



ΣΕΕ
1937

48^ο Ετήσιο Συνέδριο

ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Με τη συνεργασία του
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΡΚΑΔΙΑΣ

ΑΡΚΑΔΙΑ ΧΑΙΡΕ



Διασυνεδριακό Κέντρο Δημητσάνας

8 - 10 Σεπτεμβρίου 2011

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

ΔΙΟΓΚΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ.

ΓΚΟΥΤΖΑΝΗΣ Λ., ΚΑΜΠΕΡΗ Α.*, ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ Α., ΚΥΑΛΟΝ Ε.

Το 3% έως 6% περίπου των διογκώσεων της κεφαλής και του τραχήλου απαντούν στους μείζονες και ελάσσονες σιαλογόνους αδένες, η δε πλειοψηφία αυτών αφορά στην παρωτίδα. Η προεγχειρητική διάγνωση στις διογκώσεις της παρωτιδικής χώρας θεωρείται απαραίτητη, προκειμένου να επιλεγεί η κατάλληλη θεραπεία. Οι διογκώσεις της παρωτιδικής χώρας μπορεί να οφείλονται σε καλοήθεις και κακοήθεις όγκους, σε κυστικές εξεργασίες, σε παθήσεις φλεγμονώδους αιτιολογίας, όπως η σιαλολιθίαση και η μη ειδική χρόνια σιαλαδενίτιδα, καθώς επίσης σε συστηματικά νοσήματα όπως το σύνδρομο Mikulicz, το σύνδρομο Sjogren κλπ. Η διαγνωστική προσπέλαση αρχίζει με τη λήψη πλήρους ιστορικού και τη διενέργεια επιμεθούς κλινικής εξέτασης και συνεχίζεται με τον κατάλληλο απεικονιστικό έλεγχο και τις ενδεικνυόμενες κατά περίπτωση λοιπές εργαστηριακές εξετάσεις. Για τον απεικονιστικό έλεγχο είναι πιθανόν να χρειαστούν, ανάλογα με την περι-

πτωση, τόσο η πανοραμική ακτινογραφία και το υπερηχογράφημα, όσο και περισσότερο ειδικές απεικονίσεις, όπως η αξονική και μαγνητική τομογραφία, ή ακόμη πιο εξειδικευμένες, όπως η μαγνητική αγγειογραφία και το PET-CT. Ειδική μνεία γίνεται επίσης στην αναγκαιότητα και τη σημασία της βιοψίας δια λεπτής βελόνης (FNA), η οποία μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στη διάγνωση. Συμπερασματικά μπορεί να λεχθεί, ότι η διαγνωστική προσπέλαση και η διαφορική διάγνωση των διογκώσεων της παρωτιδικής χώρας είναι σύνθετες και απαιτητικές διαδικασίες, διότι η θεραπεία στην οποία πρόκειται να υποβληθεί ο ασθενής, ειδικά στις περιπτώσεις των όγκων παρωτίδας, σχετίζεται εκτός των άλλων και με την ακεραιότητα του προσωπικού νεύρου. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει τη διαγνωστική προσέγγιση και τη διαφορική διάγνωση των διογκώσεων της παρωτιδικής χώρας.

2

ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΝΤΑΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΟΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ...ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ.

ΧΑΤΖΗΗΛΙΟΥ Α.*, ΒΑΛΛΑ Ε., ΒΑΛΛΑ Κ., ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Δ.

Μέρος του έργου των οδοντιάτρων του Εθνικού Συστήματος Υγείας συνίσταται στην εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων και προγραμμάτων αγωγής υγείας στην κοινότητα. Οι δράσεις αυτές, πέραν του κοινωνικού και οικονομικού οφέλους που προσφέρουν με τη βελτίωση των δεικτών στοματικής υγείας του πληθυσμού, συμβάλλουν στη διαμόρφωση πεποιθήσεων, εκπαιδεύοντας τους μελλοντικούς ενήλικες σε «συνειδητοποιημένους οδοντιατρικούς ασθενείς». Σκοπός της παρουσίασης είναι η αποτύπωση των πρακτικών δυσκολιών, τις οποίες συναντούν οι οδοντί-

ατροι των Κέντρων Υγείας κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Με προσέγγιση αυτοαναφοράς, κατόπιν «μερικά δομημένων συνεντεύξεων» συλλέχθηκαν δεδομένα από οδοντιάτρους του ΕΣΥ, που υπηρετούν σε Κέντρα Υγείας της περιφέρειας. Ως υλικό χρησιμοποιήθηκαν οι προσωπικές εμπειρίες των «υγειονομικών-πληροφορητών», νεοδιορισμένων αλλιά και πολλή χρόνια υπηρετούντων, όπως αυτές αποκτήθηκαν κατά την άσκηση πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής, εστιαζόμενες κυρίως στα προβλήματα και τις δυσχέρειες που αντιμετωπίζουν οι οδοντίατροι στην προσπάθεια

εφαρμογής προληπτικών προγραμμάτων και προγραμμάτων αγωγής υγείας στο σχολικό πληθυσμό ηλικίας 6- 18 ετών. Το χαλαρό νομικό πλαίσιο και η απουσία κεντρικού συντονισμού και ελέγχου, αποτελούν τις κύριες αιτίες των δυσκολιών για τους οδοντιάτρους του ΕΣΥ, που τάσσονται στο να εκτελούν σωστά την αποστολή τους. Σαφής επίσημη «εντολή» δεν υπάρχει και επιπλέον καμία ενημέρωση ή καθοδήγηση δεν δίνεται από το Υπουργείο Υγείας σε νεοδιοριζόμενους υγειονομικούς περί της φύσης του έργου που καλούνται να επιτελέσουν. Η εκπαίδευση σε θέματα αγωγής υγείας και μεθόδους εφαρμογής τους, εναπόκειται αποκλειστικά «στην καλή διάθεση και ευσυνειδησία» των υγειονομικών. Η ενημέρωση των εκπαιδευτικών είναι ελλιπή έως ανύπαρκτη, ενώ σε

πολλές περιπτώσεις το σχολείο, αντί να συνεργάζεται, αποτελεί τροχοπέδη. Γενικότερα, η πρόληψη και η αγωγή υγείας στο επίπεδο του μαθητικού πληθυσμού αποτελούν, όπως οι ίδιοι οι υγειονομικοί αναφέρουν, «προσωπικό μας θέμα και όραμα». Συμπερασματικά, η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής υγείας στον πληθυσμό είναι διαδικασία δυσχερής και επίπονη. Απαιτείται ισχυρό θεσμικό πλαίσιο και συνεργασία πολιτών, ανώτερων κρατικών αλλή και τοπικών φορέων, προκειμένου να διευκολυνθεί το έργο των οδοντιάτρων, καθώς το όφελος που θα προκύψει, σε κοινωνικό αλλή και οικονομικό επίπεδο, είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ως εξαιρετικά σημαντικό.

3

Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΙΡΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.

ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Α., ΚΟΥΤΣΟΥΚΟΣ Ι.*, ΖΕΡΒΟΥ-ΒΑΛΒΗ Φ.

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

Κατά την οδοντιατρική αντιμετώπιση του διαβητικού ασθενή εγείρονται διάφοροι προβληματισμοί σχετικά με την πρόληψη των άμεσων ή μακροπρόθεσμων επιπλοκών από την οδοντιατρική παρέμβαση. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να δώσει πρακτικές απαντήσεις σε καιρία σχετικά ερωτήματα. Πριν από κάθε ενέργεια πρέπει να γίνεται λήψη πλήρους και λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού, καθώς και εκτίμηση της φυσικής κατάστασης του ασθενή, οπότε με βάση τη βαρύτητα της νόσου, το βαθμό ρύθμισής της και τις πιθανές υπάρχουσες επιπλοκές, λαμβάνεται η απόφαση εάν ο ασθενής μπορεί να αντιμετωπισθεί στο οδοντιατρείο ή εάν πρέπει να παραπεμφθεί στο νοσοκομείο. Γενικά: Ασθενείς με ρυθμιζόμενο σακχαρώδη διαβήτη (Σ.Δ.) και χωρίς επιπλοκές, θεωρούνται χαμηλού κινδύνου και μπορούν να αντιμετωπίζονται στο οδοντιατρείο όλα τα οδοντιατρικά τους προβλήματα. Ασθενείς με μη καλά ρυθμιζόμενο Σ.Δ. ή με ρυθμιζόμενο που όμως έχει δημιουργήσει επιπλοκές, θεωρούνται μετρίου κινδύνου και όταν η γλυκόζη είναι <200mg/dl μπορούν να α-

ντιμετωπίζονται στο οδοντιατρείο όλα τα οδοντιατρικά τους προβλήματα, εκτός από τις μεγάλες επεμβάσεις, προηγείται δε συνεννόηση με το θεράποντα ιατρό τους. Και στις δύο ανωτέρω περιπτώσεις λαμβάνονται συγκεκριμένες προφυλάξεις, όπως μέτρηση της γλυκόζης πριν από τη συνεδρία, κανονική λήψη των γευμάτων και της αντιδιαβητικής αγωγής, πραγματοποίηση μικρής διάρκειας, ανώδυνων και πρωνίων συνεδριών, μέριμνα για τη μείωση του άγχους, μέριμνα για τη μετεγχειρητική αναλγησία, χορήγηση αντιβίωσης για τις αιματηρές πράξεις, ιδιαίτερα στους ασθενείς μετρίου κινδύνου, κ.ά. Ασθενείς με μη ρυθμιζόμενο διαβήτη και με επιπλοκές θεωρούνται υψηλού κινδύνου και πρέπει να αντιμετωπίζονται στο νοσοκομείο. Συμπερασματικά, η αντιμετώπιση μεγάλου μέρους των διαβητικών ασθενών μπορεί να γίνει με ασφάλεια στο οδοντιατρείο, με την τήρηση συγκεκριμένων κανόνων, και μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις υψηλού κινδύνου απαιτείται αντιμετώπιση σε νοσοκομειακό περιβάλλον.

4

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΝΟΜΑΡΧΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ. Η ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ.

ΤΡΙΚΑΛΙΩΤΟΥ Α.*, ΣΕΛΗΝΙΔΟΥ Α.

Η εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικής οδοντιατρικής στο σχολικό περιβάλλον, αποτελεί βασική δράση των υπηρεσιών υγείας της Νομαρχίας Πειραιά, για την προαγωγή της στοματικής υγείας του παιδικού πληθυσμού της περιοχής. Η επιτυχία τους εξαρτάται, εκτός των άλλων, και από την αποτελεσματική συνεργασία των φορέων που εμπλέκονται στην υλοποίησή τους. Η παρούσα εργασία έχει σκοπό να περιγράψει τις δράσεις ενός τέτοιου προγράμματος και να αναδείξει τη σημασία και το ρόλο των διατομεακών συνεργασιών στην εφαρμογή του. Τη σχολική χρονιά 2009-2010 έγιναν επισκέψεις σε 24 δημοτικά σχολεία και 19 νηπιαγωγεία της περιοχής του Πειραιά (συνολικός αριθμός μαθητών: 4200). Κατά τη διάρκεια των επισκέψεων πραγματοποιήθηκε αγωγή στοματικής υγείας με τη χρήση βιωματικών μεθόδων και διεξήχθη οδοντοστοματολογικός έλεγχος σε ειδικά διαμορφωμένη κινητή μονάδα, από οδοντιάτρους της Νομαρχίας Πειραιά και εθελοντές οδοντιάτρους από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Πειραιά.

Πραγματοποιήθηκε οδοντιατρική εξέταση σε 2885 μαθητές (68,8%). Σε ό,τι αφορά στη συνεργασία με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Πειραιά, υπήρξε στήριξη του προγράμματος με κάποιους εθελοντές, οι οποίοι έδειξαν ενθουσιασμό και υπευθυνότητα στο έργο τους και βοήθησαν σημαντικά στην υλοποίησή του. Επισημαίνεται ότι για πρώτη φορά συμμετείχαν και επισκέπτριες υγείας, που έκαναν πρακτική άσκηση στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, και αξίζει να σημειωθεί ότι η συμβολή τους ήταν σημαντική, καθώς πρόκειται για άτομα που έχουν λάβει την απαιτούμενη για το σκοπό αυτό εκπαίδευση (αγωγή υγείας). Συμπερασματικά, τα προγράμματα προληπτικής οδοντιατρικής στα σχολεία, αποτελούν ένα πεδίο συνεργασίας διαφορετικών φορέων, με στόχο τη βελτίωση της στοματικής αθλή και της γενικής υγείας των παιδιών. Η καταγραφή των δυσκολιών και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από την υλοποίησή τους, είναι απαραίτητα στοιχεία για την επιτυχημένη εφαρμογή μελλοντικών προγραμμάτων πρόληψης.

5

Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΣΚΕΨΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ.

ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Δ.*, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Ρ.

Οι απαιτητικές συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής αβεβαιότητας, που φαίνεται ότι επικρατούν στην ελληνική κοινωνία τα τελευταία έτη, δεν θα μπορούσαν παρά να επηρεάσουν το χώρο της οδοντιατρικής περίθαλψης και μάλιστα εξίσου χρήστες και πάροχους των υπηρεσιών υγείας. Η παρούσα εργασία έχει σκοπό να παρουσιάσει τα χαρακτηριστικά του Συστήματος Οδοντιατρικής Φροντίδας (ΣΟΦ) στην Ελλάδα, αναδεικνύοντας τα λειτουργικά στοιχεία και τις προβληματικές όψεις, έτσι ώστε να αποτελέσουν την αφετηρία

γόνιμου διαλόγου για τη βελτιστοποίηση της παρούσας κατάστασης. Η αναδρομή, σε βάθος χρόνου δεκαεπταετίας, σε επιστημονικές εργασίες, πορίσματα επιτροπών, συμπεράσματα επιστημονικών συνόδων αθλή και σε δημοσιεύματα του Τύπου, ήταν η μέθοδος που ακολουθήθηκε για τη συλλογή δεδομένων σχετικών με τα χαρακτηριστικά και τις ιδιαιτερότητες του ΣΟΦ στην Ελλάδα, τόσο για τον ιδιωτικό όσο και για το δημόσιο τομέα. Οι πρώτες διαπιστώσεις αφορούν στην έλλειψη εθνικής πολιτικής για τη στοματική υγεία και

την αδράνεια στον τομέα της προαγωγής της υγείας. Τα βασικά ζητήματα που αναδύονται είναι η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και η έλλειψη διασύνδεσης μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας οδοντιατρικής περίθαλψης. Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με την οικονομική συγκυρία και τις επερχόμενες αλλαγές στο σύστημα υγείας, αποτελούν μία δυσάρεστη προοπτική για τους πολί-

τες της χώρας και τους επαγγελματίες της στοματικής υγείας ειδικότερα. Συμπερασματικά, η έναρξη διαλόγου για τον προσδιορισμό προτεραιοτήτων, την οργάνωση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας κρίνεται αναγκαία, προκειμένου να προστατευθεί η στοματική υγεία του ελληνικού πληθυσμού και να αξιοποιηθεί το οδοντιατρικό δυναμικό της χώρας.

