση της τεχνικής της ακύτταρης δερματικής μήτρας εξασφαλίζει την απλοποίηση της χειρουργικής δια-

δικασίας, τη μείωση των επιπλοκών, εφόσον δεν γίνεται λήψη μοσχεύματος από την υπερώα, την ταυτόχρονη αντιμετώπιση πολλαπλών βλαβών στον ίδιο ασθενή και την αποδοχή του ασθενούς, εφόσον μειώνει τη μετεγχειρητική δυσανεξία. (2) Η ακύτταρη δερματική μήτρα πρέπει να τοποθετείται στη δέκτρια περιοχή με την επιφάνειά της που προσομοιάζει με τη βασική στιβάδα, σε άμεση επαφή με το συνδετικό ιστό και το βλεννογονοπερίοστεο της δέκτριας περιοχής. Οποιαδήποτε διαφοροποίηση στην τοποθέτηση και τον προσανατολισμό της ακύτταρης δερματικής μήτρας επηρεάζει την επούλωση σε σχέση με τη διαφοροποίηση και την κερατινοποίηση του επιθηλίου. (3) Στις περισσότερες έρευνες παρατηρείται μεγάλη μείωση του ποσοστού κάλυψης των υφιζήσεων, για μεγάλο διάστημα παρακολούθησης, με τη χρήση της τεχνικής της ακύτταρης δερματικής μήτρας, σε σχέση με το υποεπιθηλιακό μόσχευμα συνδετικού ιστού, που φαίνεται να διατηρεί και να αυξάνει τελικά το ποσοστό κάλυψης σε βάθος χρόνου. (4) Πληθώρα ερευνών καταδεικνύουν τη μέθοδο κάλυψης των ριζών με τη χρήση της ακύτταρης δερματικής μήτρας, μία τεχνική προβλέψιμη και με αισθητικά αποτελέσματα. Ο χρόνος όμως παρακολούθησης είναι σχετικά μικρός, και γι' αυτό η περαιτέρω εκπόνηση μελετών με μεγάλο αριθμό περιπτώσεων και για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι επιβεβλημένη.

26

ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ.

Λώλης Χ.*, Σολδάτος Ν., Κοντακιώτης Γ., Fickl S.

Στην ανάλυση του προφίλι του προσώπου παρατηρούνται ανατομικά σημεία, όπως η γωνία μεταξύ του μετώπου και της κορυφής της ρινός, η γωνία μεταξύ της βάσης της ρινός με το άνω χείλος και η γωνία μεταξύ του γενείου και του κάτω χείλους. Η γενειοχειλική γωνία είναι εκείνη που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη ποικιλομορφία και παρατηρείται έντονη σε ασθενείς με σύγκληση τάξης II κατά Angle. Από τη σύγχρονη βιβλιογραφία προκύπτει ότι η ιδανική γενειοχειλική γωνία είναι μεταξύ 120 και 130 μοιρών. Η χρήση του μοσχεύματος συνδετικού ιστού από την υπερώα, έχει χρησιμοποιηθεί στην πηλαστική του περιο-

δοντίου με υψηλά ποσοστά επιτυχίας, όσον αφορά στην επίλυση προβλημάτων όπως η κάλυψη απογυμνωμένων ριζών, η δημιουργία κερατινοποιημένων ιστών αλλά και άηλων ουλοβληνογόνιων προβλημάτων. Ο σκοπός της εργασίας είναι η ανάλυση της τεχνικής, όσον αφορά στη διαμόρφωση της γενειοχειλικής γωνίας με τη χρήση μοσχεύματος συνδετικού ιστού από την υπερώα, και η ταυτόχρονη παρουσίαση μίας κλινικής περίπτωσης. Η χρήση του μοσχεύματος του συνδετικού ιστού στην αποκατάσταση αυτής της περιοχής, προσφέρει τα πλεονεκτήματα της λιγότερο επεμβατικής τεχνικής σε σχέση με τη λήψη αυ-

τογενούς οστικού μοσχεύματος και την τοποθέτησή του στην περιοχή του γενείου. Επιπροσθέτως, δεν χρειάζεται ο ασθενής να αντιμετωπιστεί με γενική αναισθησία και σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Συμπερασματικά, η εφαρμογή της τεχνι-

κής και οι συχνές επανεξετάσεις, μέχρι και ένα χρόνο μετά, δείχνουν πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα, ωστόσο η περαιτέρω διερεύνηση και βιβλιογραφική τεκμηρίωσή της είναι απαραίτητα στοιχεία.

27

ΘΡΑΥΣΗ ΜΟΝΗΡΩΝ ΕΠΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ, ΑΠΟ ΑΣΚΗΣΗ ΥΠΕΡΜΕΤΡΩΝ ΣΥΓΚΛΕΙΣΙΑΚΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ ΣΤΗΝ ΟΠΙΣΘΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

Τασσόπουλος Δ.*, Σοηδάτος Ν., Γούσιας Η.

Η χρήση των οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων στην αποκατάσταση τόσο μερικά όσο και ολικά νωδών περιοχών, αυξάνεται σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Συγκεκριμένες μελέτες δείχνουν ότι τα ποσοστά επιβίωσης στις μονήρεις επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις ανέρχονται στο ποσοστό του 94,5% τα πέντε πρώτα έτη, ενώ πέφτουν στο ποσοστό του 89,4% για τα επόμενα πέντε. Επιπλοκές σε μονήρεις επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις αφορούν στους περιοδοντικούς ιστούς, στην αισθητική, στην υπερκείμενη πρόσθεση, αλλά και στα στοιχεία της αποκατάστασης, όπως χαλάρωση ή θραύση βιδών, διαβληννογόνιων στηριγμάτων, ή ακόμη και θραύση του ίδιου του εμφυτεύματος. Σημαντικό παράγοντα στις επιπλοκές αυτές, αποτελεί η άσκηση υπέρμετρης συγκλειακής δύναμης στην οπίσθια περιοχή. Σκοπός της παρουσίασης είναι να γίνει αναφορά, μέσω της περιγραφής συγκεκριμένων κλινικών περιπτώσεων, της θραύσης που προκαλεί η άσκηση υπέρμετρης συγκλειακής δύναμης σε οπίσθιες μονήρεις επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις. Οι

κλινικές περιπτώσεις που περιγράφονται αφορούν στη θραύση της βίδας συγκράτησης ή του διαβληννογόνιου στηρίγματος, ή ακόμη και του ίδιου του εμφυτεύματος. Παρουσιάζεται, επίσης, πόσο μπορεί να επηρεάσει ο τρόπος διασύνδεσης εμφυτεύματος και διαβληννογόνιου στηρίγματος την εμφάνιση επιπλοκών. Ακόμη, αποκαλύπτονται τρόποι με τους οποίους μπορούν να απομακρυνθούν τα θραύσματα από το υπάρχον εμφύτευμα επιτρέποντας, υπό προϋποθέσεις, την επαναχρησιμοποίηση του. Τέλος, περιγράφεται η χρήση του κατάλληλου συστήματος για την απομάκρυνση των κατεαγότων τμημάτων από το σώμα του εμφυτεύματος. Η θραύση μονήρων οπίσθιων επιεμφυτευματικών αποκαταστάσεων από άσκηση υπέρμετρων συγκλειακών δυνάμεων μπορεί να αποτραπεί μέσα από την τήρηση συγκεκριμένων κανόνων και κατευθύνσεων. Αυτές συνίστανται στην εξατομίκευση κάθε περίπτωσης, στο σωστό σχεδιασμό της θεραπείας, την προσεκτική χειρουργική εκτέλεση και την τήρηση του προγράμματος επανεξετάσεων του ασθενούς.

28

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΔΟΝΤΙΩΝ ΓΙΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ.

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

Οι απαιτήσεις των ασθενών, ιδιαίτερα όσον αφορά στην αισθητική αποκατάσταση του χαμόγελου, ολοένα και αυξάνονται. Παράλληλα, η ακί-

νητη προσθετική εξελίσσεται διαρκώς, δίνοντας στον κλινικό οδοντίατρο λύσεις με τη χρήση καινούργιων μεθόδων, τεχνικών και υλικών. Τα κε-

ραμικά υλικά χρησιμοποιούνται στην καθ' ημέρα οδοντιατρική πράξη, λόγω της υψηλής αισθητικής απόδοσης που προσφέρουν. Τη χρήση τους όμως περιορίζουν οι μηχανικές τους ιδιότητες, όπως η μικρή αντοχή στη θλίψη, με συνέπεια τα μικροκατάγματα. Γι' αυτό το λόγο, η χρήση τους περιορίζεται στα πρόσθια δόντια. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των παρασκευών, των νέων υλικών και των νέων τεχνικών όσον αφορά στις αποκαταστάσεις στην αισθητική ζώνη μέσα από κλινικά παραδείγματα. Οι ολοκεραμικές αποκαταστάσεις, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν σε περιπτώσεις όπου κυρίαρχος παράγοντας είναι η αισθητική της πρόσθιας ζώνης, είναι οι στεφάνες, οι προστομιακές όψεις και οι άξονες με ψευδομύλη. Για την τοποθέτηση των ολοκεραμικών στεφανών απαιτείται παρασκευή με όριο εύρους 1,5 έως 2 χιλιοστών, ενώ στην κοπτική-μαστική επιφάνεια θα πρέπει η παρασκευή να μην είναι μεγαλύτερη από 2 χιλιοστά, για λόγους αντοχής. Επιπλέον, θα

πρέπει να καταλήγει σε βαθιά έντονη τοξοειδή παρασκευή ή σε βάθρο, για απόδοση αισθητικής αυθεντικά και αυξημένη αντοχή. Στην περίπτωση στεφάνης με πυρήνα ζirkονίου, το όριο της παρασκευής μπορεί να είναι λίγο μικρότερο, αφού η ζirkονία ως υλικό έχει αυξημένη αντοχή από μόνη της. Η χρήση προστομιακών κεραμικών όψεων απαιτεί ελάχιστη αποκοπή υγιούς αδαμαντίνης και πολύ λιγότερους χειρισμούς, αφού χαρακτηρίζεται ως η τεχνική με τη μικρότερη απώλεια σκληρών οδοντικών ιστών. Στις ολοκεραμικές αισθητικές αποκαταστάσεις έχουν προστεθεί και οι ολοκεραμικοί άξονες με ψευδομύλη με υπερενισχυμένα κεραμικά. Όσον αφορά στην αποκατάσταση της αισθητικής ζώνης, ο κλινικός οδοντίατρος θα πρέπει να επιδιώκει το καλύτερο δυνατό αισθητικό αποτέλεσμα σε συνάρτηση με τη λειτουργική αρμονία, ακολουθώντας πιστά τις αρχές παρασκευών σε κάθε περίπτωση.

29

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΟΣΤΕΟΕΝΣΩΜΑΤΟΥΜΕΝΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ.

Λώλης Χ*, Σοηδάτος Ν, Κοντακιώτης Γ.

Ένας πολυσυζητημένος παράγοντας στην εμφυτευματολογία, είναι η αρχική σταθερότητα των εμφυτευμάτων. Είναι πολύ σημαντικό στοιχείο όσον αφορά στην οστεοενσωμάτωση, αλλιώς και απαραίτητη προϋπόθεση σε περιπτώσεις που ακολουθούνται πρωτόκολλα άμεσης φόρτισης. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν την αρχική σταθερότητα του εμφυτεύματος, η ανάλυση χειρουργικών τεχνικών που μπορούν να βοηθήσουν στην επίτευξή της και η παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων. Η αρχική σταθερότητα εξαρτάται κυρίως από την ποσότητα και την ποιότητα του οστού, το είδος της επιφάνειας, το σχεδιασμό και το μήκος του εμφυτεύματος, αλλιώς και από την επιλογή της χειρουργικής τεχνικής. Σε περιοχές όπου η ποιότητα του οστού είναι 3 και 4 κατά Lenkolm και Zarb, η επίτευξη αρχικής σταθερότητας είναι πιο δύσκολη, σε σχέση με περιοχές με ποιότητα οστού 1 και 2.

Για την παρασκευή των οστικών φρεατίων στις περιοχές 3 και 4, μπορεί να εφαρμοστεί η τεχνική με τη χρήση οστεοτόμων που συμπυκνώνουν το οστό, ή ακόμα και η υποπαρασκευή του φρεατίου. Μέθοδοι μέτρησης και αξιολόγησης της αρχικής σταθερότητας είναι η ροπή κοκλίωσης του εμφυτεύματος -σε περιπτώσεις άμεσης φόρτισης να είναι πάνω από 30N- και οι συσκευές υπερήχων τύπου ISQ. Σε ιστολογικό επίπεδο, η αρχική σταθερότητα σχετίζεται με την επαφή του οστού με την επιφάνεια του εμφυτεύματος (bone-to-implant contact). Συμπερασματικά, με ένα συνδυασμό χειρουργικών τεχνικών, επιλογής εμφυτεύματος και τεχνικών προσθετικής αποκατάστασης, ο κλινικός είναι σε θέση να ελέγξει και να επιτύχει την αρχική σταθερότητα, ακόμα και σε περιοχές χαμηλής ποιότητας οστού. Με αυτό τον τρόπο, μπορεί να αυξηθούν τα ποσοστά επιτυχίας και μακροχρόνιας επιβίωσης των εμφυτευμάτων.

30

ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΕΣ ΤΟΥ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ. ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΑ ΚΑΙ ΝΑΡΘΗΚΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ.

Μυλωνάς Θ.*, Βαϊρή Μ.

Ένα εμφυτευματικό σύστημα θα πρέπει να συμβάλει στην αισθητική και να αποκαθιστά τη λειτουργικότητα του στόματος. Τα εμφυτεύματα AB-implants για παράδειγμα, παρέχουν διπλή πλατφόρμα στερέωσης. Όταν δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί το εσωτερικό εξάγωνο, τότε μία δεύτερη επιφανειακή σύνδεση βοηθά ώστε να παραληητιστούν τα κολοβώματα, ειδικά σε κοχλιωτές εργασίες. Η απόλυτη εφαρμογή του εξαγώνου του κολοβώματος στο εσωτερικό εξάγωνο του εμφυτεύματος αποτρέπει τις μικροκινήσεις στο επίπεδο σύνδεσης, διαμοιράζει τις δυνάμεις στο σύνολο του εμφυτεύματος και έτσι αποφεύγεται η αυχενική οστική απορρόφηση. Η βαθιά σπείρωση στον αυχένα ενισχύει την αυχενική οστική συγκράτηση. Τα ηεπτά (διαμέτρου 2 έως 3 χιλιοστών) εμφυτεύματα δύο τεμαχίων, εξυπηρετούν ακόμη και σε πολύ ηεπτό οστό την τοποθέτηση γωνιωδών κολοβωμάτων. Τα μίνι εμφυτεύματα των 4 χιλιοστών μήκους, μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε περιπτώσεις μεγάλων γεφυρών για την αποφυγή τά-

σεων. Καινοτομία επίσης είναι και ο διπλός αντάπτορας γωνίωσης 17° έως 30° που κατορθώνει να παραληητίσει εμφυτεύματα με μεγάλη κλίση για κοχλιωτές εργασίες. Η εργασία αυτή είχε σαν στόχο την καταγραφή της πορείας των αποκαταστάσεων, χρησιμοποιώντας τις καινοτομίες που προσφέρει το εμφυτευματικό σύστημα AB-implants. Τυχαία επιλέχθηκαν 36 ασθενείς, 23 γυναίκες και 13 άνδρες, που αποκαταστάθηκαν με 97 εμφυτεύματα AB-implants μονήρη ή νάρθηκοποιημένα μεταξύ τους, μετά τη λειτουργία 18 μηνών. Καταγράφηκαν: (1) η επιτυχία των εμφυτευμάτων σύμφωνα με τα γνωστά κριτήρια των Albrektsson (1985) και των Buser και συν. (1990) και τους περιεμφυτευματικούς δείκτες, (2) η αισθητική απόδοση της μεταλλοκεραμικής αποκατάστασης, αληθά και (3) η υποκειμενική εντύπωση των ασθενών με τη βοήθεια ερωτηματολογίου. Όλοι οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι με την απόδοση τόσο της λειτουργίας όσο και της αισθητικής. Κανένα εμφύτευμα δεν παρουσίασε κάποιο πρόβλημα.

31

ΜΕΤΑΛΛΟΚΕΡΑΜΙΚΑ ΔΙΑΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΑ ΣΤΗΡΙΓΜΑΤΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ. ΜΗΧΑΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.

Κρεμμύδας Μ.*, Τασσόπουλος Δ., Τριποδάκη Ε., Φιλιππάτος Γ., Τριποδάκης Α.Π.

Η γειτνίαση των μαλακών ιστών με τα διαβληννογόνια στηρίγματα στις επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις, ιδιαίτερα στην αισθητική ζώνη, υπαγορεύει συγκεκριμένα μορφολογικά και οπτικά χαρακτηριστικά που οφείλουν αυτά να έχουν. Τα στηρίγματα τιτανίου παρέχουν επαρκείς μηχανικές ιδιότητες, αληθά υστερούν αισθητικά λόγω της ακατάληπτης χρωματικής τους εμφάνισης. Τα στηρίγματα ζirkονίου παρέχουν πολύ καλή αισθητικά αποτελέσματα, αληθά έχουν αμφισβητούμενες μηχανικές ιδιότητες. Σκοπός αυτής της ερ-

γασίας είναι να παρουσιαστεί ως εναληθακτική λύση η εφαρμογή των μεταλλοκεραμικών διαβληννογόνων στηριγμάτων και να περιγραφεί η μηχανική και αισθητική συμπεριφορά τους κληνικά. Τα μεταλλοκεραμικά διαβληννογόνια στηρίγματα κατασκευάζονται με όπτηση πορσελάνης πάνω σε ένα μεταλλικό πυρήνα στηρίγματος. Το μεταλλικό τμήμα του κατασκευάζεται πάνω σε ένα UCLA προκατασκευασμένο στήριγμα ευγενούς κράματος, το οποίο έχει βάση το χρυσό, εφαρμόζει επακριβώς στην κεφαλή του εμφυτεύματος

και φέρει ένα π्लाστικό σωλήνα. Πριν από την επένδυση με πυρόχωμα, γίνεται κέρωμα του π्लाστικού σωλήνα - πυρήνα του στηρίγματος, ώστε να προσαρμοστεί στηρικτικά στην ανατομία του κεραμικού στηρίγματος. Ακολουθεί επιχύτευση με κράμα χρυσού, το οποίο είναι κατάλληλο για μεταλλοκεραμικές αποκαταστάσεις. Γίνεται επεξεργασία και ολοκλήρωση του μεταλλικού σκελετού και ακολουθεί η όπτηση - επένδυση με πορσελάνη. Μετά την όπτηση της πορσελάνης, το στήριγμα προσομοιάζει με συμβατό κολλόβωμα. Κατά τον ενδοστοματικό έλεγχο, το μεταλλοκεραμικό στήριγμα παρασκευάζεται συμπληρωματικά, ώστε τα όρια να είναι ενδοσχισμικά πριν από την τελική αποτύπωση. Το μεταλλοκεραμικό διαβληνο-

γόνιο στήριγμα συνδυάζει τα μηχανικά πλεονεκτήματα των μεταλλικών στηριγμάτων, όπως αντοχή στη θραύση και στην κόπωση, και τα αισθητικά πλεονεκτήματα των κεραμικών κολλοβωμάτων, όπως υψηλή φωτεινότητα, ημιδιαφάνεια, αποβολή του γκριζωπού αποχρωματισμού στα όρια της αποκατάστασης. Η ανθεκτικότητα του κεραμικού επιστρώματος εξασφαλίζει την ευκολία της ενδοστοματικής τροποποίησης, ενώ οι οπτικές του ιδιότητες παρέχουν το κατάλληλο χρώμα και βάθος ημιδιαφάνειας που μιμείται το οπτικό αποτέλεσμα του φυσικού δοντιού. Η κατασκευή των μεταλλοκεραμικών διαβληνογόνων στηριγμάτων δεν απαιτεί εξειδικευμένο εργαστηριακό εξοπλισμό.