6

Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΙΡΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.

ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Α., ΚΟΥΤΣΟΥΚΟΣ Ι.*, ΖΕΡΒΟΥ-ΒΑΛΒΗ Φ.

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

Κατά την οδοντιατρική αντιμετώπιση του υπερτασικού ασθενή αναφέρονται διάφοροι προβληματισμοί σχετικά με την πρόληψη των επιπλοκών από την οδοντιατρική παρέμβαση. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να δώσει πρακτικές απαντήσεις σε καιρία σχετικά ερωτήματα. Η λήψη λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού, η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σε κάθε νέο ασθενή, η μέτρηση της ΑΠ σε κάθε επανεξεταζόμενο τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, στους δε διαγνωσμένους υπερτασικούς η μέτρηση της ΑΠ πριν από κάθε επεμβατική πράξη, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον εντοπισμό των αδιάγνωστων ή αρρυθμιστων περιπτώσεων. Η οδοντιατρική αντιμετώπιση των υπερτασικών γίνεται με βάση το στάδιο της υπέρτασης. Υπερτασικός σταδίου 1 θεωρείται εκείνος που η συστολική πίεση (ΣΠ) είναι 140-159 mm Hg και/ή η διαστολική (ΔΠ) 90-99 mm Hg, σταδίου 2 όταν η ΣΠ είναι 160-179 mm Hg και/ή η ΔΠ 100-109 mm Hg και σταδίου 3 όταν η ΣΠ είναι ≥ 180 mm Hg και η ΔΠ ≥ 120 mm Hg. Στο οδοντιατρείο μπορούν να πραγματοποιηθούν στους υπερτασικούς σταδίου 1 όλες οι οδοντιατρικές πράξεις, ενώ

στους σταδίου 2 μόνο η επείγουσα ή η συντηρητική προγραμματισμένη θεραπεία, κατόπιν συνηνόησης με το θεράποντα ιατρό τους. Και στις δύο ανωτέρω περιπτώσεις λαμβάνονται συγκεκριμένες προφυλάξεις, όπως κανονική λήψη των αντιυπερτασικών, μέτρηση της ΑΠ πριν από τη συνεδρία, πραγματοποίηση σύντομων και ανώδυνων συνεδριών, μέριμνα για τη μείωση του άγχους, πρόληψη ενδαγγειακής έγχυσης του τοπικού αναισθητικού, ατραυματική επέμβαση και συρραφή, αποφυγή ορθοστατικής υπότασης, μέριμνα για μετεγχειρητική αναλγησία κ.ά. Στους υπερτασικούς σταδίου 3 παρέχεται μόνο επείγουσα φροντίδα στο Νοσοκομείο. Συμπερασματικά, ο ρόλος του οδοντιάτρου είναι σημαντικός στην ανίχνευση αδιάγνωστων ή αρρυθμιστων υπερτασικών, η δε οδοντιατρική αντιμετώπιση μεγάλου μέρους των υπερτασικών μπορεί να γίνει με ασφάλεια στο οδοντιατρείο με την τήρηση των ενδεδειγμένων κανόνων και μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις υψηλού κινδύνου απαιτείται αντιμετώπιση σε νοσοκομειακό περιβάλλον.

7

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ, ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

ΣΙΣΚΑ Ι.*, ΓΚΡΙΤΖΑΛΗΣ Π.

Από την Κλινική της Διαγνωστικής και Ακτινοβολίας της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ.

Συστηματικές νόσοι, όπως νόσοι του μεταβολισμού, νόσοι του αίματος ή του ενδοκρινικού συστήματος κ.ά. είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη δομή και τη λειτουργικότητα του οστού των γνάθων. Ακτινογραφικά η επίδραση αυτή εμφανίζεται κυρίως ως γενικευμένη αραιώση (διαύγαση), η οποία οφείλεται στην αποδόμηση του οστού, λόγω διαταραχών στα επίπεδα του ασβεστίου, του φωσφόρου ή της αλκαλικής φωσφατάσης, ή σπανιότερα ως γενικευμένη σκλήρυνση (σκίαση). Συγκεκριμένα η ακτινογραφική απεικόνιση αποκαλύπτει: (α) αλληγή μεγέθους, αριθμού και προσανατολισμού των μυελικών χώρων, (β) αλληγή πάχους και πυκνότητας οστικών δοκίδων και (γ) απώλεια της lamina dura, εδάφους ιγμορείου άντρου κ.ά. Η μεσογειακή αναιμία ή θαλασσαιμία ή νόσος του Cooley's, είναι κληρονομική νόσος και είναι πιο διαδεδομένη στην περιοχή της Μεσογείου. Η βασική της ανωμαλία συνίσταται στην αναστολή

της σύνθεσης της β πολυπεπτιδικής αλυσίδας της αιμοσφαιρίνης, με αποτέλεσμα τη σοβαρή έλλειψη της Hb A από τα ερυθρά αιμοσφαίρια. Η ακτινογραφική εικόνα δείχνει μεγέθυνση του κρανίου εξαιτίας αύξησης του εύρους της διπλής. Παρατηρείται επίσης αύξηση του μεγέθους των γνάθων και του ζυγωματικού οστού, ενώ οι παραρρινικοί κόλποι μικραίνουν σε διαστάσεις. Οι ρίζες των δοντιών είναι μικρότερες σε μέγεθος και εμφανίζουν εικόνα καρφίου. Παρατηρείται ήλεπυνση της lamina dura, και γενικά μία ακτινοδιαυγαστική εικόνα των γνάθων με εσωτερική δομή κερήθρας. Σκοπός αυτής της ανακοίνωσης είναι, με αφορμή την παρουσίαση μίας περίπτωσης ασθενούς με μεσογειακή αναιμία, να γίνει αναφορά στα ακτινογραφικά ευρήματα των γνάθων σε ασθενείς με γενικά νοσήματα, τα οποία προκαλούν αυτές τις αλλαγές στη δομή των οστών των γνάθων.

8

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.

ΒΑΓΙΑ Π.*, ΣΠΑΓΟΠΟΥΛΟΣ Δ., ΤΣΙΟΥΡΗ Ε., ΧΑΡΑΛΑΜΠΑΚΗΣ Ο., ΓΚΟΥΤΖΑΝΗΣ Λ.

Όταν ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά πρόκειται να υποβληθούν σε κάποια επεμβατική οδοντιατρική πράξη που αναμένεται να προκαλέσει αιμορραγία, προκύπτει το ερώτημα εάν πρέπει να συνεχιστεί, να τροποποιηθεί ή να διακοπεί η αντιπηκτική αγωγή. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ιατρός καλείται να αξιολογήσει την αιμοστατική ικανότητα του ασθενούς, σε περίπτωση που η αντιπηκτική αγωγή συνεχιστεί, έναντι του κινδύνου πρόκλησης θρομβοεμβολής, σε περίπτωση που αυτή τροποποιηθεί ή διακοπεί. Στόχος αυτής της ερ-

γασίας είναι να αξιολογηθούν οι παραπάνω κίνδυνοι στον οδοντιατρικό ασθενή με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία και να προταθούν σύγχρονα πρωτόκολλα αντιμετώπισής του. Η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε είναι από τη μηχανή αναζήτησης του PubMed και του Google, με όρους αναζήτησης "discontinuing anticoagulant treatment for dental operations", "antithrombotic therapy", "antiplatelet treatment", "aspirin", "warfarin", "bridging anticoagulation" και "oral anticoagulant". Από την ανάληψη των παραπάνω

άρθρων, προκύπτει ότι οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν πως όταν αναμένεται περιορισμένης έκτασης αιμορραγία και οι προεγχειρητικές τιμές του INR είναι $<2,5$, ο ασθενής είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί στο οδοντιατρείο χωρίς να μεταβληθεί η αντιπηκτική του αγωγή, αρκεί να εφαρμοστούν τα κατάλληλα μέτρα για τοπική αιμόσταση. Αντίθετα, σε ασθενείς που έχουν επιπλέον επιβαρυντικούς παράγοντες αιμορραγίας (ανε-

ξέλεγκτη υπέρταση, αλκοολισμός, θρομβοκυτοπενία, αιμοφιλία ή άλλες νόσους του αίματος, άλλα φάρμακα που αλληλεπιδρούν) θα πρέπει να γίνεται η αξιολόγηση του κινδύνου με το θεράποντα ιατρό και να αντιμετωπίζονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον, ακόμη και για μικρές οδοντιατρικές επεμβάσεις, ώστε να ελέγχονται οι τιμές του INR. Η διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής είναι εξαιρετικά ριψοκίνδυνη και παρωχημένη.

9

ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ ΚΑΙ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ.

ΑΚΤΥΠΗ-ΜΠΑΜΠΟΥΡΑΝΟΥ Α. *, ΠΟΝΤΙΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε., ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Π.

Τα διφωσφονικά φάρμακα χρησιμοποιούνται ευρέως στη θεραπευτική αντιμετώπιση των νόσων των οστών. Πιο συγκεκριμένα, αποτελούν φάρμακα εκλογής για ασθενείς που πάσχουν από οστεοπόρωση, οστεοπενία, νόσο του Paget ή ατελή οστεογενεσία, καθώς και σε ασθενείς με πολλαπλό μυέλωμα ή καρκίνο του μαστού, προστάτη, νεφρού και πνεύμονα, όταν υπάρχουν οστικές μεταστάσεις. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί ως ανεπιθύμητη ενέργεια της λήψης διφωσφονικών, η εμφάνιση οστεονέκρωσης των γνάθων μετά από τραυματισμό, χρόνια φλεγμονή ή χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή. Η χειρουργική τοποθέτηση εμφυτευμάτων αποτελεί σήμερα μία συνηθισμένη πρακτική για την αποκατάσταση της ολικής ή μερικής νωδότητας. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τις σύγχρονες απόψεις σχετικά με τη δυνατότητα τοποθέτησης εμφυτευμάτων σε ασθενείς που λαμβάνουν διφωσφονικά, τόσο σε σχέση με την πιθανότητα

πρόκλησης οστεονέκρωσης όσο και με την επιτυχία της οστεοενσωμάτωσης. Από τη μελέτη της προσιτής βιβλιογραφίας, διαπιστώνεται ότι η τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία με ενδοφλέβια χορήγηση διφωσφονικών, είναι παρακινδυνευμένη, τόσο λόγω αυξημένου κινδύνου πρόκλησης οστεονέκρωσης, όσο και ανεπιτυχούς οστεοενσωμάτωσης. Αντίθετα, οι περισσότερες έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, όταν η χορήγηση των διφωσφονικών γίνεται από το στόμα, η τοποθέτηση εμφυτευμάτων είναι δυνατή υπό προϋποθέσεις. Ιδιαίτερη κατηγορία ενδιαμέσου κινδύνου αποτελούν οι ασθενείς που ταυτόχρονα με τα από του στόματος διφωσφονικά, λαμβάνουν κορτικοστεροειδή ή ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Στην παρουσίαση θα συζητηθούν οι δυνατότητες και οι προϋποθέσεις επιτυχούς τοποθέτησης εμφυτευμάτων και στις τρεις κατηγορίες ασθενών.

10

ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΓΝΑΘΩΝ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΩΝ.

ΟΡΦΑΝΟΥ Χ., ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Χ.*, ΠΑΡΧΑ Ε., ΠΟΛΥΖΩΙΔΟΥ Β., ΤΖΕΡΜΠΟΣ Φ.

Τα τελευταία χρόνια η χρήση των διφωσφονικών είναι ευρεία στη θεραπευτική των νόσων των οστών. Χορηγούνται κυρίως για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης, της νόσου Paget, του πολυηλικού μυελώματος και για πρόληψη μεταστάσεων σε ογκολογικούς ασθενείς. Έχει αποδειχθεί ότι αναστέλλουν την οστική απορρόφηση, επηρεάζουν την αγγειογένεση και απορρυθμίζουν την ισορροπία οστεοβλαστών και οστεοκλαστών, μηχανισμοί που οδηγούν στην παθογένεση οστεονέκρωσης των γνάθων. Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, η συμπτωματολογία και η κλινική εικόνα κατηγοριοποιείται σε στάδια, τα οποία καθοδηγούν την απόφαση για αντιμετώπιση των ασθενών αυτών. Οι πρακτικές αντιμετώπισης είναι: διατήρηση καλής στοματικής υγιεινής, χρήση αντιμικροβιακών διαλυμάτων, χορήγηση αντιβιο-

τικών και αναλγητικών φαρμάκων και χειρουργικός καθαρισμός κυρίως στο στάδιο 3 και κατά περίπτωση. Παρ' όλη αυτά, στην αντιμετώπιση λαμβάνεται υπόψη ο τρόπος χορήγησης του φαρμάκου (ενδοφλεβίως ή per os), η διάρκεια της θεραπείας και εάν υπάρχουν επιβαρυντικοί παράγοντες (κάπνισμα, διαβήτης κ.ά.). Για την πρόληψη της οστεονέκρωσης σε ασθενείς που λαμβάνουν διφωσφονικά, ζωτικής σημασίας είναι να πραγματοποιούνται όλες οι απαραίτητες οδοντιατρικές πράξεις πριν την έναρξη της λήψης του φαρμάκου, καθώς και να τηρούνται οι κατευθυντήριες οδηγίες σε περιπτώσεις χειρουργικών επεμβάσεων (π.χ. τοποθέτηση εμφυτευμάτων ή αναγκαίες εξαγωγές). Σκοπός της παρούσας παρουσίασης είναι η ανάληψη της επαγόμενης από διφωσφονικά οστεονέκρωσης των γνάθων, κυρίως σε ότι αφορά στην πρόληψη και αντιμετώπισή της.

11

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ ΤΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ. ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ Ή ΔΟΚΙΜΕΣ;

ΒΥΘΟΥΛΚΑ Δ.*, ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Ι., ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Χ., ΣΤΕΡΓΙΩΤΗ Λ., ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Π.