32

Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ CAD-CAM ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘ' ΗΜΕΡΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ.

Μητσιάς Μ.*, Σολδάτος Ν., Γούσιος Η.

Η έλλευση της CAD-CAM τεχνολογίας έχει αλλάξει ριζικά τη φιλοσοφία των ολοκεραμικών προσθετικών αποκαταστάσεων. Το στάδιο του χτισίματος του κέρινου σκελετού έχει αντικατασταθεί με τον ψηφιακό σχεδιασμό, ο οποίος προσφέρει πολλαπλές επιλογές στον οδοντοτεχνίτη. Δίνει τη δυνατότητα να απεικονιστούν όλες οι πιθανές επιλογές σχεδιασμού σε ελάχιστο χρόνο, ώστε εκείνος να επιλέξει τον αρτιότερο. Η έλλευση επίσης και των διαφόρων ολοκεραμικών υλικών, όπως η αλουμίνα και η ζirkονία, έδωσε νέα ώθηση σε βιομηχανικό, κλινικό και ερευνητικό επίπεδο. Με τη χρήση της CAD-CAM τεχνολογίας και της ζirkονίας είναι δυνατόν να κατασκευαστούν πυρήνες για μονήρεις αποκαταστάσεις, σκελετοί για γέφυρες, διαβληνογόνια επιεμφυτευματικά στηρίγματα, πρωτογενείς στεφάνες για τηλεσκοπικές αποκαταστάσεις, ενδορρι-

ζικοί άξονες, ακόμα και εμφυτεύματα. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τις δυνατότητες των CAD-CAM συστημάτων από την πρώτη ημέρα κυκλοφορίας τους, το 1985 όπου πρωτοεμφανίστηκε το Sirona (Sirona Dental Systems, Charlotte, North Carolina, USA and Bensheim, Germany), μέχρι και σήμερα με την έλλευση του Procera (Nobel Biocare). Επίσης, θα παρουσιαστούν οι τρόποι χειρισμού τους και τα χρησιμοποιούμενα ολοκεραμικά υλικά αποκατάστασης. Συμπερασματικά, τα CAD-CAM συστήματα έχουν αποκτήσει την εκτίμηση και την εμπιστοσύνη των σύγχρονων κλινικών, δίνοντας μία πληθώρα λύσεων στους ασθενείς. Η περαιτέρω αναβάθμιση και εξέλιξη των λογισμικών τους, καθώς και η φιλικότητα προς το χειριστή, είναι επιβεβλημένα και πρέπει να είναι το πρώτο μέλημα των εταιρειών κατασκευής τους.

33

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΩΔΗΣ ΓΝΑΘΟΥ ΜΕ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ.

Μυλωνάς Θ.*, Βαϊρή Μ.

Με την πάροδο του χρόνου το άνω χείλος λεπτύνει και χάνει ανάγλυφα χαρακτηριστικά, όπως η κυρτότητα, το φίλτρο, η άνοδος των γωνιών κλπ. Παρόμοιες μεταβολές παρατηρούνται και στο κάτω χείλος. Το φαινόμενο πτώσης του προσώπου μετά από πολλαπλές εξαγωγές είναι χαρακτηριστική εικόνα γηρατειών. Η υποστήριξη μέσω ολικών οδοντοστοιχιών ήταν ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος μέχρι την έλευση των εμφυτευμάτων. Παρόλο όμως που οι οδοντοστοιχίες μπορούσαν να βοηθήσουν στη λύση του προβλήματος, πολύ δύσκολα ξεπερνούσαν τα λειτουργικά προβλήματα της νωδότητας. Η εργασία αυτή είχε σαν στόχο την εκτίμηση των εμφυτευμάτων AB-implants σε ολική αποκατάσταση νωδών γνάθων. Επιλέχθηκαν 16 ασθενείς (6 γυναίκες και 10 άντρες) για ολική αποκατάσταση στην άνω ή κάτω γνάθο, με έμμεσες ή άμεσες εμφυτεύσεις. Για κάθε γνάθο τοποθετήθηκαν το λιγότερο 6 εμφυτεύματα με όσο το δυνατόν πιο συμμετρική διασπορά. Με το πέρας της συρραφής και αφού τοποθετήθηκε γέλη κλωροξειδίνης στο

βλεννογόνο, ελήφθησαν αποτυπώματα για την κατασκευή μίας ολικής οδοντοστοιχίας. Η φόρτιση των εμφυτευμάτων γινόταν μετά από δύο μήνες στην άνω γνάθο και 1,5 μήνα στην κάτω γνάθο. Σε κάθε ασθενή, μετά από 18 μήνες εξετάστηκε η γέφυρα και αφού αφαιρέθηκε καταγράφηκαν η σταθερότητα των εμφυτευμάτων, του οστού γύρω από τα εμφυτεύματα, οι περιεμφυτευματικοί δείκτες και η κατάσταση χειλιών και παρειάς. Όλα τα εμφυτεύματα πληρούσαν τα κριτήρια της επιτυχίας. Η εκτίμηση της αισθητικής του χαμόγελου κρίθηκε ως καλή κατά 34%, ως πολύ καλή κατά 42% και ως άριστη κατά 24%. Η καταγραφή της αναλογίας χείλους-στεφάνης-ούλων έδειξε για -2 σε 3,2%, για -1 σε 46,8%, για 0 σε 26,8, για 1 σε 23,3%. Τα αποτελέσματα (Lay- Person) της σύγκρισης της αισθητικής, καθώς και το επίπεδο εμφάνισης των άνω δοντιών που είναι παρόμοιο (Mann-Whitney test) με το φυσικό φραγμό ομαλής σύγκλησης, αποδεικνύουν την άρτια αποκατάσταση με αυτού του είδους τα εμφυτεύματα.

34

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΜΙΚΡΟΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ, ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ, ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Σολδάτος Ν.*, Θωμόπουλος Κ., Τσιούφης Κ., Σιλβέστρος Σ.

Η πλειοψηφία των ερευνών έχει αποδείξει την ανεξάρτητη συσχέτιση της χρόνιας περιοδοντικής νόσου με την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων και με τη βλάβη των οργάνων στόχων. Επίσης, έχει προταθεί ότι η χρόνια περιοδοντική νόσος παρομοιάζεται με επιταχυντή της εμφάνισης της αθηροσκληρωτικής διαδικασίας. Παρ' όλα αυτά, δίνοντας έμφαση στους νεφρούς ως όργανα-στόχους, μία δοσοεξαρτώμενη συσχέτιση μεταξύ των δεικτών της περιοδοντικής καταστρο-

φής και της απέκκρισης αλβουμίνης στα ούρα, λείπει από τις υπάρχουσες μελέτες. Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να καταδείξει τη συσχέτιση του λόγου αλβουμίνης/κρεατινίνης με τους δείκτες περιοδοντικής καταστροφής, σε συνθήκες αυξημένης ή μειωμένης συστηματικής φλεγμονής με τη χρήση της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης, σε υπερτασικούς μη διαβητικούς ασθενείς. Εξετάστηκαν 242 υπερτασικοί ασθενείς, οι οποίοι δεν είχαν λάβει αντιυπερτασική θεραπεία, ηλικίας 51 ± 9 ετών. Εφαρμό-

σθηκε 24ωρη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, ενδελεχής περιοδοντική εξέταση με τη χρήση των δεικτών περιοδοντικής καταστροφής (κλινική απώλεια πρόσφυσης, βάθος θυλάκου και απλουστευμένος ουλικός δείκτης), καρδιογράφημα, υπερηχογράφημα και βιοχημικές εξετάσεις, από τις οποίες προσδιορίστηκε το μεταβολικό προφίλ των ασθενών και η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη. Τέλος, με τη χρήση δύο ανεξάρτητων δειγμάτων ούρων, προσδιορίστηκε ο λόγος αλβουμίνης/κρεατινίνης (UACR) και της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) (10mg/g και 1,67 mg/L), ο συνολικός πληθυσμός χωρίστηκε σε 4 ομάδες: 1: χαμηλός-UACR/χαμηλή-CRP (n=65), 2: χαμηλός-UACR/υψηλή-CRP (n=63), 3: υψηλός-UACR/χαμηλή-CRP (n=51), 4: υψηλός-UACR/υψηλή-CRP (n=63). Υπήρξε σημαντική διαφορά στους περιοδοντικούς δείκτες μεταξύ των 4

ομάδων. Επίσης, οι ομάδες με υψηλό-UACR είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη 24ωρη συστολική πίεση. Επιπλέον, ο λόγος αλβουμίνης/κρεατινίνης συσχετίστηκε με όλους τους περιοδοντικούς δείκτες, τη C-αντιδρώσα πρωτεΐνη, αθλητά και με την αλληλεπίδραση του καθενός δείκτη της περιοδοντικής καταστροφής με τη C-αντιδρώσα πρωτεΐνη. Τέλος, η μέση απώλεια κλινικής πρόσφυσης ήταν ο ισχυρότερος προσδιοριστής, απ' όλους τους περιοδοντικούς δείκτες, της τέταρτης ομάδας (υψηλός-UACR/υψηλή-CRP). Συμπερασματικά, σε υπερτασικούς ασθενείς, στους οποίους δεν είχε εφαρμοσθεί στο παρελθόν καμία αντιυπερτασική θεραπεία, οι δείκτες της περιοδοντικής καταστροφής και η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη ασκούν μία επιβαρυντική επίδραση στα επίπεδα του λόγου αλβουμίνης/κρεατινίνης, ανεξάρτητα από τα φλεγμονώδη και τα αιμοδυναμικά φορτία.