Τα οδοντικά εμφυτεύματα αποτελούν μία βιώσιμη εναλλακτική θεραπεία για την αποκατάσταση νωδών περιοχών με προβλέψιμα και υψηλά ποσοστά επιτυχίας σε κλινικό επίπεδο. Η επιτυχία αυτή μπορεί να αποδοθεί εν μέρει και στη ραγδαία εξέλιξη των επιφανειών των εμφυτευμάτων τα τελευταία χρόνια, καθώς πιστεύεται ότι η ποιότητα της επιφάνειάς τους είναι ένας από τους παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην οστεοενσωμάτωση. Σκοπός της παρουσίασης είναι η ανασκόπηση της προσιτής βιβλιογραφίας σχετικά με τις μεταβολές στην επιφάνεια των εμφυτευμάτων και το ρόλο τους στην επιτυχή οστεοεν-

σωμάτωση. Η πρώτη επιφάνεια που παρουσιάστηκε από τον Brånemark, είναι η σχετικά λεία, μηχανικώς επεξεργασμένη ή τονρευτή επιφάνεια. Στη συνέχεια φάνηκε ότι τα εμφυτεύματα αδρής επιφάνειας παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας σε σχέση με τα λεία σε in vitro και in vivo έρευνες. Έχουν πραγματοποιηθεί πολυάριθμες προσπάθειες τροποποίησης της χημικής σύστασης και αδρότητας της επιφάνειας του εμφυτεύματος, ώστε να προαχθεί η οστεογένεση από την αύξηση της οστεοβλαστικής μεταβολικής δραστηριότητας και κυτταρικής προσκόλλησης. Παραδείγματα επιφανειών που έχουν εφαρμοστεί

είναι αδρές επιφάνειες με επεξεργασία πλάσματος Ti, με επικάλυψη υδροξυαπατίτη HA ή άηλες κεραμικές επιστρώσεις, αμμοβοηθήμενες, αδροποιημένες με οξύ ή συνδυασμός τους, τροποποιημένες με ανοδική οξείδωση ή με φθόριο, επιφάνειες με βιολογικές επικαλύψεις κ.ά. Τέλος, η σύγ-

χρονη έρευνα οδεύει προς την κατεύθυνση της διαμόρφωσης βιομιμητικών επιφανειών, που θα επιταχύνουν την οστεοενσωμάτωση και θα επιτρέπουν την ολοκλήρωση της προσθετικής αποκατάστασης σε μικρότερο χρονικό διάστημα.

12

Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΟΣΤΕΟΕΝΣΩΜΑΤΟΥΜΕΝΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΘΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΗΣ Β.

Τα τελευταία χρόνια και όσο η χρήση των οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων γίνεται όλο και πιο συχνή προκειμένου να αποκατασταθούν νωδές περιοχές των γνάθων, προκύπτουν καινούριες προκλήσεις για τους κλινικούς οδοντιάτρους. Μία από αυτές είναι και η αποκατάσταση της αισθητικής ζώνης με τη χρήση εμφυτευμάτων. Ως αισθητική ζώνη ορίζεται η περιοχή της άνω γνάθου, που περιλαμβάνει τα δόντια αηλιά και τους περιοδοντικούς ιστούς, όταν ο ασθενής χαμογελά. Αυτή μπορεί να ποικίλει τόσο σε εύρος όσο και σε ύψος, ανάλογα με τη γραμμή γέλιωτος (υψηλή, μέση και χαμηλή). Σκοπός αυτής της παρουσίασης είναι να διερευνηθεί εάν η χρήση των οδοντικών εμφυτευμάτων στην πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου αποτελεί μία προβλέψιμη βιολογικά αηλιά και αισθητικά λύση για την αποκατάσταση νωδών περιοχών της ζώνης αυτής. Παρουσιάζεται περίπτωση, στην οποία η ασθενής προσήλθε με έντονο αισθητικό πρόβλημα στην περιοχή των 11 και 21. Μετά από κλινικό και ακτινογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε βαριά περιοδοντική βλάβη των δοντιών αυτών και αποφασίσθηκε έτσι η εξαγωγή τους. Στη φάση των εξαγωγών τοποθετήθηκαν οστικά μοσχεύματα τύπου DFDBA καθώς και

αποροφήσιμες μεμβράνες κολληγόνου, ακολουθώντας την τεχνική double layer (διπλής στρώσης), προκειμένου να αποκατασταθεί το οστικό έλλειμμα αηλιά και να αυξηθεί ο όγκος της ακρολοφίας. Σε δεύτερο χρόνο, στη θέση των αποθεσθέντων δοντιών τοποθετήθηκαν δύο οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα, ακολουθώντας όλους τους κανόνες, προκειμένου να αποκατασταθεί επιτυχώς η νωδή περιοχή. Μετά το πέρας της περιόδου οστεοενσωμάτωσης, αποφασίστηκε η αποκόλυψη των εμφυτευμάτων να γίνει με την τεχνική Palacci, προκειμένου να δοθεί φυσικότερο προφίλ στις παρακείμενες των εμφυτευμάτων θηλές. Το αποτέλεσμα τόσο σε αισθητικό όσο και σε λειτουργικό επίπεδο κρίθηκε ικανοποιητικό, μετά και από την τελική αποκατάσταση με συγκολλημένες μεταλλοκεραμικές στεφάνες. Συμπερασματικά μπορεί να λεχθεί, ότι η αποκατάσταση της αισθητικής ζώνης με τη χρήση εμφυτευμάτων αποτελεί μία πρόκληση για το σύγχρονο κλινικό οδοντίατρο. Μπορεί όμως να είναι μία προβλέψιμη διαδικασία, εάν και εφόσον ακολουθηθούν όλοι οι απαραίτητοι και βιβλιογραφικά τεκμηριωμένοι κανόνες από όλους τους συμμετέχοντες.

13

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΡΟΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΝΩΔΗΣ ΟΠΙΣΘΙΑΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ.

ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΑΚΗΣ Μ.*, ΜΠΟΥΝΤΑΝΙΩΤΗΣ Φ.Χ., ΝΙΚΟΛΑΚΗΣ Μ., ΠΡΙΓΚΟΣ Α.Χ., ΤΖΕΡΜΠΟΣ Φ.

Η έντονη απορρόφηση της ακρολοφίας της άνω γνάθου, σε συνδυασμό με την κατάδυση του ιγμορείου, αποτελούν ένα σημαντικό ανατομικό περιορισμό στο φάσμα των θεραπευτικών επιλογών στην αποκατάσταση της νωδότητας στην οπίσθια περιοχή. Επιλογές για την αποκατάσταση με ακίνητες εργασίες σε τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν η χειρουργική ανύψωση του ιγμορείου άντρου, τα εμφυτεύματα ζυγωματικού και τα εμφυτεύματα πτερυγοειδούς. Η ανύψωση του ιγμορείου περιλαμβάνει τη μετατόπιση της μεμβράνης του, τη δημιουργία χώρου και την πλήρωση του χώρου αυτού με διαφόρων ειδών οστικά μοσχεύματα ή υποκατάστατα του οστού. Η τεχνική μπορεί να διαφέρει ως προς την προσπέλαση και ως προς το είδος του υλικού που χρησιμοποιείται ως μόσχευμα. Τα ζυγωματικά εμφυτεύματα και τα εμφυτεύ-

ματα πτερυγοειδούς τοποθετούνται στο ζυγωματικό οστό και την πτερυγοειδή απόφυση του σφηνοειδούς οστού αντίστοιχα, δια μέσου της άνω γνάθου, παρακάμπτοντας έτσι το ιγμόρειο, αλλά και το χαμηλής ποιότητας πορώδες οστό της περιοχής. Σκοπός της ανακοίνωσης είναι η παρουσίαση των τριών αυτών τεχνικών, η μεταξύ τους σύγκριση και η δόμηση ενός πρωτοκόλλου για την επιλογή της εκάστοτε τεχνικής. Για το σκοπό αυτό έγινε αναζήτηση πρόσφατης (των τελευταίων 10 ετών) βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων των www.pubmed.gov και www.cochrane.org. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: rehabilitation endentulous maxillar, sinus lift, sinus graft, sinus augmentation, zygomatic implants, pterygoid implants.

14

ΣΠΑΝΙΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΩΝ ΚΟΛΠΩΝ.

ΜΕΓΑΣ Β.*, ΡΙΖΟΥ Δ., ΑΡΕΤΑΙΟΥ Π., ΚΑΛΕΝΤΖΗΣ Σ., ΖΩΤΑΛΗΣ Ν.
Από τη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας.

Στην περιοχή των παραρρινίων κόλπων παρουσιάζονται παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες απαιτούν χειρουργική παρέμβαση για τη θεραπεία και αποκατάστασή τους, όπως ρινομήξεις, κυστικές αλλοιώσεις, τραυματικές κακώσεις και όγκοι. Σκοπός της παρουσίασης αυτής είναι η αναφορά στην αντιμετώπιση σχετικά σπάνιων χειρουργικών παθήσεων των ιγμορείων άντρων, των μετωπιαίων κόλπων και των ηθμοειδών κυψελών. Στα 10 έτη λειτουργίας της Μονάδας Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιω-

νίας, έχουν αντιμετωπιστεί διάφορες περιπτώσεις στην περιοχή των παραρρινίων κόλπων. Από αυτές παρουσιάζονται μερικές σπάνιες, που αφορούν σε: (1) τραύματα, όπως πλήρης καταστροφή του εδάφους του οφθαλμικού κόγχου, ρινόρροια εγκεφαλονωτιαίου υγρού μετά από κάταγμα του οπισθίου τοιχώματος των μετωπιαίων κόλπων, (2) νεοπλάσματα, όπως ανάστροφο θήλωμα που καταλάμβανε το ιγμόρειο άντρο, οστεοχονδρομύξωμα ιγμορείου άντρου, οστέωμα μετωπιαίου κόλπου, (3) κυστικές αλλοιώσεις, όπως βλεννοκύστη μετωπιαίου κόλπου, αδαμαντινοβλήστωμα ιγμο-

ρείου άντρου. Για την αντιμετώπιση της κάθε ομάδας περιπτώσεων ακολουθείται ειδικό πρωτόκολλο. Για τα ογκολογικά περιστατικά ο χρόνος τακτικής μετεγχειρητικής παρακολούθησης για μεν τα καλοήθη νεοπλασμάτα είναι 5 έτη, ενώ για τα κακοήθη η παρακολούθηση είναι συνεχής, τουλάχιστον για 10 έτη. Για τις υπόλοιπες ομάδες περιπτώσεων, η μετεγχειρητική παρακολούθηση διαρκεί τουλάχιστον για 1 έτος. Από τη μέχρι σήμερα

μετεγχειρητική πορεία των ασθενών δεν παρατηρήθηκε καμία υποτροπή ή άηθο ιδιαίτερο πρόβλημα. Η κάθε περίπτωση αντιμετωπίστηκε σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες που εμφάνιζε. Ο σωστός προεγχειρητικός έλεγχος, ο προγραμματισμός, η σωστή χειρουργική τεχνική και η τακτική παρακολούθηση αποτελούν τους βασικούς παράγοντες επιτυχούς πορείας του κάθε ασθενούς ξεχωριστά.

15

ΝΕΥΡΕΙΛΗΜΜΩΜΑ ΤΟΥ ΑΝΩ ΧΕΙΛΟΥΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

ΤΣΕΚΕΡΗ Ε.*, ΤΑΜΠΟΥΡΗΣ Α., ΒΑΣΙΛΑΣ Α.

Το νευρειλήμωμα ή σβάννωμα είναι ένας καλοήθης όγκος με εξωδερμική προέλευση, που αναπτύσσεται από τα κύτταρα του Schwann. Εμφανίζεται στο περιφερικό νευρικό σύστημα, σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, όπου οι νευρώνες και οι άξονές τους καλύπτονται από το αντίστοιχο έλυτρο. Είναι ένας σχετικά σπάνιος όγκος των μαλακών ιστών της κεφαλής και του τραχήλου, ενώ όσον αφορά στη στοματική κοιλότητα, η συχνότερη θέση εντόπισής του είναι η γλώσσα. Ακολουθούν η υπερώα, το έδαφος του στόματος, η παρειά, η περιοχή των φατνιακών αποφύσεων και σπανιότερα το άνω και κάτω χείλος. Προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα, με συχνότερη ηλικία εμφάνισης μεταξύ 20 και 40 ετών. Η θεραπεία του συνίσταται στη συντηρητική εκτομή του νεοπλασμάτος, ενώ ιστολογικά διακρίνονται δύο τύποι,

ο Antoni A και ο Antoni B. Στις περισσότερες περιπτώσεις η ιστολογική διάγνωση τεκμηριώνεται με την αναλυτική ανοσοϊστοχημική διερεύνηση του όγκου. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή μίας περίπτωσης νευρειλημώματος - σβαννώματος με σχετικά σπάνια εντόπιση στην περιοχή του άνω χείλους. Παρουσιάζεται το ιστορικό του ασθενούς, η κλινική εμφάνιση του όγκου, η διαφορική διάγνωση καθώς επίσης και η χειρουργική τεχνική εκτομής του. Συζητείται η ιστολογική εικόνα του νεοπλασμάτος που περιλαμβάνει και ανοσοϊστοχημική ανάλυση, διαδικασία απαραίτητη για την πλήρη τεκμηρίωσή του. Ο ασθενής, τρία χρόνια μετά τη χειρουργική αφαίρεση της βλάβης, είναι ελεύθερος υποτροπής, χωρίς αντικειμενική ή υποκειμενική συμπτωματολογία.

16

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ.

ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗ Ε.*, ΤΖΑΝΑΚΑΚΗ Μ., ΤΟΜΑΡΑ Κ., ΤΣΑΤΣΑΝΗ Κ.,
ΘΕΟΛΟΓΗ-ΛΥΓΙΔΑΚΗ Ν.

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

Στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη ο οδοντίατρος ασχολείται με μία περιορισμένη έκτα-

σης περιοχή, τη στοματική κοιλότητα. Το στόμα όμως δεν λειτουργεί ως μεμονωμένη οντότητα,

καθώς συνδέεται άρρηκτα με τα διάφορα συστήματα του οργανισμού και τη γενική υγεία του ατόμου. Γιαυτό το λόγο, ο οδοντίατρος πριν προβεί σε οποιαδήποτε χειρουργική ενέργεια οφείλει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις για να προσεγγίσει σωστά τους ασθενείς του, αλλιώς και να αντιμετωπίσει άμεσα μία κατάσταση ανάγκης. Μία κατηγορία ασθενών που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής είναι άτομα με βεβαρημένη γενική υγεία, οι οποίοι άλλοτε είναι γνώστες της πάθησής τους και άλλοτε όχι. Τα σοβαρότερα και συχνότερα απαντώμενα νοσήματα είναι καρδιαγγειακής, ενδοκρινολογικής και αναπνευστικής αιτιολογίας, όπως υπέρταση και υπόταση, σακχαρώδης διαβήτης και άσθμα αντίστοιχα, καθώς και ποικίλης άλλης αιτιολογίας ασθένειες ή καταστάσεις. Από την άλλη πλευρά, μία κατάσταση ανάγκης μπορεί να προκύψει διεγ-

χειρητικά και μπορεί να κυμανθεί από μία απλή λιποθυμική κρίση έως και ένα εξαιρετικά επικίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς αλλεργικό σοκ. Ωστόσο, επιπλοκές μπορεί να προκύψουν και μετεγχειρητικά, όπως μία απλή αιμορραγία έως και ένα ιδιαίτερα επώδυνο ξηρό φατνίο. Σκοπός της παρούσας ανακοίνωσης είναι η ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας σχετικά με την αντιμετώπιση των επιπλοκών στη χειρουργική στόματος. Συζητούνται αφ' ενός οι μέθοδοι πρόληψης των πιθανών επιπλοκών στους ειδικούς ασθενείς και αφ' ετέρου οι τρόποι αντιμετώπισής τους. Στόχος είναι να μπορεί ο οδοντίατρος να αναγνωρίσει έναν ειδικό ασθενή, μέσω της σωστής λήψης ιατρικού ιστορικού, και να λάβει προληπτικά μέτρα, προφυλάσσοντάς τον κατά τη διάρκεια αλλιώς και μετά τη χειρουργική οδοντιατρική πράξη.