35

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΟΥΔΕΤΕΡΗΣ ΖΩΝΗΣ. ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΠΩΣ.

Πολυχρονάκης Ν.*, Σωτηρίου Μ., Ζήσης Α.

Η κατάλληλη τοποθέτηση των τεχνητών δοντιών σε σχέση με τους υποκείμενους και περιβάλλοντες ιστούς, που θεωρείται μέγιστης σημασίας για την αποδοτική λειτουργία των κινητών προσθέσεων, βασίζεται σε δύο θεωρίες: τη μηχανική, όπου τα δόντια τοποθετούνται στην κορυφή της φατνιακής ακρολοφίας, και τη βιολογική, όπου η τοποθέτησή τους γίνεται στην ουδέτερη ζώνη (ανατομικός χώρος όπου οι δυνάμεις που προέρχονται από τη γλώσσα και έχουν φορά προς τα έξω εξουδετερώνονται από αντίθετα δρώσες δυνάμεις που προέρχονται από τα χείλη και τις παρειές). Σκοπός της εργασίας είναι να αναφερθούν οι περιπτώσεις που εφαρμόζεται η θεωρία της ουδέτερης ζώνης για την κατασκευή των ολικών

οδοντοστοιχιών και να περιγραφεί μία τεχνική καταγραφής της. Η καταγραφή της ουδέτερης ζώνης για την τοποθέτηση των τεχνητών δοντιών και τη διαμόρφωση των λείων επιφανειών, μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην κλινική πράξη με πολύ καλά αποτελέσματα, ιδιαίτερα σε ασθενείς με έντονα απορροφημένη ακρολοφία της κάτω γνάθου, σε ασθενείς που έχουν παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα νωδοί, και σε περιπτώσεις ασθενών με ανατομικές ιδιομορφίες της γλώσσας ή/και της κάτω γνάθου, συγγενείς ή επίκτητες, ή διαταραχές του νευρομυϊκού παράγοντα. Η τεχνική καταγραφής της ουδέτερης ζώνης απαιτεί ειδικά διαμορφωμένη βασική πλάκα της κάτω γνάθου και παχύρρευστη σιλικόνη.

36

**ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΕΥΚΙΝΗΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ
ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΚΙΝΗΤΩΝ ΠΡΟΣΘΕΣΕΩΝ.**

Πολυχρονάκης Ν.*, Ζήσης Α., Σωτηρίου Μ.

Υπό το πρίσμα της βιολογικής θεώρησης, ο σημαντικότερος παράγοντας χαρακτηρισμού των κινητών προσθέσεων ως επιτυχημένων, είναι η διατήρηση της υγείας των ιστών με τους οποίους έρχονται σε άμεση ή έμμεση επαφή. Παρόλα αυτά, και η αρτιότερη κατασκευή μπορεί να προκαλέσει βλάβες τόσο στην επιφάνεια έδρασης όσο και στο υποκείμενο οστό, πόσο μάλλον όταν δεν εκπληρώνει βασικούς κανόνες κατασκευής. Ο συνδυασμός οστικής απορρόφησης και πίεσης του υπερκείμενου βλεννογόνου, δημιουργεί κινητό βλεννογονοπερίοστρο (flabby ridge), αυτό που στην καθ' ημέρα κλινική πράξη χαρακτηρίζεται ως ευκίνητος βλεννογόνος. Απορροφημένη ακρολοφία καλυπτόμενη από ευκίνητο βλεννογόνο, βλάβη που παρατηρείται συνήθως στην πρόσθια περιοχή της ακρολοφίας της άνω γνάθου, προκαλείται κυρίως όταν τα φυσικά δόντια της

κάτω γνάθου συγκλείνουν με τα τεχνητά δόντια της άνω ολικής οδοντοστοιχίας. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη του προβλήματος του ευκίνητου βλεννογόνου και η περιγραφή μίας τεχνικής αποτύπωσης της επιφάνειας έδρασης μίας ολικής οδοντοστοιχίας που να οδηγεί σε μία επιτυχημένη κινητή πρόσθεση. Για τη λήψη αποτύπωματος εφαρμόζεται η μικτή τεχνική αποτύπωσης με ειδικό ατομικό δισκάριο. Η αποτύπωση πραγματοποιείται σε δύο στάδια. Πρώτα αποτυπώνονται οι περιοχές που καλύπτονται από φυσιολογικό βλεννογόνο και στη συνέχεια γίνεται η αποτύπωση του ευκίνητου βλεννογόνου. Η ακριβής αποτύπωση του ευκίνητου βλεννογόνου προσφέρει πολύ καλή επαφή της επιφάνειας έδρασης της ολικής οδοντοστοιχίας με τους υποκείμενους ιστούς και έτσι επιτυγχάνεται η λειτουργική σταθερότητα.

37

**ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ
ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΚΡΙΤΗΡΙΟΥ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ.**

Τριποδάκης Α.Π.

Το πεδίο άσκησης της οδοντιατρικής πράξης για τον κλινικό οδοντίατρο είναι εξ ορισμού περιορισμένο στα στενά πλαίσια της στοματικής κοιλότητας. Επιπλέον, και ο χώρος του οδοντιατρείου στην πλειονότητα των περιπτώσεων αποτελεί περιορισμένο χώρο απομόνωσης του οδοντίατρου στα στενά πλαίσια της προσωπικής σχέσης του με τον ασθενή. Έχοντας λοιπόν αυτός ολοκληρώσει επιτυχώς τις προπτυχιακές ή ακόμη και τις μεταπτυχιακές του σπουδές, αναλαμβάνει το οδοντιατρικό επάγγελμα ως παροχή υπηρεσιών, αναλαμβάνοντας συγχρόνως τον αγώνα και την αγωνία της ολοκλήρωσης της αντιμετώπισης της κάθε περίπτωσης με το καλύτερο κατά το δυνατόν κλινικό αποτέλεσμα. Οι δυνατότητες όμως που του

παρέχονται συνεχούς και δυναμικής αυτοαξιολόγησης και προοδευτικής βελτίωσής του ως κλινικού, κινδυνεύουν να εμπέσουν αναγκαστικά στον υποκειμενισμό και ενδεχομένως στη λήθη. Η ανακοίνωση αυτή αποβλέπει στην αναφορά της διαδικασίας παρουσίασης περιστατικών σε ευρύτερο ή στενότερο κύκλο συναδέλφων, ως μέσο αυτοαξιολόγησης και βελτίωσης του κλινικού κριτηρίου του οδοντίατρου, καθώς και των δεξιοτήτων του. Αφετηριακής σημασίας στην προσέγγιση της εξασφάλισης της δυνατότητας μεθλητικής παρουσίασης κάποιου περιστατικού, αποτελεί η προκαταρκτική αλήθεια και η συνεχής διατήρηση του ιστορικού του ασθενή, περιλαμβανομένου του σχεδίου θεραπείας, καθώς και της προόδου των

εργασιών. Η διατήρηση συστηματικού ακτινογραφικού αρχείου είναι απαραίτητη. Καθοριστικής σημασίας είναι και η διατήρηση φωτογραφικού αρχείου ενδοστοματικών φωτογραφιών. Η ενδοστοματική φωτογράφιση της προτέρας κατάστασης, της προόδου των εργασιών και αργότερα μετά την παρέλευση χρόνου μετά την ολοκλήρωση κάθε περιστατικού, εξασφαλίζει τη μοναδική δυνατότητα αντικειμενικής αυτοαξιολόγησης, αφού εμφανίζει όψεις πολύ διαφορετικές από εκείνες που αντιλαμβάνεται ο οδοντίατρος άμεσα κατά την άσκηση της κλινικής πράξης. Η φωτογράφιση επίσης εκμαγείων μελέτης και εργασίας, συμπληρώνει τη δυνατότητα ολοκληρωμένης παρουσίασης των περιπτώσεων. Με την ψηφιακή

απεικόνιση πλέον, διευκολύνεται η δυνατότητα της συστηματικής αρχειοθέτησης, τόσο της ακτινογραφικής όσο και της ενδοστοματικής φωτογραφίας. Τέλος, όταν πλέον το πλήρες αρχείο ενός ολοκληρωμένου περιστατικού παρουσιαστεί σε στενότερο ή ευρύτερο κύκλο συναδέλφων, δίνεται η δυνατότητα στον κλινικό οδοντίατρο να δεχτεί καλοπροαίρετη και εποικοδομητική κριτική. Συμπερασματικά, η διατήρηση ολοκληρωμένου αρχείου αποτελεί εξαιρετικά σημαντικό μέσο βελτίωσης του κλινικού κριτηρίου και της δεξιάτητας του οδοντίατρο. Με την προοπτική της παρουσίασης της κάθε περίπτωσης μέσω του αρχείου αυτού, επιτυγχάνεται μοναδικά η δυνατότητα της αντικειμενικής του αυτοαξιολόγησης.

38

ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΖΩΝΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ Ι.

Κοντακιώτης Γ.

Συγγενείς διαταραχές που αφορούν στους πηλαγίους τομείς, εμφανίζονται συχνά, είτε με τη μορφή της ανοδοντίας, είτε με τη μορφή της νανοδοντίας. Στην προσθετική αντιμετώπιση της νανοδοντίας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ιδιαιτερότητες της αποκατάστασης, αφού το κοιλόβωμα έχει ιδιαίτερο σχήμα και είναι μικρό σε μέγεθος, συγκριτικά με τα υπόλοιπα φυσικά δόντια. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση κλινικής περίπτωσης, κατά την οποία αποκαταστάθηκε το χαμόγελο σε ασθενή με νανοδοντία πηλαγίων τομέων στην άνω γνάθο, με στεφάνες ζirkονίου. Η επιλογή για τη χρήση της ζirkονίας έγινε, διότι έχει αρκετή αντοχή για να υποστηρίξει τις κοπτικές γωνίες και μπορεί να αποδώσει ικανοποιητικό εύρος και αισθητική, υποστηρίζοντας την πορσελάνη. Για

την επίτευξη του παραπάνω σκοπού αρχικά έγινε διαγνωστικό κέρωμα που έδειξε τα εξής συμπεράσματα: (1) διευθέτηση του μεσοδοντίου διαστήματος άπω του 12 ανοικτό για να μην αυξηθεί σε εγγύς-άπω εύρος η αποκατάσταση και (2) η παρεμβολή του σχήματος του 12 στη σύγκληση υπαγορεύει την προκαταβολική τροποποίηση των ανταγωνιστών στην περιοχή. Στη συνέχεια παρασκευάστηκαν τα δόντια με μικρό βάθος, αφού το κοιλόβωμα είναι μικρό σε μέγεθος, και τοποθετήθηκαν μεταβατικά μέχρις ότου κατασκευαστούν οι στεφάνες ζirkονίου. Συμπερασματικά, σε περιπτώσεις όπου απαιτείται συγκλησιακή αντοχή, χωρίς αυχενικά και υψηλή αισθητική απόδοση, οι στεφάνες με κεραμικό υπόστρωμα ζirkονίας αποτελούν υλικό εκλογής.

39

ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΖΩΝΗ.**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ II.****Ραβανής Π.**

Η αποκατάσταση της λειτουργικότητας του οδοντικού φραγμού αποτελεί καθημερινή κλινική πράξη με τη χρήση ακίνητων προσθετικών αποκαταστάσεων. Στις περιπτώσεις που η ακίνητη προσθετική καλείται να αποκαταστήσει τη λειτουργικότητα των προσθίων δοντιών, οφείλει να υπηρετήσει ταυτόχρονα και τους κανόνες της αισθητικής. Η αποκατάσταση της αισθητικής ζώνης προκειμένου να ικανοποιήσει τις βιολογικές, λειτουργικές αληθιά και αισθητικές αρχές των ακίνητων προσθέσεων, πραγματοποιείται με τη χρήση ολοκεραμικών προσθετικών υλικών. Ολοκεραμικά υλικά, όπως τα σύγχρονα υαλοκεραμικά διπυριτικού λιθίου, με τη διαφάνεια που αποδίδουν στις αποκαταστάσεις, οδηγούν σε απόδοση φυσικού χρώματος, ενώ παράλληλα επιτρέπουν την διόρθωση συνωστισμών και επαληθιγίων. Σκοπό της εργασίας αποτελεί η παρουσίαση κλινικής περίπτωσης, στην οποία αποκαθίσταται η λειτουργικότητα και η αισθητική της πρόσθιας ζώνης ασθενούς με τη χρήση ακίνητων προσθετικών αποκαταστάσεων ολικής επικάλυψης, διορθώνοντας τόσο το σχήμα και τη διευθέτηση στο φραγμό, όσο και τη χρωματική απόδοση. Συγκεκριμένα, παρουσιάζεται ο τρόπος με τον οποίο γυναίκα 25 ετών, με κύριο αίτημα την αποκατάσταση του χαμόγελού της, θεραπεύεται με τη βοήθεια τεσσάρων ολοκεραμικών στεφανών τύπου IPS - Empress

2 της εταιρείας Ivoclar, στους δύο κεντρικούς και τους δύο πλάγιους τομείς της. Περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο από την αρχική κατάσταση της ασθενούς με τέσσερις τομείς της άνω γνάθου με επαληθιγίες, ποληλαπλές παρεμβάσεις με χρήση συνθέτων ρητινών και επανατερηδονισμούς, προκύπτει η τελική αποκατάσταση με τη βοήθεια του προπροσθετικού σχεδιασμού, την ανάλυση του χαμόγελου, το διαγνωστικό κέρωμα. Με απόλυτα προβλέψιμο τρόπο αποδίδεται αισθητική αποκατάσταση, κατανέμοντας συμμετρικά τους χώρους των τεσσάρων τομέων χωρίς να επηρεάζεται η σύγκληση της ασθενούς. Στη συνέχεια, μετά τον ορθό σχεδιασμό του περιστατικού, περιγράφεται η προσθετική αποκατάσταση με τη χρήση ολοκεραμικών υλικών που αποδίδουν φυσικότητα και διαφάνεια στις τελικές αποκαταστάσεις, ικανοποιώντας τις υψηλές απαιτήσεις της ασθενούς για το χαμόγελο που τελικά της προσφέρεται. Η χρήση του κατάλληλου ολοκεραμικού υλικού στην κάθε περίπτωση, φέρει αποδεκτά αισθητικά αποτελέσματα όταν έρχεται να επιστεγάσει, με την αισθητική υπεροχή του ως υλικό, μία διαδικασία μελέτης και σχεδίασης της περίπτωσης την οποία θα αποκαταστήσει. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν επιβάλλεται και η εξουδετέρωση ανώμαλης θέσης και κλίσης στο φραγμό.

40

ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΖΩΝΗ.**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ III.****Μεϊντάνη Μ.**

Η ακίνητη προσθετική οφείλει να υπηρετεί με τις αποκαταστάσεις της, τόσο βιολογικές, όσο λειτουργικές και αισθητικές αρχές. Η εξέλιξη των υλικών και η προσθήκη στη φαρέτρα του κλινικού οδοντιάτρου των ολοκεραμικών, ανοίγει το δρό-

μο για προσθετικές αποκαταστάσεις που υπερέχουν σε αισθητική λόγω αυξημένου βάθους διαφάνειας σε σχέση με τα παραδοσιακά μεταλλοκεραμικά, οδηγώντας σε αποκαταστάσεις με αισθητική υπόσταση εφάμιλλη των φυσικών δο-

ντιών. Όμως, ακόμα και σε περιπτώσεις δυσχρωμικού υποστρώματος οδοντίνης, όπου η χρήση αδιαφανών υλικών, όπως το μέταλλο ή η ζirkονία, θα ήταν απόλυτη ένδειξη, τα σύγχρονα υαλοκεραμικά συστήματα διπυριτικού λίθιου παρέχουν επαρκή κάλυψη δυσχρωμιών. Παράλληλα, με τη διαφάνειά τους επιτρέπουν την κατασκευή αποκαταστάσεων με φυσικότητα στην τελική απόδοση του χρώματος. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση κλινικής περίπτωσης στην οποία αποκαθίστανται τα δόντια της αισθητικής ζώνης ασθενούς με τη χρήση ακίνητων ολοκεραμικών αποκαταστάσεων μερικής επικάλυψης στα υγιή και ολικής επικάλυψης στα δυσχρωμικά. Άνδρας, ηλικίας 30 ετών, παραπονείται ότι δεν μπορεί να χαμογελάσει, εντοπίζοντας το πρόβλημά του στους τέσσερις τομείς της άνω γνάθου του, οι οποίοι φέρουν εμφράξεις συνθέτων ρητινών, και ιδιαίτερα στους δυσχρωμικούς #21 και #12. Καταρτίζεται το σχέδιο θεραπείας του ασθενούς μετά την αξιολόγηση της πρόγνωσης κάθε δοντιού ξεχωριστά, καθώς και της περιοδοντικής του κατάστασης. Ακολουθεί η ανάληψη του χαμόγελου, προκειμένου να εντοπιστούν τα προβλήματα ως προς το χρώμα, το σχήμα και τη συμμετρία. Στη συνέχεια, με τη χρήση του διαγνωστικού κέρωματος σχεδιάζεται η αποκατάσταση των δοντιών

της αισθητικής ζώνης με τη χρήση της προσθετικής, καθιστώντας προβλέψιμο το τελικό αποτέλεσμα. Ακολουθεί η κλινική πράξη με συνδυασμό διαφορετικών αποκαταστάσεων στον ίδιο οδοντικό φραγμό, αποδίδοντας ομοιόμορφο αισθητικό αποτέλεσμα. Συγκεκριμένα, όψεις πορσελάνης τοποθετούνται στους #11 και #22, ενώ ολοκεραμικές στεφάνες στο δυσχρωμικό #12 και στον #21, σε υπόστρωμα ενδοριζικού άξονα ζirkονίας. Οι ολοκεραμικές προσθέσεις είναι τύπου IPS - Empress 2 της εταιρείας Ivoclar, καθώς το συγκεκριμένο υλικό με τη διαφάνεια που παρέχει και την τεχνική της διαστρωμάτωσης και της επιφανειακής χρώσης κατά την επεξεργασία του, αποδίδει φυσική όψη και εναρμονίζεται ομοιόμορφα με τους φυσικούς οδοντικούς ιστούς. Το τελικό αποτέλεσμα ικανοποιεί τις αισθητικές απαιτήσεις του ασθενή και τις προσδοκίες του οδοντιάτρου, αποδεικνύοντας πως μόνο με την πρόβλεψη του τελικού αποτελέσματος μέσω μελέτης και σχεδίασης του περιστατικού αναδεικνύεται η αισθητική υπεροχή των σύγχρονων ολοκεραμικών υλικών. Δύο όψεις και δύο στεφάνες υαλοκεραμικού με ενισχυτική ουσία το διπυριτικό λίθιο, αποδίδουν την επιθυμητή αισθητική στην πρόσθια ζώνη ομοιόμορφα και με τη διαφάνεια που επιβάλλεται στην περιοχή.