17

ΣΙΑΛΟΡΡΟΙΑ. ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Π.*, ΚΑΡΥΑΜΠΑ-ΣΤΥΛΟΓΙΑΝΝΗ Ε.

Από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η σιαλόρροια αποτελεί παθολογική κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από υπερβολική ροή σάλιου. Οφείλεται είτε στην υπερπαραγωγή σάλιου, είτε σε ατελή κατάποση λόγω κακής κινητικής του μυοσκελετικού συστήματος της τραχηλοπροσωπικής χώρας. Συστηματικά νοσήματα (εγκεφαλική παράλυση, νόσος Parkinson, νόσος Alzheimer, επιληψία, καρκίνος του οισοφάγου και του στομάχου), τραύματα, χειρουργικές επεμβάσεις ή συγγενείς δυσπλασίες στη στοματοφαρυγγική περιοχή, επώδυνες αλλοιώσεις στη στοματική κοιλότητα, η λήψη φαρμάκων και η εγκυμοσύνη, είναι κάποια από τα αίτια που προκαλούν σιαλόρροια. Αναφέρεται επίσης και η ψυχογενής σιαλόρροια, συνήθως σε αγχωτικά άτομα τα οποία έχουν μία ψευδή εντύπωση συνεχούς υπερπαραγωγής σάλιου, καθώς και η ιδιοπαθής παροξυσμική σιαλόρροια αγνώστου αιτιολογίας, που χαρακτηρίζεται από επεισόδια αυξημένης παραγωγής σάλιου βραχείας διάρκειας. Η απομόνωση, ο κοινωνικός αποκλεισμός και η διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων, αποτελούν τις σημαντικότερες ψυχοκοινωνικές συνέπειες που βιώνουν οι ασθενείς με

σιαλόρροια. Επιπλέον, η δυσκολία στην ομιλία, η αδυναμία εφαρμογής καλής στοματικής υγιεινής, η δυσσομία και η ανάπτυξη περιστοματικών φλεγμονών, δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την καθημερινότητα των ασθενών αυτών και των οικείων τους. Το πρώτο μέλημα του ασθενούς με σιαλόρροια είναι να συμβουλευτεί τον οδοντίατρο ή ειδικό στοματολόγο, που θα διερευνήσει και θα προσδιορίσει την αιτία της σιαλόρροιας. Αρκετές περιπτώσεις σιαλόρροιας είναι εφήμερες και υποχωρούν χωρίς θεραπεία. Σε περιπτώσεις όμως όπου υποκρύπτεται συστηματική νόσος ή τοπικό νόσημα στο στόμα, η αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς προβλήματος βελτιώνει ή και αποκαθιστά πλήρως τη σιαλόρροια. Σε συνεχή και μεγάλη σιαλόρροια εφαρμόζονται ποικίλες συντηρητικές μέθοδοι αντιμετώπισης, όπως κινησιοθεραπεία, λογοθεραπεία, τροποποίηση συμπεριφοράς με βιοανάδραση, χρήση λειτουργικών συσκευών, ακτινοθεραπεία, βελιονισμός της γλώσσας, καθώς και χορήγηση φαρμάκων, που προκαλούν μείωση της παραγωγής του σάλιου. Σε σοβαρές και επίμονες περιπτώσεις έχουν εφαρμοσθεί διάφορες χειρουργ-

γικές επεμβάσεις (εκτομή της χορδής του τυμπάνου και του τυμπανικού πλέγματος και επεμβάσεις στους σιαλογόνους αδένες και τους εκφορητικούς τους πόρους), που στοχεύουν είτε στη μείωση της παραγωγής σάλιου είτε σε βελτίωση του νευρομυϊκού ελέγχου. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά στα αίτια της σιαλιόρροιας, στις μεθόδους εκτί-

μησης του βαθμού και της συχνότητάς της, καθώς και στις επιπτώσεις που η σιαλιόρροια έχει στην ψυχική και σωματική υγεία των ασθενών. Επιπλέον, θα περιγραφούν οι διάφορες μέθοδοι αντιμετώπισης του προβλήματος, οι ενδείξεις, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα εφαρμογής της εκάστοτε μεθόδου.

18

ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΟΥ.

ΑΛΕΞΙΟΥ Σ.*, ΜΕΓΑΣ Β., ΠΟΛΑΤΟΥ Α., ΖΑΝΑΚΗΣ Σ., ΖΩΤΑΛΗΣ Ν.

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

Στο δέρμα της κεφαλής και του προσώπου είναι δυνατόν να εμφανιστούν διάφορες αλλοιώσεις τόσο πρωτογενείς, όπως κηλίδες, φυσαλίδες, φλύκταινες, πομφόλυγες, όζοι, όγκοι, όσο και δευτερογενείς, όπως διαβρώσεις, εξελκώσεις, ουλές, εφελκίδες κ.ά. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά στις πιο συχνές δερματικές αλλοιώσεις της περιοχής κεφαλής και προσώπου και στη θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Οι καταστάσεις που έχουν ανάγκη άμεσης και αποτελεσματικής παρέμβασης στις περιοχές αυτές, είναι οι διάφορες κακοήθεις βλάβες, όπως τα βασικοκυτταρικά και ακανθοκυτταρικά καρκινώματα. Επίσης, συγγενείς βλάβες, όπως τα αιμαγγειώματα, χρήζουν μεγάλης προσοχής, λόγω της μεγάλης αγγειοβρίθειας και του κινδύνου έντονης αιμορραγίας που αυτά εμφανίζουν κατά τους διαγνωστικούς και χειρουργικούς χειρισμούς που θα γίνουν σε αυτά προκειμένου να αφαιρεθούν. Στα 10 έτη λειτουργίας της Μονάδας Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας, έχουν αντιμετωπιστεί περίπου 150 περιπτώσεις με διάφορες δερ-

ματικές αλλοιώσεις στο τριχωτό της κεφαλής και το πρόσωπο. Παρουσιάζεται η θεραπευτική αντιμετώπιση επιλεγμένων χαρακτηριστικών βλαβών, όπως καρκινώματα, αιμαγγειώματα, μελαγχρωματικοί σπίλιοι, σμηγματογόνοι και άηλιες κύστει του δέρματος κ.ά. Το αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα υπήρξε πολύ ικανοποιητικό στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Αυτός εξάλλου είναι και ο κύριος λόγος προσέλευσης των ασθενών, εκτός βέβαια των περιπτώσεων κακοήθων βλαβών, στις οποίες προέχει η αντιμετώπιση της νόσου, ενώ το αισθητικό αποτέλεσμα είναι δευτερεύων παράγοντας. Συμπερασματικά, κάθε δερματική αλλοίωση της κεφαλής και του προσώπου χρήζει καταρχήν σωστής κλινικής διάγνωσης και αποτελεσματικής αφαίρεσης, διότι στις περισσότερες περιπτώσεις οι βλάβες αυτές δεν μπορούν να υποβληθούν σε βιοψία και επίσης δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα κακοήθειας. Για τους λόγους αυτούς, η εμπειρία του επεμβαίνοντος είναι καθοριστική για το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα.

19

ΝΕΥΡΟΪΝΩΜΑΤΩΣΗ ΤΥΠΟΥ I Ή ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ Von RECKLINGHAUSEN. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΕ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑΤΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.

ΣΚΛΑΒΕΝΙΤΗ Μ.*, ΒΟΓΙΑΤΖΗ Θ., ΔΟΝΤΑ Α., ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ Κ.

Η νευροϊνωμάτωση είναι μία σχετικά συνήθης κληρονομική νόσος, μεταδίδεται με τον αυτοσωμικό επικρατούντα τύπο και εμφανίζεται μία περίπτωση ανά 3000 γεννήσεις. Έχουν αναγνωριστεί διεθνώς τουλάχιστον 8 μορφές της νόσου, όμως η πιο συνηθισμένη είναι η μορφή τύπου I και το υπεύθυνο γονίδιο έχει χαρτογραφηθεί στο χρωμόσωμα 17. Κύρια σημεία της νόσου είναι: μελαγχρωματικές κηλίδες, νευροϊνώματα, όγκοι των περιφερικών νεύρων, κώφωση από την εμπλοκή του ακουστικού νεύρου κ.ά. Η νόσος επίσης μπορεί να εμφανίζει σκελετικές και στοματικές εκδηλώσεις, όπως αυξημένη οστική πυκνότητα των οστών του προσώπου και των μακρών οστών, σκελετική ασυμμετρία, νευροϊνώματα στη στοματική κοιλότητα, μεγέθυνση τρημάτων, εμφάνιση διακλαδώσεων του γναθιαίου πόρου κ.ά. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση περίπτωσης άρρενος ασθενούς

62 ετών, ο οποίος προσήλθε στην Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ για οδοντιατρική περίθαλψη. Στο ιατρικό ιστορικό ανέφερε ότι έπασχε από νευροϊνωμάτωση. Η κλινική και ακτινογραφική εξέταση αποκάλυψαν ασυμμετρία προσώπου, οπίσθια σταυροειδή σύγκληση, διφυή γναθιαίο πόρο, ευμεγέθη γενειακά και γναθιαία τρήματα, ασυμμετρία κονδύλων κ.ά. Στο οδοντιατρικό ιστορικό ανέφερε αφαίρεση ογκιδίων από τη δεξιά παρειά προ ετών. Στον ασθενή καταγράφηκαν τα οδοντιατρικά προβλήματα και καταρτίστηκε το σχέδιο θεραπείας. Συμπερασματικά, ο σύγχρονος οδοντίατρος θα πρέπει να αναγνωρίζει τις στοματοπροσωπικές εκδηλώσεις των συστηματικών νόσων και να ακολουθεί τις αρχές της διαγνωστικής μεθοδολογίας, προκειμένου να παρέχει στους ασθενείς την καλύτερη δυνατή οδοντιατρική φροντίδα.

20

Η ΑΠΟΦΛΟΙΩΤΙΚΗ ΟΥΛΙΤΙΔΑ ΩΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΠΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

ΑΡΓΥΡΗΣ Π.*, ΓΚΙΛΑΣ Χ., ΓΙΑΒΗ Γ., ΠΙΠΕΡΗ Ε., ΧΡΥΣΟΜΑΛΗ Ε.,
ΣΚΛΑΒΟΥΝΟΥ Α.

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

Η αποφλοιωτική ουλίτιδα, όρος που περιγράφει την εντοπισμένη ή διάχυτη ερυθρότητα σε ελεύθερα ή/και προσπεφυκότητα ούλη με αποκόλληση του υπερκείμενου επιθηλίου, αποτελεί συχνή κλινική εκδήλωση ποικίλων δερματοβλεννογόνιων νοσημάτων, μεταξύ αυτών του ομαλού λειχήνα, του πεμφιγοειδούς και της πέμφιγας. Παθογενετικά, αντίθετα με άλλες φλεγμονώδεις νόσους των ούλων, η αποφλοιωτική ουλίτιδα δεν συσχετίζεται με εναπόθεση τοπικού μικροβιακού παράγοντα. Σκοπός της ανακοίνωσης είναι η πα-

ρουσίαση της κλινικής εικόνας, της διαγνωστικής προσέγγισης και του θεραπευτικού σχήματος 7 περιπτώσεων αποφλοιωτικής ουλίτιδας. Οι 5 από τις 7 περιπτώσεις αφορούσαν σε γυναίκες, η μέση ηλικία των οποίων ήταν 59,2 έτη (εύρος ηλικίας 49-67 έτη) και οι υπόλοιπες δύο περιπτώσεις αφορούσαν σε άνδρες 61 και 69 ετών αντίστοιχα. Οι ασθενείς ανέφεραν συμπτωματολογία πόνου ή/και αιμορραγίας των ούλων, τα οποία παρουσίαζαν έντονη διάχυτη ή κατά τόπους ερυθρότητα, συνοδευόμενη από εικόνα αποφλοιώσης,

συχνότερα στην προστομακική περιοχή της άνω ή/και κάτω γνάθου. Κατά την ενδοστοματική κλινική εξέταση, εκτός από τις βλάβες των ούλων, παρατηρήθηκαν σε τρεις περιπτώσεις συρρέουσες βλατίδες στις παρειές με συνύπαρξη λευκών γραμμώσεων ή μη αποκολληόμενων λευκών πλάκων, ενώ σε τρεις ασθενείς διαπιστώθηκαν επιπρόσθετα και πολήλαπλές διαβρωτικές ή/και εθικωτικές βλάβες στο στοματικό βλεννογόνο με εντόπιση τις παρειές, τη γλώσσα και την υπερώα. Σε μία μόνο περίπτωση αποφλοιωτικής ουλίτιδας, ο ασθενής δεν εμφάνιζε άλλης ενδοστοματικές βλάβες. Η διάγνωση τέθηκε μετά τη λήψη διαγνωστικής βιοψίας για ιστολογική εξέταση και άμεσο ανοσοφθορισμό. Από τις 7 περιπτώσεις αποφλοιωτικής ουλίτιδας, οι 5 συνιστούσαν εκδήλω-

ση ομαλού λειχήνα, μία ουλιωτικού πεμφιγοειδούς και μία κοινής πέμφιγας. Σε όλες τις περιπτώσεις ο στοματικός βλεννογόμος αποτελούσε την πρώτη εκδήλωση των παραπάνω δερματοβλεννογόνων νοσημάτων. Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίστατο στην εφαρμογή είτε τοπικής είτε συστηματικής χορήγησης κορτικοστεροειδών, ή/και σε συνδυασμό με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, επιδεικνύοντας ποικίλου βαθμού ανταπόκριση στο χορηγούμενο θεραπευτικό σχήμα. Συμπερασματικά, η αποτελεσματική αντιμετώπιση της αποφλοιωτικής ουλίτιδας προϋποθέτει τη διάγνωση του υποκείμενου νοσήματος, η οποία επιτυγχάνεται από τη συσχέτιση των κλινικών σημείων με τα ευρήματα των παρακλινικών εξετάσεων.

21

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΥΣΤΗΣ ΣΕ ΔΥΟ ΧΡΟΝΟΥΣ.

ΖΟΥΜΠΟΣ Δ.*, ΜΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ι.