41

ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΖΩΝΗ.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ IV.

Σολδάτος Ν.

Η διόρθωση των ανωμαλιών θέσης (αποκλίσεις, στροφές, αραιοδοντία, χασμοδοντία) και του σχήματος των δοντιών, η κάλυψη δυσχρωμικών δοντιών και η ανάγκη αντικατάστασης παιλαιών εκτεταμένων αποκαταστάσεων είναι κάποιες από τις ενδείξεις χρήσης ολοκεραμικών αποκαταστάσεων. Η χρήση του διπυριτικού λίθιου, ως υαλοκεραμικό υλικό έχει τα πλεονεκτήματα της υψηλής αντοχής, της επαρκούς αδιαφάνειας και της αδروποίησης για την κατασκευή στεφανών και προστομιακών όψεων. Σκοπός της παρουσίασης είναι η αναφορά μίας κλινικής περίπτωσης, όπου εφαρμόστηκαν ολοκεραμικές αποκαταστάσεις με διπυριτικό λίθιο τόσο σε στεφάνες ολικής επικάλυψης, όσο και σε προστομιακές όψεις. Η κλινική πε-

ρίπτωση αφορά σε νεαρή κοπέλα, η οποία προσήλθε με την επιθυμία να αλλιάξει παλιές και κακότεχνες εμφράξεις στα 11, 12, 21 και 22 και να βελτιώσει το σχήμα των 13 και 23. Στα 12 έως 22 υπήρχαν έντονες δυσχρωμίες από τις υπάρχουσες εμφράξεις και τα 11 και 21 ήταν ενδοδοντικά θεραπευμένα. Μετά τη λήψη των αρχικών αποτυπωμάτων και την κατασκευή του εκμαγείου μελέτης, εφαρμόστηκε διαγνωστικό κέρωμα και επιλέχθηκε ένα σχέδιο θεραπείας που περιλάμβανε 6 ολοκεραμικές προστομιακές όψεις. Κατά τη διάρκεια των παρασκευών εκτιμήθηκε το βάθος των εμφράξεων και αποκλείστηκε η εφαρμογή όψεων στα 12 έως 22. Οι τελικές παρασκευές έγιναν για την υποδοχή στεφανών στα 12 έως 22 και όψεις

στα 13 και 23. Το υλικό που επιλέχθηκε για την κατασκευή των πυρήνων, τόσο στις στεφάνες όσο και στις όψεις, ήταν ένα υψηλής αντοχής θερμοσυμπιεζόμενο υαλοκεραμικό, με αρκετά μεγάλο βαθμό αδιαφάνειας, το διπυριτικό λίθιο (3C/Jeneric-Pentron) για την κάλυψη των δυσχρωμικών δοντιών. Με τη χρήση του διπυριτικού λίθιου

είναι δυνατόν να επιτευχθεί ο επιθυμητός βαθμός αδιαφάνειας και να καλυφθεί η δυσχρωμία των δοντιών. Το χαμόγελο αναδείχθηκε φυσικά με την κατασκευή των τεσσάρων στεφανών και των δύο όψεων, πάντα με την καθοδήγηση του εκμαγείου μελέτης και τη σωστή κατασκευή του διαγνωστικού κέρωματος.

42

ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΔΙΕΥΘΕΤΗΣΗ ΟΥΛΙΚΟΥ ΧΑΜΟΓΕΛΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Τασσόπουλος Δ.

Το χαμόγελο αποτελεί μέσο έκφρασης συναισθημάτων και συμπληρώνει τη συνολική εικόνα της αισθητικής του προσώπου στον άνθρωπο. Η γραμμή του χαμόγελου μπορεί να είναι χαμηλή, μέση ή υψηλή. Σχετίζεται με την αναλογία αποκάθλησης σκληρών και μαλακών ιστών. Στο ουλικό χαμόγελο η εμφάνιση των μαλακών ιστών είναι αναλογικά μεγαλύτερη, συγκριτικά με εκείνη των δοντιών. Η δυσαναλογία αυτή δημιουργεί κατά κανόνα αισθητικό πρόβλημα. Σκοπός της παρουσίας είναι να αναδειχθεί η χειρουργική αύξηση της κλινικής μύλης των δοντιών ως τρόπος παρέμβασης στη διόρθωση του ουλικού χαμόγελου, με όσο το δυνατόν περισσότερο συντηρητική επέμβαση. Στη συγκεκριμένη κλινική περίπτωση διευθετείται αισθητικά το ουλικό χαμόγελο σε νεαρή ασθενή, η οποία εμφανίζει παράλληλα έληψη στον 25 και κάταγμα του υπερώιου τμήματος της μύλης στο 14. Η προσέγγιση επικεντρώνεται στην κατά το δυνατόν συντηρητική επέμβαση στους ιστούς της ασθενούς. Το διαγνωστικό κέρωμα καθορίζει την

απαιτούμενη έκταση της επέμβασης και μεταφέρεται στο στόμα της ασθενούς μέσω της μιμητικής αποκατάστασης (mock-up). Με βάση αυτή, πραγματοποιείται χειρουργική αποκάθληση της κλινικής μύλης των δοντιών που συνιστούν την αισθητική ζώνη της ασθενούς, χωρίς τη δημιουργία κρημνού, σεβόμενοι τις μεσοδόντιες θηλές, με ταυτόχρονη εκτομή του άνω κεντρικού χαλινού. Η αποκάθληση πραγματοποιείται σε δύο φάσεις. Αρχικά γίνεται στους δύο κεντρικούς τομείς και σε δεύτερη συνεδρία στα υπόλοιπα δόντια. Ταυτόχρονα, αποφασίζεται η εξαγωγή του 14. Η έληψη του 25 και η απώλεια του 14 αποκαθίστανται με μονήρεις επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις. Συμπερασματικά, η αισθητική διευθέτηση του ουλικού χαμόγελου απαιτεί τον απόλυτο σεβασμό τόσο των μαλακών, όσο και των σκληρών ιστών. Γι' αυτό και η επέμβαση πρέπει να είναι συντηρητική και προβλέψιμη. Τούτο επιτυγχάνεται με το διαγνωστικό κέρωμα και τη μεταφορά του στο στόμα της ασθενούς κατά τη χειρουργική διαδικασία.

43

ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ ΜΕ ΟΣΤΕΟΕΝΣΩΜΑΤΟΥΜΕΝΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Κρεμμύδας Μ.

Τα οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους, μέσα στα χρόνια, στην αποκατάσταση μερικώς ή ολικώς νωδών περιοχών. Η αποκατάσταση ετερόπλευρης

νωδότητας στην άνω γνάθο με οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς, που σχετίζονται με την ποιότητα του οστού της άνω γνάθου, τη γεινίαση ανατο-

μικών μορίων, την ετερόπλευρη εξουδετέρωση των οριζόντιων συνιστωσών των συγκλησιακών δυνάμεων και την έκταση της προσθετικής αποκατάστασης. Σκοπός είναι η παρουσίαση του σχεδίου θεραπείας αποκατάστασης ετερόπλευρης νωδότητας άνω γνάθου με τη χρήση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων σε περιοδοντικό ασθενή με υπολειμματική φατνιακή ακρολοφία. Στη συγκεκριμένη κλινική περίπτωση αποκαθίσταται η νωδή περιοχή άνω αριστερά, άνω του 22, σε μεσήλικη ασθενή με περιοδοντική νόσο. Η ίδια φέρει μερική οδοντοστοιχία άνω, την οποία δεν μπορεί πλέον να ανεχθεί, τόσο λειτουργικά όσο και αισθητικά και ψυχολογικά. Επίσης, φέρει παλαιότερες ακίνητες προσθετικές αποκαταστάσεις στο πρώτο και τρίτο τεταρτημόριο του στόματος, στις οποίες επιλέχθηκε η μη παρέμβαση. Λόγω της προϋπάρχουσας περιοδοντικής νόσου και του εκτεταμένου χρόνου που έχει μεσοληβήσει από την ημέρα των εξαγωγών, η υπάρχουσα υπολειμματική ακρολοφία, δυσχεραίνει την τοποθέτηση οστε-

οενσωματούμενων εμφυτευμάτων πέραν του δεύτερου προγομφίου της άνω, χωρίς ανύψωση του ιγμορείου. Ως εκ τούτου, και μετά τη μελέτη της ογκομετρικής υπολογιστικής τομογραφίας αποφασίζεται η τοποθέτηση τριών εμφυτευμάτων, στις θέσεις 23, 24 και 25, με ταυτόχρονη κλειστή ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου. Μετά την πάροδο χρονικού διαστήματος έξι μηνών, η περιοχή αποκαθίσταται προσθετικά με περιορισμό της μέχρι την περιοχή του δευτέρου προγομφίου. Το σχέδιο θεραπείας στην προσθετική αποκατάσταση ετερόπλευρης νωδότητας άνω γνάθου καθορίζεται από συγκεκριμένους περιοριστικούς παράγοντες. Αυτοί αφορούν στην ποιότητα του οστικού υπόβαθρου, που απαιτεί χρήση ενός εμφυτεύματος για κάθε δόντι που αποκαθίσταται, και στην παρουσία του εδάφους του ιγμορείου άνω, που επιβάλλει την ανύψωσή του ή τον περιορισμό της έκτασης της αποκατάστασης για την εξουδετέρωση των συγκλησιακών δυνάμεων που αναπτύσσονται στην περιοχή.

44

ΚΑΤΑΓΜΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ 5 ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ. ΜΕΛΕΤΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥ ΘΡΑΥΣΗΣ.

Ζαμπέλης Α.

Στη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία υπάρχουν ελάχιστες αναφορές σε θραύση ή κατάγμα οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων. Στο σύνολό τους αποτελούν αναφορές σε αριθμούς περιπτώσεων με θραύση εμφυτευμάτων, στα πλαίσια κλινικών μελετών για τη μακρόχρονη λειτουργία των οδοντικών εμφυτευμάτων. Υπάρχουν όμως ελάχιστα έως καθόλου στοιχεία, σχετικά με τα αίτια που προκαλούν αυτό το αρκετά σπάνιο φαινόμενο. Στην παρούσα αναφορά περίπτωσης, θα παρουσιαστούν τα κλινικά δεδομένα ασθενούς που έφερε ακίνητη προσθετική επί δοντιών και εμφυτεύματος στην οπίσθια άνω περιοχή σε λειτουργία επί πενταετία. Ο ασθενής είχε επιδείξει στο παρελθόν σημεία βρυγμού και τερηδονικής δραστηριότητας. Όταν ο ασθενής προσήλθε παραπονούμενος για κινητικότητα της προσθετικής, διαπιστώθηκε πλήρες κατάγμα του εμφυτεύματος και τερηδονισμός των δοντιών-στηριγμάτων. Προ-

τάθηκαν δύο σενάρια που πιθανόν να οδήγησαν στη θραύση του εμφυτεύματος. Σύμφωνα με την πρώτη εκδοχή, ο τερηδονισμός των δοντιών συνέβαλε, μέσω της λειτουργίας της ακίνητης γέφυρας ως προβόλου, στην κόπωση και θραύση του εμφυτεύματος. Στη δεύτερη εκδοχή, υποτέθηκε ότι τυχαία ρηγμάτωση του εμφυτεύματος οδήγησε στη σταδιακή αποκόλληση της γέφυρας και τον τερηδονισμό των δοντιών. Στη συνέχεια δημιουργήθηκε μοντέλο πεπερασμένων στοιχείων στο οποίο προσομοιώθηκαν διάφορα σενάρια φόρτισης που να περιέχουν δυνάμεις μάσησης, αηλιά και βρυγμού, για τη συγκεκριμένη περίπτωση. Οι μέγιστες τάσεις δόθηκαν για το πρώτο σενάριο (τερηδονισμός των δοντιών προ του κατάγματος). Η εξέταση του θραύσματος του εμφυτεύματος στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο επιβεβαίωσε τα υπολογιστικά δεδομένα, εντοπίστηκαν δε ενδείξεις της οδού διάδοσης της ρωγμής.

45

**ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ
ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ.****Μπόκα Β.*, Λαζαρίδου Δ., Γιαννόπουλος Δ., Βελώνης Δ.***Από το Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής
και το Εργαστήριο Κινητής Προσθητικής και Προσθητικής επί Εμφυτευμάτων
της Οδοντιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.*

Η βλεννογονίτιδα στόματος είναι μία σοβαρή κατάσταση που εμφανίζεται σε σημαντικό αριθμό ασθενών υπό αντινεοπλασματική θεραπεία, που είτε λαμβάνουν υψηλές δόσεις χημειοθεραπείας, είτε υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία κεφαλής - τραχήλου. Σκοπός της εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικής με τις πρόσφατες μελέτες των παθογενετικών μηχανισμών της βλεννογονίτιδας στόματος, καθώς και των ερευνητικών εργασιών που αναφέρονται στην πρόληψη και την αντιμετώπισή της. Η βλεννογονίτιδα στόματος έχει σημαντικές επιπτώσεις στην κλινική πορεία του ασθενή με καρκίνο, γιατί η παρουσία πόνου και ελλώσεων στο στοματοφάρυγγα καθιστούν δύσκολη τη λήψη τροφής και την ενυδάτωση από το στόμα, με αποτέλεσμα να απαιτείται χρήση μεγαλύτερης ποσότητας ναρ-

κωτικών αναλγητικών ουσιών έως και μερική ή ολική παρεντερική διατροφή. Επιπλέον, μπορεί να οδηγήσει σε παράταση της παραμονής στο νοσοκομείο και πιθανή αναβολή του επόμενου κύκλου αντινεοπλασματικής θεραπείας. Τέλος, η ρήξη της συνέχειας του βλεννογόνου αποτελεί δίοδο μικροβίων προς τη συστηματική κυκλοφορία, με κίνδυνο ανάπτυξης σοβαρών λοιμώξεων, απειλητικών για τη ζωή του ανοσοκαταστατημένου ασθενούς. Τα τελευταία δέκα χρόνια περίπου, έχει γίνει μία συντονισμένη προσπάθεια, τόσο σε κλινικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο, για την κατανόηση των παθογενετικών μηχανισμών της βλεννογονίτιδας στόματος και για την οργανωμένη ανάπτυξη ερευνητικών προγραμμάτων που αποσκοπούν στη στοχευμένη πρόληψη και αντιμετώπισή της.

46

ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ.**Λαζαρίδου Δ.*, Μπόκα Β., Γιαννόπουλος Δ., Βελώνης Δ.***Από το Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής
της Οδοντιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.*

Οι νεοπλασματικές νόσοι, αν και είναι σπάνιες, αποτελούν τη δεύτερη μετά τα ατυχήματα αιτία θανάτου σε παιδιά κάτω των 15 ετών. Η πιο συχνή μορφή νεοπλασματικής νόσου στα παιδιά είναι η λευχαιμία. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει μία κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, σχετικά με τα μέσα πρόληψης και αντιμετώπισης που έχει ο οδοντίατρος στη διάθεσή του, για να προλάβει και να θεραπεύσει τις στοματικές επιπλοκές, που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της αντινεοπλασματικής θεραπείας. Η οξεία παιδική

λευχαιμία αποτελεί το 25-30% όλων των παιδικών νεοπλασμάτων, με συχνότητα εμφάνισης 3 έως 4 περιπτώσεων ετησίως ανά 100.000 παιδικού πληθυσμού ηλικίας κάτω των 15 ετών. Τα πρώτα σημεία και συμπτώματα είναι πολύ πιθανόν να εμφανιστούν στη στοματική κοιλότητα. Συνεπώς, ο οδοντίατρος μπορεί να είναι ο πρώτος ιατρός που θα υποπτευθεί τη νόσο και θα παραπέμψει το μικρό ασθενή για τις απαραίτητες εξετάσεις. Ο ρόλος του οδοντίατρου είναι πολύ σημαντικός, καθώς οι στοματικές επιπλοκές που προκαλούνται από την

αντινεοπλασματική θεραπεία μπορούν να υποβαθμίσουν την ποιότητα της ζωής των μικρών ασθενών και να βάλουν σε κίνδυνο τη ζωή τους, επηρεάζοντας αρνητικά τη θεραπεία της νόσου. Επίσης, στα πλαίσια της ανακοίνωσης θα παρου-

σιαστεί ένα απλό και εφαρμόσιμο πρωτόκολλο οδοντιατρικής αντιμετώπισης παιδιών με νεοπλασματικές νόσους, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος της θεραπείας τους.

47

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΟ Ε.Σ.Υ.

Δημητριάδης Δ.*, Κωνσταντινίδης Ρ.

Από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, Κατερίνη.

Η οδοντιατρική φροντίδα ειδικών ομάδων του πληθυσμού, εμφανίζει οργανωτικές και πρακτικές δυσκολίες που σχετίζονται με ζητήματα εκπαίδευσης, κοινωνικού αποκλεισμού και αδυναμίας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Οι οδοντιατρικές μονάδες του Ε.Σ.Υ., που αποτελούν πολλές φορές τους αποκλειστικούς φορείς παρεχόμενης φροντίδας για άτομα που ανήκουν σε αυτές τις ομάδες, χρειάζεται να ξεπεράσουν με δημιουργικό τρόπο αυτά τα εμπόδια. Στην παρούσα εργασία θα γίνει μία προσπάθεια να περιγραφούν τα κοινά στοιχεία που αφορούν στη φροντίδα της στοματικής υγείας δύο ειδικών πληθυσμιακών ομάδων, με τρεις κύριους άξονες: (i) το άτομο στο οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες, (ii) την οδοντιατρική ομάδα και (iii) τον οδοντίατρο ως συντονιστή των δράσεων. Ο πληθυσμός αναφοράς είναι τα άτομα με ειδικές ανάγκες που επισκέφθηκαν το Οδοντιατρικό Τμήμα του Περιφερικού Γενικού Νοσοκομείου Άμφισσας το έτος 2009 (συνοδικός αριθμός = 25, εκ των οποίων 4 δέχθηκαν ολική αναισθησία) και τα άτομα που ήταν ενταγμένα σε πρόγραμμα υποκατάστασης

ουσιών και επισκέφθηκαν το Οδοντιατρικό Τμήμα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου το ίδιο έτος (συνοδικός αριθμός = 39). Πέρα από το αυστηρά οδοντιατρικό μέρος της αποκατάστασης της στοματικής υγείας, ιδιαίτερα σημαντικά ζητήματα που χρειάστηκε να αντιμετωπιστούν στα δύο οδοντιατρεία ήταν: η οργάνωση των διαδικασιών προσέγγισης των ατόμων που ανήκαν στις ειδικές ομάδες, η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και αποδοχής στο χώρο του οδοντιατρείου, η διαχείριση αισθημάτων απογοήτευσης και απόρριψης που συχνά εμφανίζουν τα συγκεκριμένα άτομα και η θετική επαφή με τους συγγενείς ή τους φροντιστές των ατόμων αυτών. Η οργάνωση της οδοντιατρικής ομάδας, έτσι ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες περίθαλψης αυτών των ατόμων αλλά και στη διαχείριση δυσάρεστων καταστάσεων, είναι πολύ σημαντική. Τέλος, ο ρόλος του οδοντιάτρου στην οργάνωση και το συντονισμό παρόμοιων δράσεων, απαιτεί την αξιοποίηση και άλλων δεξιοτήτων, πέραν εκείνων που σχετίζονται με την οδοντιατρική πρακτική.