Στις γνάθους διάφοροι παράγοντες ευνοούν την ανάπτυξη κυστικών εξεργασιών με πολύ μεγαλύτερη συχνότητα εν συγκρίσει με τα άλλα οστά. Αδιαμφισβήτητα, η καλύτερη μέθοδος για την αντιμετώπιση των κύστεων των γνάθων είναι η εκκυρήνισή τους και η συρραφή του τραύματος για επούλωση κατά πρώτο σκοπό. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις, στις οποίες η εκκυρήνιση μίας κύστεως, λόγω θέσης ή και μεγέθους, μπορεί να προκαλέσει βλάβες σε ανατομικά μέρη, απώλεια δοντιών, διαταραχή της ζωτικότητάς τους ή ακόμη και κάταγμα. Επιπρόσθετα, η εκκυρήνιση μίας κύστεως σε μία δυσπρόσιτη περιοχή, μπορεί να αποτελέσει μία δύσκολη τεχνικά χειρουργική επέμβαση. Σε αυτές τις περιπτώσεις μία εναλλακτική λύση είναι η μαρσιποποίηση της κύστης, μόνη της ή σε συνδυασμό με εκκυρήνιση σε δεύτερο χρόνο. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η περιγραφή μίας περίπτωσης μεγάλης κύστης της κάτω γνάθου σε έναν άνδρα 62 ετών, που αντιμε-

τωπίστηκε με τη μέθοδο της μαρσιποποίησης, η οποία οδήγησε στην προοδευτική αποσυμπίεση της κυστικής κοιλότητας. Χρησιμοποιήθηκε η εν λόγω τεχνική, λόγω του αυξημένου κινδύνου κατάγματος της κάτω γνάθου, αλλιά και του κινδύνου απώλειας της ζωτικότητας του πολήφου του 46. Επίσης, περιγράφονται τα κριτήρια που θα οδηγήσουν ένα χειρουργό στην αντιμετώπιση μίας κυστικής εξεργασίας σε δύο χρόνους. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των κύστεων επιβάλλεται, προκειμένου να προληφθούν η αύξηση του μεγέθους τους καθώς και αρκετές πιθανές επιπλοκές. Η απόφαση για την επιλογή της κατάλληλης χειρουργικής τεχνικής πρέπει να λαμβάνεται μετά από προσεκτική εκτίμηση όλων των παραμέτρων που προκύπτουν από τις διάφορες απεικονιστικές και κλινικές εξετάσεις, έχοντας ως βασική αρχή την προστασία γειτονικών της κύστης ανατομικών μορίων και την αποφυγή δημιουργίας λειτουργικών προβλημάτων.

22

ΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ ΕΞ ΕΠΑΦΗΣ ΑΠΟ ΚΑΝΕΛΛΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.

ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε.*, ΑΧΤΑΡΗ Μ.

Η στοματίτιδα εξ επαφής από κανέλλα (cinnamon contact stomatitis) είναι μία συχνή και παραγνωρισμένη πάθηση του στοματικού βλεννογόνου. Παρουσιάζεται κλινικά με τη μορφή λευκών βλαβών, μεικτών λευκών και ερυθρών βλαβών που προσομοιάζουν λειχηνοειδή αντίδραση, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί και με τη μορφή διαβρώσεων. Οι ασθενείς παραπονούνται για καύσο, ερεθισμό και σπανιότερα πόνο. Η αιτία είναι η αλλεργική αντίδραση του βλεννογόνου στην κινναμική αλδεϋδη, το αιθέριο έλαιο που περιέχεται σε τσίχλες και καραμέλες με γεύση κανέλλας. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει μία μεγάλη ομάδα από νοσήματα, όπως λειχηνοειδή αντίδραση, ερυθρηματώδη λύκο, φαρμακευτική στοματίτιδα, λευκοπληκία και τριχωτή λευκοπληκία. Η διάγνωση είναι κατά κανόνα εύκολη από την κλινική εξέταση και το ιστορικό, αρκεί ο ιατρός να είναι ενημερωμένος για τη νόσο. Η δε εξαφάνιση των συμπτωμάτων λίγες ημέρες μετά τη διακοπή χρήσης σκευασμάτων που περιέχουν κινναμική αλδεϋδη, είναι σχεδόν παθολογική της νόσου. Σε περίπτωση που ο ιατρός, όπως συχνά συμβαίνει, αγνοεί τη στοματίτιδα εξ επαφής από κανέλλα ως νοσολογική οντότητα, ο

ασθενής μπορεί να υποβληθεί στην ταλαιπωρία και το κόστος σειράς εξετάσεων, όπως βιοψία και ορολογικές εξετάσεις και να μην έχει ποτέ σαφή διάγνωση και να βρίσκεται σε διαρκή αγωνία. Σκοπός της παρουσίασης είναι η ευαισθητοποίηση των κλινικών οδοντιάτρων και ιατρών για τη νοσολογική αυτή οντότητα, που αν και απλή, συχνά οδηγεί σε διαγνωστική πλάνη. Θα παρουσιαστούν δύο χαρακτηριστικές περιπτώσεις (ιστορικό και κλινική εικόνα) ασθενών (άνδρας 55 ετών και γυναίκα 22 ετών) με στοματίτιδα εξ επαφής από κανέλλα (από το στοματολογικό ιατρείο της μίας εκ των συγγραφέων - ΕΑΓ) και θα γίνει συζήτηση της διαφορικής διάγνωσης ανά περίπτωση. Επίσης, θα γίνει βιβλιογραφική ανασκόπηση της εξ επαφής στοματίτιδας από κανέλλα με τη χρήση της βάσης δεδομένων Pubmed, και παρουσίαση των κύριων χαρακτηριστικών της νόσου. Συμπερασματικά, η βιβλιογραφία περιλαμβάνει περιορισμένο αριθμό αναφορών σχετικά με την εξ επαφής στοματίτιδα από κανέλλα. Η γνώση της νοσολογικής αυτής οντότητας είναι σημαντική, ώστε να αποφεύγεται η άσκοπη ταλαιπωρία των ασθενών για μία τόσο απλή νοσολογική οντότητα.

23

ΠΛΑΓΙΑ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΚΥΣΤΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

ΓΚΙΛΑΣ Χ.*, ΛΟΥΠΑΣΗΣ Μ., ΤΟΣΙΟΣ Κ.

Η πλάγια περιοδοντική κύστη είναι μία σπάνια αναπτυξιακή οδοντογενής κύστη, η οποία εμφανίζεται κατά μήκος του πλάγιου τοιχώματος της ρίζας των δοντιών, συννηθέστερα των κάτω προγομφίων. Αποτελεί μόλις το 2% όλων των αθηθών κύστεων των γνάθων, αλλά είναι κλινικά σημαντική, καθώς πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από

συχνότερες οντότητες, είτε με διαφορετική βιολογική συμπεριφορά όπως η οδοντογενής κερατινοκύστη, είτε με διαφορετική θεραπευτική αντιμετώπιση όπως η πηλαγορριζική κύστη. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση μίας περίπτωσης πλάγιας περιοδοντικής κύστης, η οποία εκδηλώθηκε με την εικόνα οδοντοφατνιακού αποστήμα-

τος. Άνδρας 67 ετών προσήλθε παραπονούμενος για διόγκωση αντίστοιχα με κυνόδοντα της κάτω γνάθου, ο οποίος ήταν και στήριγμα εκτεταμένης ακίνητης προσθετικής αποκατάστασης. Ακτινογραφικά υπήρχε διαύγαση περιφερικά της ρίζας του 44, συμβατή με εικόνα οδοντοφατνιακού αποστήματος, αλλήλ στη θέση που αντιστοιχούσε στη βλάβη εντοπίστηκε δεύτερη διαύγαση με σαφή όρια. Μετά από χειρουργική αφαίρεση και ιστοπα-

θολογική εξέταση της βλάβης, δόθηκε η τελική διάγνωση της πλήγιας περιοδοντικής κύστης. Είναι χρήσιμο ο κλινικός οδοντίατρος να είναι γνώστης της οντότητας αυτής, ώστε να αποφευχθούν διαγνωστικά λάθη και μη αναγκαίες θεραπείες, όπως η ενδοδοντική θεραπεία ή η λήψη αντιβιοτικών, καθώς τα παρακείμενα δόντια έχουν ζωντανό πολφό και συνήθως διατηρούνται ανέπαφα μετά την αφαίρεση της βλάβης.

24

ΣΙΑΛΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ. ΜΙΑ ΝΕΑ ΤΕΧΝΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΩΝ ΦΑΙΝΟΜΕΝΩΝ ΤΩΝ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ.

ΦΑΚΛΑΡΗΣ Ι., ΧΡΙΣΤΟΛΟΥΚΑΣ Ν.*

Από το Οδοντιατρικό Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα του 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας.

Η ενδοσκόπηση των μειζόνων σιελογόνων αδένων αποδίδει μία ακριβή και καθαρή εικόνα όλου του πόρου του υπό εξέταση αδένα με τη μικρότερη δυνατή ταλαιπωρία του ασθενή, η οποία εάν απαιτηθεί μπορεί να γίνει και επεμβατική την ίδια στιγμή. Τα αποφρακτικά φαινόμενα λοιπόν, όπως σιαλιόλιθοι, βλενωδείς πλάκες, στενώσεις, μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη χρήση του σιαλενδοσκοπίου. Στην εργασία περιγράφεται ο τύπος του ενδοσκοπίου που χρησιμοποιήθηκε, τόσο για τη διαγνωστική όσο και για την επεμβατική σιαλενδοσκόπηση, και παράλληλα αναφέρονται οι θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν. Τα αποφρακτικά φαινόμενα που παρατηρήθηκαν ταξινομούνται ως βλενωδείς πλάκες και

σιαλιόλιθοι. Η διαγνωστική σιαλενδοσκόπηση εφαρμόστηκε σε όλους τους υπό εξέταση αδένες με 100% επιτυχία. Η επεμβατική σιαλενδοσκόπηση εφαρμόστηκε σε 37 αδένες (2 παρωτίδες και 35 υπογνάθιους) με 95% επιτυχία. Συμπερασματικά, η σιαλενδοσκόπηση είναι μία νέα πολύ υποσχόμενη τεχνική, που ανοίγει νέους ορίζοντες στην παθολογία των πόρων των σιελογόνων αδένων. Έχει το πλεονέκτημα της πλήρους εξερεύνησης του παροχετευτικού δικτύου του αδένα, πρωτεύοντων, δευτερευόντων, ακόμα και τριτευόντων διακλάδωσεων αυτού, μειώνοντας έτσι την ανάγκη για τη χειρουργική του εξαίρεση, καθώς και για ακτινολογική του διερεύνηση, προστατεύοντας τον ασθενή από περιττή ακτινοβολία.

25

ΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ 185 ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ.

ΜΕΛΕΑ Π.*, ΜΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ι., ΚΡΑΝΙΑΣ Δ.

Τα τελευταία χρόνια, η χρήση των ενδοφλεβίως χορηγούμενων διφωσφονικών φαρμάκων είναι πολύ μεγάλη στη θεραπευτική των νόσων των οστών, με εξαιρετικά αποτελέσματα, για την α-

ντιμετώπιση της υπερασβεστιαϊμίας που προκαλείται από κακοήθη νόσο, των οστεολυτικών βλαβών που προκαλούν οι μεταστάσεις συμπαγών όγκων - όπως μαστού, προστάτη, πνεύμονα - και

του πολήληπλού μμελώματος. Η χρήση τους έχει σαν αποτέλεσμα τον έλεγχο του οστικού πόνου, τη στατιστικά σημαντική μείωση των επιπλοκών από το σκελετό και συμβάλλει στον περιορισμό της ακτινοβολίας και της χημιοθεραπείας. Ωστόσο, παρά τα θεραπευτικά τους οφέλη, τα διφωσφονικά φάρμακα εμφανίζουν και ανεπιθύμητες ενέργειες. Μία εξ αυτών, που χρήζει προσοχής και απασχολεί τα τελευταία χρόνια την οδοντιατρική και ιατρική επιστημονική κοινότητα, είναι η οστεονέκρωση που προκαλείται στις γνάθους. Σκοπός της ανακοίνωσης είναι η παρουσίαση επιδημιολογικής έρευνας, η οποία επιδιώκει την καταγραφή και αξιολόγηση της κατάστασης της στοματικής υγείας ογκολογικών ασθενών που λαμβάνουν ενδοφλέβια διφωσφονικά φάρμακα, με την εφαρμογή τριών επιδημιολογικών δεικτών: του απλοποιημένου δείκτη στοματικής υγιεινής (OHIS), του δείκτη περιοδοντικών αναγκών της κοινότητας (CPI/N) και του δείκτη καταγραφής τερηδόνας της μύλης (DMFT-DMFS). Το δείγμα της έρευνας είναι

185 ογκολογικοί ασθενείς που λαμβάνουν ενδοφλέβια διφωσφονικά και συγκεκριμένα ζολεδρονικό οξύ (Zometa), ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, εθνικότητας, κοινωνικοοικονομικού ή μορφωτικού επιπέδου, είδος και στάδιο καρκίνου, καθώς και ασθενείς που έχουν λάβει στο παρελθόν ενδοφλέβια διφωσφονικά και πλέον έχει διακοπεί η χορήγησή τους, λόγω εμφάνισης οστεονέκρωσης. Η εξέταση των ατόμων έγινε με τη βοήθεια επίπεδου κατόπτρου και ειδικής περιοδοντικής μήλης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). Για την αποφυγή μετάδοσης μολυσματικών νόσων ελήφθησαν όλα τα απαραίτητα μέτρα ασηψίας και αντισηψίας, όπως αποστειρωμένα εργαλεία, γάντια μίας χρήσης και μάσκα για κάθε εξεταζόμενο. Από τη μελέτη προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές όσον αφορά στην περιοδοντική κατάσταση, στην τερηδογονόνο δράση και στις συνήθειες στοματικής υγιεινής, συγκριτικά με την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το εάν έχουν ήδη εγκατεστημένη οστεονέκρωση ή όχι.

26

ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΖΙΡΚΟΝΙΑΣ. ΜΥΘΟΣ Ή ΜΙΑ ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ;

ΑΝΔΡΕΙΩΤΕΛΛΗ Μ.

Η ζirkονία (ZrO_2) είναι ένα κεραμικό υλικό με εξέχουσες μηχανικές και φυσικές ιδιότητες. Οι εφαρμογές της στην Οδοντιατρική επεκτείνονται στην κατασκευή ενδορριζικών αξόνων, στεφανών και γεφυρών, διαβληνογόνιων επιεμφυτευματικών στηριγμάτων και πολύ πρόσφατα και στην κατασκευή οδοντικών εμφυτευμάτων για την αποκατάσταση της αισθητικής ζώνης. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να παρουσιαστούν τα συστήματα των εμφυτευμάτων ζirkονίας που κυκλοφορούν σήμερα, οι ενδείξεις και τα πλεονεκτήματα από τη χρήση τους, καθώς και το ερευνητικό υπόβαθρο για τη χρήση του κεραμικού αυτού υλικού στην κατασκευή οδοντικών εμφυτευμάτων. Τέλος, θα γίνει παρουσίαση κλινικής περίπτωσης τοποθέτησης μονήρους εμφυτεύματος ζirkονίας. Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση της βιβλιογραφίας για ανεύρεση κλινικών μελετών πάνω σε εμφυτεύματα ζirkονίας. Επίσης, αναζητή-

θηκαν έρευνες σχετικές με τη βιολογική συμπεριφορά και τη σταθερότητα των εμφυτευμάτων αυτών. Από τη μελέτη προέκυψε ότι in vitro έρευνες έχουν δείξει ότι εμφυτεύματα ζirkονίας δείχνουν καλή αντοχή στη θραύση μετά από 1,2 και 5 εκατομμύρια κύκλους φόρτισης, που προσομοιάζουν με 5 και 10 χρόνια μαστικών δυνάμεων αντίστοιχα. Πειράματα σε ζώα έχουν επίσης δώσει υποσχόμενα αποτελέσματα σχετικά με τη βιοσυμβατότητα και δυνατότητα οστεοενσωμάτωσης των εμφυτευμάτων ζirkονίας. Τα πρώτα κλινικά αποτελέσματα όσον αφορά στα εμφυτεύματα ζirkονίας είναι ενθαρρυντικά. Παρόλα αυτά, όπως συμβαίνει με κάθε νέο σύστημα εμφυτευμάτων, σωστά σχεδιασμένες μακροχρόνιες κλινικές προοπτικές μελέτες είναι απαραίτητες, προτού τα εμφυτεύματα αυτά μπορούν να προταθούν εναλλακτικά των εμφυτευμάτων τιτανίου για κλινική χρήση ρουτίνας.