48

Η ΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΟΞΕΙΔΩΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Χασιώτη Χ.*, Γιαννάκης Γ., Γιαννάκη Ε.

Ο άνθρωπος ως αερόβιος βιολογικός οργανισμός χρειάζεται οξυγόνο για να λειτουργήσει. Το οξυγόνο χρησιμοποιείται στις διάφορες μεταβο-

λικές διεργασίες που συντηρούν τις δραστηριότητες των κυττάρων, ιστών και οργάνων του σώματος. Όμως, το οξυγόνο και οι δραστικές ενώ-

σεις του, προκαλούν συγχρόνως οξειδωτικές βλάβες σε κυτταρικά βιομακρομόρια, με αποτέλεσμα να τα αλλοιώνουν ή να τα απενεργοποιούν. Το σύνολο ενδοκυτταρικών και εξωκυτταρικών συνθηκών που οδηγούν στη χημική και μεταβολική παραγωγή δραστικών οξειγονούχων ενώσεων, καλείται οξειδωτικό stress. Ο οργανισμός έχει αναπτύξει μία σειρά αντιοξειδωτικών μηχανισμών για να εξουδετερώνει τη βλαβερή επίδραση των οξειδωτικών παραγόντων. Επιπλέον, με τη διατροφή γίνεται πρόσληψη εξωγενών αντιοξειδωτικών ουσιών, οι οποίες συμβάλλουν στη μείωση του οξειδωτικού stress. Το οξειδωτικό stress έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση μεγάλου αριθμού ασθενειών, μεταξύ των οποίων και ο καρκίνος. Πολλές

μελέτες δείχνουν ότι η μείωση του κινδύνου εμφάνισης κάποιων μορφών καρκίνου σχετίζεται με διατροφή πλούσια σε φυτικές τροφές που περιέχουν αντιοξειδωτικούς παράγοντες. Τέτοιες τροφές είναι τα διάφορα φρούτα, τα λαχανικά, τα όσπρια, οι ξηροί καρποί, οι ελιές, το ελαιόλαδο, το κόκκινο κρασί, το τσάι, και γενικότερα όλες οι τροφές που συνιστούν τη μεσογειακή διατροφή. Όμως, αρκεί απλά και μόνο η κατανάλωση τροφών με αντιοξειδωτική δράση για την πρόληψη εμφάνισης και εξέλιξης του καρκίνου; Εμπειριστικώς πρόσφατες μελέτες αποδεικνύουν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης και εξέλιξης του καρκίνου και της αλληλεπίδρασης της διατροφής με το γονιδιακό υλικό του ατόμου.

49

ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΑΜΕΣΗΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΦΟΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΘΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ.

Μυλωνάς Θ.*, Βαϊρήνη Μ.

Το σχήμα, η θέση και το μέγεθος των χειλιών, όπως και αυτά των ούλων και των δοντιών, χαρακτηρίζουν το κάτω τρίτημόριο του προσώπου, που συμβάλλει ίσως περισσότερο από κάθε άλλο, στην ελκυστικότητα του προσώπου. Η απόδοση της αισθητικής με πρόσθιες εμφυτεύσεις στην άνω γνάθο είναι δύσκολη. Το ύψος και η κλίση του εμφυτεύματος, το αναδύμενο προφίλι, η προσθετική ευελιξία του συστήματος, οι αναπλασμένοι κόκκινοι και λευκοί ιστοί, αλλιά και το κεραμικό της στεφάνης παίζουν κυρίαρχο ρόλο. Οι παράγοντες αυτοί γίνονται ακόμη πιο κρίσιμοι σε περιπτώσεις άμεσης εμφύτευσης και φόρτισης. Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν να εκτιμηθεί ο βαθμός απόδοσης των εμφυτευμάτων AB-implants σε συνθήκες άμεσης εμφύτευσης και φόρτισης στην άνω γνάθο. Για το σκοπό αυτό επιλέχθηκαν 19 άτομα (11 γυναίκες και 8 άντρες) ηλικίας 40 έως 71 ετών. Οι θέσεις εμφύτευσης καθορίστηκαν από τον 13 έως τον 23. Τα καταδικασμένα δόντια δεν έπρεπε να έχουν κάποια συμπτωματολογία ενεργού αποστήματος. Το προ-

στομιακό πέταλο έπρεπε να είναι άθικτο και ειδικά το ύψος του αυχενικού οστού να μην είναι απορροφημένο περισσότερο από 3 χιλιοστά σε σύγκριση με τα όμορα δόντια. Τα εμφυτεύματα που επιλέχθηκαν για το σκοπό αυτό, ήταν τα κωνικά AB-implants που είναι πολύ κατάλληλα για την επίτευξη πρωταρχικής σταθερότητας, όρος που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την άμεση φόρτιση. Και στις 19 περιπτώσεις ο τρόπος παρασκευής και τοποθέτησης των εμφυτευμάτων ήταν ίδιος. Ο χρόνος παρακολούθησης ήταν 18 μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ουλικό ύψος παρέμεινε το ίδιο στο 86% των περιπτώσεων, αυξήθηκε σε σχέση με το όμορο στο 10% των περιπτώσεων, ενώ στο 4% των περιπτώσεων μειώθηκε κατά το 1/3 σε σχέση με το όμορο. Το χρώμα της ουλικής θηλής ήταν ίδιο με τα όμορα δόντια. Η συμμετρία των χειλιών καταγράφηκε ως πολύ καλή στο 16% των περιπτώσεων και ως άριστη στο 86% αυτών. Τόσο κλινικά όσο και ακτινογραφικά, τα εμφυτεύματα παρουσίασαν μεγάλη σταθερότητα.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

A		Κεβρεκίδου Α.	21	Πέτσα Ε.	2
Αραποστάθης Κ.	13, 14, 21	Κεσίδου Δ.	1	Πολλάτου Α.	5, 11, 18
Αρεταίου Π.	5, 11, 18	Κολλοκοτρώνης Α.	8	Πολυχρονάκης Ν.	35, 36
Αρχάκης Α.	22	Κοντακιώτης Γ.	17, 26, 28, 29, 38	Προύντζος Α.	10
		Κοσμά Ι.	21		
B		Κοτσάνος Ν.	22	P	
Βαϊρή Μ.	30, 33, 49	Κούσκουρας Κ.	9	Ραβανής Π.	39
Βελώνης Δ.	45, 46	Κουτρογιάννης Χ.	7, 9		
Βενέτης Γ.	9	Κουτσούκος Ι.	4	Σ	
Βηλασταράκος Σ.	12	Κρεμμύδας Μ.	31, 43	Σαραμάντος Α.	23
		Κωνσταντινίδης Ρ.	47	Σαρρίδου Δ.	20
				Sanychuk Α.	3
Γ		Λ		Σιθβέστρος Σ.	25, 34
Γεωργίου Ε.	25	Λαζαρίδου Δ.	21, 22, 45, 46	Σοηδάτος Ν.	17, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 34, 41
Γιαννάκη Ε.	48	Λέκκα Ν.	4, 20	Συντάκη Ο.	19
Γιαννάκης Γ.	48	Λώλης Χ.	26, 28, 29	Σωτηρίου Μ.	35, 36
Γιαννόπουλος Δ.	45, 46				
Γκίθας Χ.	12	M		T	
Γκόγκος Χ.	23	Μάμαλης Α.	25	Τασσόπουλος Δ.	27, 31, 42
Γούσιας Η.	27, 32	Ματιάκης Α.	8	Τζέρμπος Φ.	8, 12
		Ματούλης Ε.	7	Τριανταφυλλίδου Α.	3, 7, 9, 19
Δ		Μέγας Β.	5, 11, 18	Τρικαλιώτης Α.	22
Δελαντώνη Α.	19	Μεϊντάνη Μ.	40	Τριποδάκη Ε.	31
Δημητρακόπουλος Ι.	3, 7, 19	Μετσοπούλης Ι.	6, 17	Τριποδάκης Α.Π.	31, 37
Δημητριάδης Δ.	47	Μένεγας Γ.	20	Τσατραφύλλης Π.	1
Δήμου Ν.	15	Μεσσήνη Μ.	4, 20	Τσιάρα Χ.	15
		Μητσιάς Μ.	32	Τσιούφης Κ.	34
E		Μπάγκος Π.	15		
Επιβατιανός Α.	8	Μπαθασούλη Χ.	14	Φ	
		Μπάρλης Η.	19	Fickl S.	26
Z		Μπεζάνη Γ.	3	Φιλιππάτος Γ.	31
Ζαμπέλη Μ.	16	Μπεητές Χ.	23	Φράγκου Σ.	13, 14
Ζαμπέλης Α.	24, 44	Μπόκα Β.	45, 46		
Ζανάκης Σ.	5, 11, 18	Μπούρας Ε.Α.	4, 20	X	
Ζαραμπούκας Θ.	8	Μπουτμπάρα Ε.	1	Χαμόδρακας Σ.	15
Ζερβού-Βάββη Φ.	4, 20	Μυλωνάς Α.	8	Χασιώτη Χ.	48
Ζήσης Α.	35, 36	Μυλωνάς Θ.	30, 33, 49	Χούπης Κ.	6
Ζούμπος Δ.	6			Χρυσομάλη Ε.	12
Ζώταλης Ν.	5, 11, 18	N			
		Ναζάρογλου Ι.	7		
H		Νικολόπουλος Γ.	15		
Ηλιάδης Α.	9				
		Π			
Θ		Παπαδέλη Χ.	9		
Θωμόπουλος Κ.	34	Παπαδημόπουλος Δ.	15		
		Παραρά Ε.	10		
K		Παρασκευά Δ.	15		
Καμπέρος Γ.	12	Πασχαλίδης Θ.	3		
Καραμπά Σ.	1	Περπερίδης Γ.	1		
Καρυαμπά-Στυλογιάννη Ε.	10				