27

Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΟΜΟΙΩΤΩΝ ΕΙΚΟΝΙΚΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ.

ΦΙΛΙΠΠΑΤΟΣ Γ.*, ΚΡΕΜΜΥΔΑΣ Μ., ΤΡΙΠΟΔΑΚΗΣ Α.

Κατά την τελευταία δεκαετία η εικονική πραγματικότητα εφαρμόζεται στην εκπαίδευση πολλών γνωστικών αντικειμένων, μεταξύ των οποίων και η ακίνητη προσθετική. Οι προσομοιωτές εικονικής πραγματικότητας προσφέρουν έναν ασφαλή και οικονομικό τρόπο κατανόησης του εκπαιδευτικού αντικειμένου. Οι εκπαιδευόμενοι φοιτητές εξασκούνται σε τέτοιο προσομοιωτή κατά την προκλινική φάση της εκπαίδευσής τους. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται προσομοιωτές εικονικής πραγματικότητας με πρόπλησμα, το οποίο αποτελείται από ένα ανδρείκελο με κεφαλή, τοποθετημένο σε μία μονάδα που μοιάζει πολύ με οδοντιατρική έδρα. Οι εκπαιδευόμενοι φοιτητές καλούνται να εξασκήσουν τις ψυχοκινητικές τους δεξιότητες και να αξιολογηθούν πάνω σε αυτές. Το ενδιαφέρον αξιολόγησης στράφηκε στα εξής θέματα: (1) στη συχνότητα ανάγκης του φοιτητή για συμμετοχή του βοηθού στην κλινική άσκηση και

στην ενδιάμεση αξιολόγηση της προόδου του φοιτητή, (2) στην άποψη του φοιτητή για το θετικό ή αρνητικό ρόλο που παίζει η κλινική προσομοίωση στην άσκησή του, (3) στη συζήτηση ή όχι των γνώσεων του φοιτητή και στην καλύτερη κατανόηση του μαθήματος και (4) στην καλύτερη προετοιμασία του, ώστε να μπορεί να φτιάξει ένα ολοκληρωμένο σχέδιο θεραπείας. Σε δείγμα 130 φοιτητών που ασκήθηκαν στο Εργαστήριο Κλινικής Προσομοίωσης της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, δόθηκε ερωτηματολόγιο και αναλήφθηκε η κριτική τους στάση και άποψη στα δεδομένα της άσκησής τους. Τα αποτελέσματα αναλύονται στατιστικά με σκοπό τη διατύπωση προτάσεων, έτσι ώστε οι προσομοιωτές εικονικής πραγματικότητας να χρησιμοποιηθούν εκτενέστερα σαν εξαιρετικά αξιόπιστο εκπαιδευτικό εργαλείο.

28

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ.

ΦΙΛΙΠΠΑΤΟΣ Γ., ΚΡΕΜΜΥΔΑΣ Μ.*, ΒΛΑΣΣΗ Σ.

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

Το πρόβλημα της προσθετικής αποκατάστασης είναι σύνθετο και η ιδιαιτερότητα που έχει, μοιάζει με αυτή των δακτυλικών αποτυπωμάτων. Γίνεται δε ακόμα πιο περίπλοκο, καθώς υπεισέρχονται παράγοντες γενικής υγείας, ψυχικής υγείας, κοινωνικοί και επαγγελματικοί. Ενώ παλαιότερα οι καρτεσιανοί στοχαστές έριχναν το βάρος τους στην ανάληψη των στοιχείων που συνθέτουν ένα πρόβλημα, συχνά σε βάρος της σφαιρικής του αντιμετώπισης, σήμερα έχει παρατηρηθεί στροφή σε μία συνοδική εξέταση των προβλημάτων, σε μία

«ολιστική» θεώρηση. Εφαρμόζοντας την παραπάνω φιλοσοφία στην αποκατάσταση της ισορροπίας και αρμονίας του στοματογναθικού συστήματος, καλείται ο οδοντίατρος, πέρα από την αναπλήρωση των δοντιών που λείπουν, να συμβάλει στην προστασία και διατήρηση των φυσικών δοντιών και στη διατήρηση της υγείας του στόματος γενικότερα. Αναλύεται η έννοια της orality και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις ενήλικες λειτουργίες του στόματος. Η στοματικότητα είναι η ενότητα οργανικών, πνευματικών και συναισθηματικών ε-

μπειριών του μικρού παιδιού και η έκφραση της στην ενήλικη ζωή. Η στοματικότητα εμφανίζεται στην ψυχαναλυτική θεωρία σαν: (1) το πρώτο στάδιο ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης, (2) το πρώτο πεδίο οργάνωσης του «εγώ», (3) αποτύπωμα στην ενήλικη προσωπικότητα. Η στοματική κοιλότητα αποτελεί: (1) πεδίο πρώιμης εμπειρίας, (2) πεδίο κοινωνικοποίησης, (3) πεδίο αντιληπτικής ικανότητας, (4) πεδίο μνήμης. «Ενήλικες» λειτουργίες του στόματος, με ιδιαίτερη σημασία στην αίσθηση της ατομικής ταυτότητας, αποτελούν: (1) η διάσπαση της αίσθησης της «ακεραιότητας» μέσα από τα συναισθήματα που γεννά η απώλεια της φυσικής οδοντοφυΐας και (2) ο ρόλος του στόματος στην εκφορά του λόγου. Η ανατροπή του παραπάνω status αποτελεί αιτία στρες σε πολλές περιπτώσεις. *Το στρες αναφέρεται σε απαιτήσεις και γεγονότα που γίνονται αντιληπτά σαν απειλή της φυσικής ή ψυχικής ευημερίας του ατόμου.* Αιτίες στρες μπορεί να είναι: (1) τραυματικά γεγονότα, (2) ανεξέλεγκτα γεγονότα, (3) γεγονότα στο όριο των δυνατοτήτων του ατόμου, (4) αποτέλεσμα εσωτερικών συγκρούσεων. Το άγχος αποτελεί την πιο κοινή αντίδραση στο στρες, και είναι το δυσάρεστο εκείνο συναίσθημα που αναφέρεται σαν «ανησυχία», «νοιάξιμο» και « φόβος». Σε οργανικό

επίπεδο, η αντίδραση του οργανισμού σαν απόκριση στο στρες αποτελείται από τρεις φάσεις: (1) συναγερμός, (2) αντίσταση, (3) εξουθένωση. Όλοι οι οδοντιατρικοί ασθενείς που εμφανίζουν συμπεριφορά άγχους ή φοβίας προσδιορίζουν την αρχή του φόβου τους σε κάποια παλαιότερη φάση της ζωής τους και τον συνδέουν με κάποια τραυματική οδοντιατρική επίσκεψη. Ειδικά σε ασθενείς με οδοντιατρική φοβία, ο φόβος τους είναι διάχυτος και συνδέεται με απειλές και κινδύνους τελείως ασύμβατους με το συγκεκριμένο οδοντιατρικό πλάνο. Ο φοβικός ασθενής δεν μπορεί να εξηγήσει τις αντιδράσεις του και δεν μπορεί να έχει αποτελεσματική λογική επεξεργασία των αντιδράσεων αυτών. Αναλύεται η δυναμική της σχέσης οδοντιάτρου - ασθενή και παρουσιάζονται τα μοντέλα της σχέσης αυτής. Επίσης, προσδιορίζεται η σχέση γιατρού - ασθενή σαν σχέση αλληλεπίδρασης προσωπικοτήτων. Προτείνονται τρόποι παραγωγής συμπεριφοράς, προστασίας και φροντίδας του ασθενή. Έτσι δημιουργείται ένα προσωπικό ιστορικό μέσα από την επικοινωνία γιατρού - ασθενή και ορίζονται οι προϋποθέσεις ενός ουσιαστικού διαλόγου. Τέλος, προσδιορίζεται η συνομωσία της μη λεκτικής επικοινωνίας στη διαχείριση του προσθετικού ασθενή.

29

ΜΥΟΕΠΙΘΗΛΙΩΜΑ ΕΛΑΣΣΟΝΩΝ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

ΑΡΓΥΡΗΣ Π.*, ΜΕΡΚΟΥΡΕΑ Σ., ΤΟΣΙΟΣ Κ., ΤΖΕΡΜΠΟΣ Φ., ΣΚΛΑΒΟΥΝΟΥ Α.

Από το Εργαστήριο Στοματολογίας και την Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Τομέα Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ.

Το μυοεπιθηλώμα αποτελεί το 2% επί του συνόλου των καλοήθων όγκων των μειζόνων και ελάσσονων σιαλογόνων αδένων. Προσβάλλει ασθενείς μεγάλου ηλικιακού εύρους (9 έως 95 έτη, Μ.Ο. 47 έτη), δίχως εμφανή προτίμηση φύλου. Ενδοστοματικά, εμφανίζεται κυρίως στην υπερώα (35%) ως καλά περιγεγραμμένη, χρόνια, ασυμπτωματική διόγκωση. Η κλινική εικόνα δεν είναι παθognωμονική, συνεπώς η βιοψία είναι απαραίτητη για την τελική διάγνωση. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης μυοεπιθηλώματος σε ελάσσονες σιαλογόνους αδένες της

υπερώας. Γυναίκα 55 ετών προσήλθε για αξιολόγηση ασυμπτωματικής διόγκωσης της υπερώας, διάρκειας «αρκετών» μηνών. Το ιατρικό ιστορικό ήταν ελεύθερο, ενώ η κλινική εξέταση αποκάλυψε καλά περιγεγραμμένη διόγκωση, καθυπτόμενη από βλεννογόνο φυσιολογικής χροιάς, ανώδυνη στην ψηλάφηση, διαστάσεων περίπου 1,5x1,5 εκ. Η μερική βιοψία έδειξε καλοήθιο όγκο των σιαλογόνων αδένων, οπότε ακολούθησε ολική εξαίρεση της βλάβης. Τα νεοπλασματικά κύτταρα εμφάνιζαν επιθηλιοειδή, πλάσματοκυτοειδή ή/και ατρακτόμορφο φαινότυπο, δίχως πλειομορφισμό

ή πυρηνική ατυπία, και απουσία μιτωτικών διαίρεσεων. Το στρώμα αποτελούνταν από πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό με μέτριου βαθμού, μικτού τύπου φλεγμονώδη διήθηση και πολυάριθμες εστίες διάμεσης αιμορραγίας και νέκρωσης. Η τελική διά-

γνωση ήταν μυοεπιθηλιώμα. Συμπερασματικά, το μυοεπιθηλιώμα των σιαλογόνων αδένων συνιστά σπάνιο καλόηθες νεόπλασμα, με τη χειρουργική αφαίρεση να παραμένει η θεραπεία εκλογής και τα ποσοστά υποτροπής να διατηρούνται χαμηλά.

30

ΔΥΟ ΙΣΤΙΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ (MEDPOR, PERMACOL).

ΜΕΓΑΣ Β.*, ΖΑΝΑΚΗΣ Σ., ΓΚΑΒΑΚΟΣ Κ., ΑΡΕΤΑΙΟΥ Π., ΖΩΤΑΛΗΣ Ν.
Από τη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας.

Πολλά εμφυτευματικά υλικά έχουν χρησιμοποιηθεί για την αποκατάσταση αισθητικών προβλημάτων του σπλαχνικού κρανίου. Δύο από αυτά τα υλικά, που έχουν εφαρμοστεί σε ευρεία κλίμακα, με σταθερά αποτελέσματα και ελάχιστες επιπλοκές στη χειρουργική του προσώπου, είναι το πορώδες πολυαιθυλένιο (Medpor) και το ακυταρικό χοίρειο κολληγόνο (Permacol). Σκοπός της παρουσίασης αυτής είναι η αναφορά στην εμπειρία των συγγραφέων από τη χρήση αυτών των υλικών, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα, τις πιθανές επιπλοκές και την τεχνική χρήσης τους για την αποκατάσταση τόσο των σκληρών όσο και των μαλακών ιστών του προσώπου. Κατά τη δεκαετή λειτουργία της Μονάδας Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας, το Medpor έχει τοποθετηθεί σε 28 ασθενείς, 15 άνδρες και 13 γυναίκες. Το Permacol έχει τοποθετηθεί σε 10 ασθενείς, 4 άνδρες και 6 γυναίκες, ενώ σε άλλη ομάδα ασθενών έχουν τοποθε-

τηθεί και τα δύο είδη μοσχευμάτων για την καλύτερη αισθητική αποκατάσταση του περιγράμματος του προσώπου. Οι προσπελάσεις ήταν και ενδοστοματικές και εξωστοματικές. Το Medpor μόνο σε μία περίπτωση χρειάστηκε να αφαιρεθεί από τη γωνία της κάτω γνάθου όπου είχε τοποθετηθεί, λόγω λοίμωξης η οποία προκλήθηκε από την αποκάλυψη του υλικού. Σε άλλες δύο περιπτώσεις αποκατάστασης με Medpor, στις οποίες είχε τοποθετηθεί για αύξηση του όγκου των ζυγωματικών αποφύσεων, τα υλικά αντικαταστάθηκαν και τοποθετήθηκαν μεγαλύτερα. Αναφορικά με το Permacol, σε μία περίπτωση, λόγω έλλειψης προσοχής της ασθενούς, το υλικό αφαιρέθηκε από την άνω φατνιακή ακρολοφία, όπου είχε τοποθετηθεί για εκβάθυνση αυτής. Συμπερασματικά, για την επιτυχία της εφαρμογής των αλληλομοσχευμάτων πρέπει να ακολουθούνται αυστηρά οι κανόνες της χειρουργικής αντιμετώπισης και οι προδιαγραφές που προβλέπονται για το κάθε υλικό ξεχωριστά.

31

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ.

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Π.*, ΚΑΡΥΑΜΠΑ-ΣΤΥΛΟΓΙΑΝΝΗ Ε.
Από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η ιδιοπαθής θρομβοκυττάρωση ή θρομβοκυταραιμία είναι ένα σχετικά σπάνιο μυελούπερ-

πλαστικό σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από υπερπαραγωγή των μεγακαρυοκυττάρων του μυελού

και αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων στην περιφέρεια. Τα αιμοπετάλια παρουσιάζουν μεγάλο μέγεθος, μορφολογική ετερογένεια και λειτουργικές διαταραχές. Στην τυπική της μορφή, η νόσος προκύπτει από μία κλωνική διαταραχή των διαφοροποιημένων αιμοποιητικών προγονικών κυττάρων, αλλά στις οικογενείς περιπτώσεις η υπερηλιασία των μεγακαρυοκυττάρων είναι πολυκλωνική και οφείλεται σε υπερπαραγωγή θρομβοποιητίνης λόγω γενετικής βλάβης. Υπεύθυνη για τη νόσο θεωρείται η γονιδιακή μετάλλαξη *JAK2 V617F*. Κλινικώς, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θρομβώσεων, συνήθως μικρών αγγείων, και αιμορραγικών εκδηλώσεων που οφείλονται στην ποιοτική μειονεξία των αιμοπεταλίων. Τα θρομβωτικά επεισόδια αποτελούν τον κυριότερο παράγοντα νοσηρότητας και θνητότητας. Ωστόσο, η πρόγνωση είναι συνήθως πολύ καλή. Η θεραπεία αποσκοπεί στην ελάττωση του αριθμού των αιμοπεταλίων και στον έλεγχο των θρομβοαιμορραγικών επιπλοκών. Τα νεότερα κυτταροστατικά φάρμακα, όπως η αναγρελίδη, η υδροξουρία και η α-ιντερφερόνη ελέγχουν αποτελεσματικά τη νόσο, ενώ για την πρόληψη των θρομβωτικών επεισοδίων χορηγείται ασπιρίνη, η οποία παρεμποδίζει τη συσσώρευση αιμοπεταλίων και τη δημιουργία θρόμβου. Η αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία που λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί, σε συνδυασμό με την αιμορραγική διάθεση που μπορεί να πα-

ρουσιάζουν ως αποτέλεσμα της νόσου, προβληματίζουν κατά την αντιμετώπισή τους στα πλάγια μιας επέμβασης χειρουργικής στόματος. Ο οδοντίατρος έρχεται αντιμέτωπος με την πιθανότητα μιας διεγχειρητικής ή μετεγχειρητικής αιμορραγίας σε περίπτωση μη διακοπής της αγωγής, αλλά και με τον κίνδυνο θρομβοεμβολικής νόσου επί τροποποίησης της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής. Βασικός άξονας θεραπευτικής προσέγγισης είναι η κάθε περίπτωση να μελετάται ξεχωριστά, πάντοτε σε συνεργασία με το θεράποντα αιματολόγο, και διάφορες παράμετροι που αφορούν στον ασθενή και το είδος του χειρουργείου να λαμβάνονται υπόψη. Θα πρέπει ωστόσο να τονιστεί, πως η σημασία της θρομβώσης από άποψη νοσηρότητας και θνητότητας είναι πολύ μεγαλύτερη από αυτήν της αιμορραγικής διάθεσης, τουλάχιστον όσον αφορά σε επεμβάσεις χειρουργικής στόματος ελάχιστα κακωτικές, στις οποίες μία πιθανή αιμορραγία μπορεί να ελεγχθεί με τη χρήση τοπικών αιμοστατικών μέσων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι ο καθορισμός των μέτρων που οφείλει να λάβει ο οδοντίατρος για την εφαρμογή χειρουργικής στόματος σε ασθενείς με ιδιοπαθή θρομβοκυττάρωση, καθώς και η ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας σχετικά με τις επικρατούσες απόψεις για την προεγχειρητική και μετεγχειρητική διακοπή της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής των ασθενών αυτών.

32

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ.

ΚΙΟΣΠΕΣ Π.*, ΤΖΕΡΜΠΟΣ Φ.

Οι αρρυθμίες είναι από τις καρδιαγγειακές παθήσεις που τα τελευταία χρόνια προσβάλλουν όλο και περισσότερους ανθρώπους. Οφείλονται σε διαταραχές στην παραγωγή ή στην αγωγή των ηλεκτρικών ερεθισμάτων που υπό φυσιολογικές συνθήκες οδηγούν στον κατά φύση καρδιακό ρυθμό. Εξέχουσα θέση μεταξύ των αρρυθμιών κατέχει η κοιλιακή μαρμαρυγή, η οποία και συναντάται σε σχετικά μεγάλο τμήμα του πληθυσμού και μάλιστα και σε νεαρά άτομα. Η ιατρική τους αντιμετώπιση είναι ενίοτε πολύπλοκη και ο οδοντίατρος οφείλει να είναι ενημερωμένος όχι μόνον για την

αιτιοπαθογένεια των αρρυθμιών και για τις βασικές θεραπευτικές επιλογές που ακολουθούν διαβίου οι πάσχοντες ασθενείς, αλλά κυρίως και για το πώς η εκάστοτε θεραπεία επηρεάζει ή τροποποιεί την οδοντιατρική θεραπεία. Οι κύριοι άξονες θεραπευτικής αντιμετώπισης των αρρυθμιών είναι η φαρμακευτική αγωγή, η εμφύτευση βηματοδότη ή απινιδωτή και η κατάλυση των πνευμονικών φλεβών με καθετήρα. Τα βασικότερα σημεία στα οποία θα πρέπει να επικεντρώσει την προσοχή του ο οδοντίατρος, αφορούν στη φαρμακευτική θεραπεία με αντιπηκτική αγωγή που λαμβάνουν πολ-

λοί ασθενείς με αρρυθμίες, ενώ πρόκειται να υποβληθούν σε κάποια χειρουργική επέμβαση και στην ιδιαίτερη αντιμετώπιση που χρειάζονται ασθενείς με εμφυτευμένους βηματοδότες ή απινιδωτές, κυ-

ρίως όταν αυτοί είναι παθιαίοι. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να παρουσιάσει ένα πρωτόκολλο αντιμετώπισης του οδοντιατρικού ασθενούς με αρρυθμίες.

33

Η ΕΓΚΥΟΣ ΓΥΝΑΙΚΑ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ.

ΑΧΤΑΡΗ Μ.*, ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ε.

Η καλή στοματική υγεία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι σημαντική για την υγεία της μητέρας και του εμβρύου. Η εμπειρία όμως, αποκαλύπτει ότι πολλές γυναίκες δεν επισκέπτονται τον οδοντίατρο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, ακόμη και εάν χρήζουν έκτακτης αντιμετώπισης, λόγω φόβου αποβολής ή βλαπτικής επίδρασης των οδοντιατρικών εργασιών στο έμβρυο. Οι οδοντίατροι τείνουν να καθυστερούν αναγκαίες οδοντιατρικές εργασίες, φοβούμενοι μήπως βλάβες που τυχόν εμφανίσει το έμβρυο μελλοντικά αποδοθούν σε οδοντιατρικές εργασίες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Για τον ίδιο λόγο, συχνά και οι γυναικολόγοι είναι επιφυλακτικοί στο να δώσουν τη συγκατάθεσή τους στη διενέργεια οδοντιατρικών πράξεων. Η παρούσα εργασία έχει στόχο να ερευνήσει τη διεθνή βιβλιογραφία με σκοπό να παρουσιάσει τις ασφαλείς για την έγκυο και το έμβρυο οδοντιατρικές εργασίες, αλλά και τα φάρμακα που ενδείκνυνται για χορήγηση στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, με βάση τις αρχές της τεκμηριωμένης ιατρικής (evidence based medicine). Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας μέσω των βάσεων δεδομένων PubMed, ISI Web of Science, Scopus και από τις οδηγίες της Αμερικανικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, με λέξεις - κλειδιά: ("dental clinics"[MeSH Terms] OR ("dental"[All Fields] AND "clinics"[All Fields]) OR "dental clinics"[All Fields] OR "dental"[All Fields]) AND ("therapy"[Subheading]

OR "therapy"[All Fields] OR "treatment"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]) AND ("pregnancy"[MeSH Terms] OR "pregnancy"[All Fields]) και όρια τις δημοσιεύσεις της τελευταίας πενταετίας και την αγγλική γλώσσα. Συνοληκά ανεβρέθηκαν 272 άρθρα, από τα οποία επιλέχθηκαν τελικά 52, τα οποία ήταν πιο σχετικά με την αναζήτηση και στα οποία υπήρχε πρόσβαση μέσω των ελληνικών βιβλιοθηκών. Γενικά, οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι η διενέργεια οδοντιατρικών εργασιών όχι μόνο δεν προκαλεί πρόβλημα, αλλά αντίθετα προάγει την υγεία της εγκύου και του εμβρύου. Προσοχή χρειάζεται στη λήψη ακτινογραφιών και στην τοποθέτηση και απομάκρυνση εμφράξεων αμαληγματος. Η οδοντιατρική αναισθησία γίνεται με ασφάλεια με χρήση αναρρόφησης και η συνταγογράφηση αναλγητικών (αποφυγή στα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη στο πρώτο τρίμηνο κυρίως) και αντιβιοτικών σε συνεννόηση με το θεράποντα γυναικολόγο. Απαγορεύεται η χρήση στοματοπλημάτων με οινόπνευμα. Η πλησιονότητα των οδοντιατρικών εργασιών καθό είναι να γίνει στη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου της κύησης. Εντύπωση πάντως προκαλεί το γεγονός, ότι πολλές γυναίκες σε εύπορες περιοχές της Αμερικής (Ν. Υόρκη, Καλιφόρνια) δεν έχουν ικανοποιητική περίθαλψη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

34

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ ΑΝΤΡΟΥ.**ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗΣ Γ., ΙΩΣΗΦΙΔΗ Μ.*, ΤΡΙΚΙΛΗ Ε., ΚΟΛΟΜΒΟΣ Ν.***Από την κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.*

Ιγμορίτιδα είναι η οξεία ή χρόνια φλεγμονή του γναθιαίου κόλπου, που μπορεί να οφείλεται σε βακτηριακά, μυκητιασικά ή ιογενή αίτια. Συνήθως είναι ρινογενής και σπανιότερα οδοντογενούς αιτιολογίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή της κλινικής εικόνας των φλεγμονωδών νόσων οδοντογενούς προέλευσης που επινέμουν το ιγμόρειο άντρο, της αιτιολογίας τους, της διαγνωστικής προσέγγισης, της θεραπευτικής αντιμετώπισης, καθώς επίσης και της πρόληψής τους. Για το σκοπό αυτό έγινε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, από την οποία προέκυψε ότι οι οδοντογενείς ιγμορίτιδες αντιπροσωπεύουν το 10% έως 15% όλων των φλεγμονών του γναθιαίου κόλπου. Συνηθέστερη αιτία είναι η απώθηση ρίζας ή δοντιού στο ιγμόρειο άντρο και η επέκταση μοηυσμένων οδοντογενών κύστεων προς αυτό. Κλινικά σημεία και συμπτώματα αποτελούν η κεφαλαλγία, η ζάλη, η ρι-

νική συμφόρηση και οι παχύρρευστες εκκρίσεις, το αίσθημα τάσεως προσώπου, πυρετός και η κακοδιαθεσία. Επίσης, παρατηρείται ιδιαίτερη ευαισθησία κατά την επίκρουση των οπισθίων δοντιών της άνω γνάθου, ερυθρότητα και οίδημα του στοματικού βλεννογόνου, καθώς επίσης και διάχυτος πόνος, εντοπιζόμενος ή ανακλώμενος στην παρειά. Η διαγνωστική προσέγγιση επιτυγχάνεται με τη λήψη ιστορικού, λεπτομερή κλινική εξέταση, καθώς και με απεικονιστικό έλεγχο. Η θεραπεία περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, χειρουργική επέμβαση ή ακόμα και συνδυασμό τους. Συμπερασματικά, η ιγμορίτιδα είναι μία νόσος η οποία απαιτεί άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση προκειμένου να μην υπάρξουν περαιτέρω επιπλοκές, ενώ αντίστοιχα, ο οδοντίατρος οφείλει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός και με υψηλό δείκτη υποψίας για την αποφυγή επιπλοκών που σχετίζονται με το ιγμόρειο.

35

ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΟΥΜΕΝΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΝΙΚΕΛΙΟΥ ΤΙΤΑΝΙΟΥ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ Ή ΥΒΡΙΔΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ;**ΔΕΧΟΥΝΙΩΤΗΣ Γ.*, ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Μ.**

Ο σύγχρονος οδοντίατρος έχει στη διάθεσή του μία πληθώρα ενδοδοντικών εργαλείων, προκειμένου να ολοκληρώσει γρήγορα και σωστά το στάδιο της χημικομηχανικής επεξεργασίας. Εκτός των κλασικών εργαλείων χειρός από ανοξείδωτο χάλυβα, σήμερα είναι ευρέως διαδεδομένα τα περιστρεφόμενα εργαλεία νικελίου τιτανίου (Ni-Ti). Τα εργαλεία αυτά χρησιμοποιούνται κυρίως με την τεχνική crown-down, βασική αρχή της οποίας είναι το περιστρεφόμενο εργαλείο Ni-Ti να παρασκευάζει αρχικά το αυχενικό τριτημόριο του ριζι-

κού σωλήνα, στη συνέχεια το μέσο και στο τέλος το ακρορριζικό τριτημόριο. Η φιλοσοφία της είναι δηλαδή, εκ διαμέτρου αντίθετη με αυτήν της step-back τεχνικής που χρησιμοποιούν τα εργαλεία χειρός ανοξείδωτου χάλυβα. Οι εταιρείες που κατασκευάζουν και προωθούν διάφορα συστήματα περιστρεφόμενων εργαλείων Ni-Ti προτείνουν συγκεκριμένα πρωτόκολλα εφαρμογής τους. Αυτά έχουν να κάνουν κυρίως με την αλληλεπίδραση των εργαλείων που προωθούνται στο ριζικό σωλήνα και δευτερευόντως με τον αριθμό των περιστρο-

φών και τη ροπή στρέψης τους. Η ανατομία του ριζικού σωλήνα είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη με την ύπαρξη κεκαμμένων ριζικών σωλήνων, αναστομώνσεων και ακρορριζικών δέλητα. Όλες αυτές οι ανατομικές διαφοροποιήσεις καθιστούν πολλή φορές δύσκολη ή και αδύνατη την πιστή τήρηση των κανόνων του πρωτοκόλλου ενός συστήματος περιστρεφόμενων εργαλείων Ni-Ti, γεγονός που οδηγεί σε σύγχυση και προβληματισμό του κλινικό οδοντίατρο. Η καλύτερη προσέγγιση αυτών των περιπτώσεων είναι ο συνδυασμός δύο ή

και περισσότερων διαφορετικών συστημάτων εργαλείων (υβριδική τεχνική), προκειμένου να αποκομισθούν τα μέγιστα οφέλη από όλα τα συστήματα και να γίνει μία άρτια παρασκευή, ακόμη και ενός ιδιαίτερα πολύπλοκου ριζικού σωλήνα. Σκοπός της εργασίας είναι να αναλύσει και να συγκρίνει τα πλεονεκτήματα των πρωτοκόλλων εφαρμογής των περιστρεφόμενων εργαλείων Ni-Ti με εκείνα των υβριδικών τεχνικών και να παρουσιάσει χαρακτηριστικά κλινικά παραδείγματα.

36

ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΕΜΦΡΑΞΗ. ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΠΩΣ.

ΑΛΕΒΙΖΟΥ Ε., ΒΑΜΒΑΚΟΥΣΗ Κ., ΛΑΜΠΡΙΝΟΥΔΗ Α., ΛΥΜΠΙΤΑΚΗ Ε.*,
ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Π.

Η έμφραξη του συστήματος των ριζικών σωλήνων αποτελεί ίσως το σημαντικότερο στάδιο της ενδοδοντικής θεραπείας. Στόχος της είναι ο αποκλεισμός της επικοινωνίας του με τους περιακρορριζικούς ιστούς, δίνοντας έτσι σε αυτούς τη δυνατότητα επούλωσης. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση μίας περιακρορριζικής αλληλοίωσης περιλαμβάνει τη χειρουργική παρέμβαση και την ακρορριζεκτομή. Σε περιπτώσεις που η ερμητική έμφραξη των ριζικών σωλήνων πριν ή κατά την ακρορριζεκτομή δεν επιτυγχάνεται με την ενδοδοντική θεραπεία, τη λύση μπορεί να δώσει η ανάστροφη έμφραξη. Η σημασία της ανάστροφης έμφραξης κατά την ακρορριζεκτομή αποτελεί ακόμη και σήμερα πεδίο αντιπαράθεσης. Κάποιοι προτείνουν σε κάθε περίπτωση να γίνεται ανάστροφη έμφραξη του ριζικού σωλήνα, ενώ άλλοι πάλι θεωρούν ότι πρόκειται για πλεονασμό και όχι αναγκαιότητα, εφόσον έχει προηγηθεί μία ικανοποιητική έμφραξή του. Το

ιδανικό υλικό ανάστροφης έμφραξης θα πρέπει να είναι βιοσυμβατό και να διαθέτει αντίσταση στη μικροδιείσδυση, σταθερότητα διαστάσεων, καθώς και ικανότητα προαγωγής της αναγέννησης του περιρριζίου. Τα κυριότερα υλικά που έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί είναι το αμάλλαμα, η υαλοϊονομερής κονία, το IRM και ρητινώδη σκευάσματα και πιο πρόσφατα η κονία super-EBA και το MTA (mineral trioxide aggregate). Μία σειρά από φορείς και μικροεργαλεία βοηθούν στο δύσκολο έργο της μεταφοράς, τοποθέτησης και συμπύκνωσης των υλικών εντός της παρασκευασμένης κοιλότητας. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να εξετάσει την αναγκαιότητα της ανάστροφης έμφραξης μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Επιπλέον, θα γίνει αναφορά στα υλικά και μέσα που έχει ο οδοντίατρος στη διάθεσή του, προκειμένου να επιτύχει το μέγιστο δυνατό θεραπευτικό αποτέλεσμα.

38

ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΕ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ. ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 255 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

ΑΡΓΥΡΗΣ Π.*, ΓΙΑΒΗ Γ., ΓΚΙΛΑΣ Χ., ΠΙΠΕΡΗ Ε., ΧΡΥΣΟΜΑΛΗ Ε., ΣΚΛΑΒΟΥΝΟΥ Α.
Από το Εργαστήριο Στοματολογίας του Τομέα Χειρουργικής και Παθολογίας
Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ.

Τα αυτοάνοσης αιτιολογίας δερματοβλεννογόνια νοσήματα συνιστούν μία ιδιαίτερη ομάδα νοσημάτων του δέρματος και των βλεννογόνων με ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις και ετερογένεια, τόσο ως προς τη βαρύτητα όσο και ως προς την πρόγνωση. Στα νοσήματα αυτά συμπεριλαμβάνονται η πέμφιγα, το πεμφιγοειδές και ο ερυθρηματώδης λύκος. Η στοματική κοιλότητα μπορεί να αποτελέσει την πρωταρχική εστία εκδήλωσης αυτών των νοσημάτων, καθιστώντας σημαντική την ανάγκη της πρώιμης διάγνωσης, είτε, εναλλακτικά, να προσβληθεί δευτερογενώς επί εδάφους προϋπαρχουσών δερματικών βλαβών. Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη της σχετικής συχνότητας αυτής της κατηγορίας νοσημάτων με βάση το δεδομένα του αρχείου του Εργαστηρίου Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Μελετήθηκαν διεξοδικά τα ηλεκτρονικά αρχεία του Εργαστηρίου Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κατά τα έτη 1970-2010 και όλες οι περιπτώσεις με ιστολογική διάγνωση πέμφιγας, πεμφιγοειδούς των βλεννογόνων ή δισκοειδούς ερυθρηματώδους λύκου, ανασύρθηκαν, επαναξιολογήθηκαν και ταξινομήθηκαν, μαζί με πληροφορίες που αφορούσαν στο φύλο, την ηλικία των ασθενών και την κλινική εντόπιση των βλαβών. Από το σύνολο 27.228 περιπτώσεων, 131 (0,5%) είχαν διαγνωσθεί ως πεμφιγοειδές των βλεννογόνων, 110

(0,4%) ως πέμφιγα και μόλις 14 (0,05%) ως δισκοειδής ερυθρηματώδης λύκος. Για το πεμφιγοειδές των βλεννογόνων, ο μέσος όρος ηλικίας ανεβρέθηκε 58,8 έτη (ηλικιακό εύρος 8 έως 93 έτη) και η αναλογία γυναικών:ανδρών ήταν περίπου 4,2:1. Αντίστοιχα, για τις περιπτώσεις της πέμφιγας, Μ.Ο. ηλικίας 48,2 έτη (5 έως 83 έτη), αναλογία γυναικών:ανδρών ίση με 2,3:1, ενώ για τις περιπτώσεις δισκοειδούς ερυθρηματώδους λύκου Μ.Ο. ηλικίας 42 έτη (24 έως 70 έτη) και αναλογία γυναικών:ανδρών ίση με 6:1. Κλινικά, με εξαίρεση το δισκοειδή ερυθρηματώδη λύκο, όπου οι βλάβες εντοπίζονταν κυρίως στον παρειικό βλεννογόνο, στην πέμφιγα και το πεμφιγοειδές των βλεννογόνων η προσβολή των ούλων με τη μορφή της αποφλοιωτικής ουλίτιδας ήταν το κύριο εύρημα. Συμπερασματικά, στην παρούσα κλινικοστατιστική μελέτη το πεμφιγοειδούς των βλεννογόνων αποτελεί το συχνότερο χρόνιο αυτοάνοσο δερματοβλεννογόνο νόσημα στη στοματική κοιλότητα, με δεύτερο σε συχνότητα εμφάνισης νόσημα την πέμφιγα. Επιπλέον, ο γυναικείος πληθυσμός προσβάλλεται συχνότερα από τον ανδρικό, σε αναλογία που ποικίλλει ανάλογα με τη νόσο. Προκύπτει, λοιπόν, η ανάγκη συνεργασίας μεταξύ των διάφορων ιατρικών ειδικοτήτων για την έγκαιρη διάγνωση και ορθή αντιμετώπιση αυτών των ιδιαίτερων περιπτώσεων.

39

ΒΛΕΝΝΩΔΕΙΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ. ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.

ΒΑΣΙΛΑΣ Α., ΤΑΜΠΟΥΡΗΣ Α.*, ΤΣΕΚΕΡΗ Ε.

Από το Γναθοχειρουργικό Τμήμα του Ν.Μ.Υ. Αθηνών.

Οι βλεννώδεις κύστεις αποτελούν ογκόμορφους κυστικούς σχηματισμούς των μαλακών ιστών της στοματικής κοιλότητας. Είναι σχετικά συχνές βλάβες και εμφανίζονται συνήθως σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες με ίση περίπου συχνότητα όσον αφορά στα δύο φύλα. Ανάλογα με την αιτιολογία τους διακρίνονται δύο ιστολογικοί τύποι: I. από τραυματισμό, που οφείλονται σε συλλογή βλεννας εντός των παρακείμενων ιστών, εξαιτίας κάκωσης και ρήξης του εκφορητικού πόρου ή των αδενοκυψέλων ενός ελάσσονα σιελογόνου αδένου και II. από κατακράτηση, που προκαλούνται από έκπτυξη μερικώς αποφραγμένων πόρων και παρουσιάζουν επιθηλιακή επένδυση. Συνηθέστερα εντοπίζονται στο κάτω χείλος και ακολουθούν κατά σειρά συχνότητας η παρειά, το έδαφος του στόματος, η υπερώα και η γλώσσα. Εμφανίζονται σαν ασυμπτωματικές διογκώσεις ποικίλου μεγέθους, σύστασης και χρώματος, ανάλογα με το βάθος στο οποίο εδράζονται και συχνά ρήγνυνται. Η θεραπεία εκλογής τους είναι η εκπυρήνισή τους, μα-

ζί με τον υπεύθυνο και τους παρακείμενους ελάσσονες σιελογόνους αδένες. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση σειράς ασθενών που αντιμετώπιστηκαν την τελευταία δεκαετία στο Γναθοχειρουργικό Τμήμα του Ν.Μ.Υ. Αθηνών με βλεννώδεις κύστεις. Γίνεται μία κλινικοστατιστική ταξινόμηση, επισημαίνεται η μεγάλη ποικιλομορφία των βλαβών αυτών, ενώ δίδεται έμφαση στα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα που ανακύπτουν σε ορισμένες περιπτώσεις, καθώς και στο θέμα της υποτροπής. Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 86 ασθενείς που αντιμετώπιστηκαν κατά τη δεκαετία 1996-2010 κατά κύριο λόγο χειρουργικά, και παρακολούθηθηκαν μετεγχειρητικά για άληπτε άληπο χρονικό διάστημα. Διαφαίνεται ότι η σωστή εγχειρητική τεχνική που οδηγεί στην πλήρη εκπυρήνιση των βλαβών αυτών και των παρακείμενων ελάσσονων σιελογόνων αδένων, σεβόμενα βασικά ανατομικά στοιχεία, έχει ικανοποιητικά μετεγχειρητικά αποτελέσματα και προφυλάσσει τους ασθενείς από τυχόν υποτροπές.

40

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΒΛΕΝΝΩΔΕΙΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΤΟΥ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ Φ., ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Π., ΒΛΑΣΤΟΣ Κ.*

Από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Με τον όρο «βλεννώδεις κύστεις του ιγμορείου» περιγράφεται μία ομάδα καλοήθων εξεργασιών, οι οποίες χαρακτηρίζονται από το σχηματισμό στο ιγμόρειο κοιλότητας που περιέχει βλεννώδες υλικό. Οι βλεννώδεις κύστεις του ιγμορείου περιλαμβάνουν τις βλεννοκήλες, τις κύστεις από κατακράτηση και τις μετεγχειρητικές κύστεις της άνω γνάθου, οι οποίες είναι αληθείς κύστεις περιβαλλόμενες από επιθηλιακό τοίχωμα, καθώς και

τις ψευδοκύστεις. Η βλεννοκήλη του ιγμορείου αποτελεί σπάνια οντότητα. Είναι αποτέλεσμα βλενωδών εκκρίσεων του αναπνευστικού επιθηλίου στον κόλπο λόγω απόφραξης του παροχετευτικού τρήματος, οφειλόμενη σε υποτροπιάζουσες κοιλίτιδες, τραυματισμό ή κάταγμα. Η βλεννοκήλη αυξάνεται προοδευτικά, προκαλώντας διάταση και οστεόλυση των τοιχωμάτων του κόλπου. Ο ασθενής ενδέχεται να παραπονείται για από-

φραξη της σύστοιχης ρινικής θαλάμης, δακρύρροια, διόγκωση της σύστοιχης υποφθάλμιας περιοχής και παρεκτόπιση του ρινικού διαφράγματος. Ενίοτε η βλάβη επεκτείνεται προς τη στοματική κοιλότητα με αποτέλεσμα διόγκωση της υπερώας και της φαρυγγικής απόφυσης. Η τυπική ακτινολογική απεικόνιση της βλεννοκλήτης είναι η παρουσία ακτινοσκιερότητας του συνόλου του κόλπου. Σε αρχικά στάδια είναι δύσκολη η ακτινολογική διαφοροδιάγνωση από άλλης βλάβης. Η αξονική ακτινογραφία συνήθως αποκαλύπτει την παρουσία ομοιογενούς μάζας, η οποία περιβάλλεται από κάψα και εμφανίζει περιφερική πρόσληψη σκιαγραφικού υλικού. Η κύστη από κατακράτηση οφείλεται σε ολική ή μερική απόφραξη οροβλεννώδους αδένα του ιγμορείου. Σε αντίθεση με τη βλεννοκλήτη, που περιβάλλεται από το επιθήλιο του τοιχώματος του ιγμορείου, η κύστη από κατακράτηση περιβάλλεται από το επιθήλιο του τοιχώματος του αδένα. Η ψευδοκύστη είναι βλάβη φλεγμονώδους αιτιολογίας και σχηματίζεται στο έδαφος του ιγμορείου από τη συγκέντρωση εξιδρώματος μεταξύ του βλεννογόνου και του οστού. Η κύστη από κατακράτηση και η ψευδοκύστη αποτελούν συχνά ευρήματα στις πανοραμικές ακτινογραφίες. Στην πλειονότητά τους είναι ασυμπτωματικές, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις συνοδεύονται από ευαισθησία στην ουλοπαρειάκη αύληακα ή, σπανιότερα, από κλυδάζουσα διόγκωση. Ακτινογραφικώς,

εμφανίζονται ως καλά περιγεγραμμένες ακτινοσκιερές βλάβες με θολωτό σχήμα ή σχήμα «τρούλου», σε αντίθεση με τη βλεννοκλήτη που εμφανίζει σφαιρική απεικόνιση. Η μετεγχειρητική κύστη της άνω γνάθου ή κροσσωτή χειρουργική κύστη εμφανίζεται συνήθως πολλά χρόνια μετά από χειρουργική επεμβάση στο ιγμόρειο, όπως Caldwell-Luc, ακρορριζεκτομή, ανόρθωση ιγμορείου και οστεοτομία μέσου προσώπου ή μετά από βλάβη στο έδαφος του ιγμορείου, όπως η προκαλούμενη από κακωτικές εξαγωγές. Η βλάβη αυτή θεωρείται σπάνια στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ. Εκδηλώνεται ως διόγκωση της άνω γνάθου που συνοδεύεται από μη ειδικό πόνο ή «ενόχληση». Ακτινογραφικώς εμφανίζεται ως καλά περιγεγραμμένη, μονόχωρη ή πολύχωρη διαύγαση, περιβαλλόμενη από ακτινοσκιερό όριο. Η κύστη μπορεί να βρίσκεται σε απόσταση από το ιγμόρειο ή να καταλαμβάνει μέρος του ή και όλο το ιγμόρειο. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την αιτιοπαθογένεια, την κλινική και ιστολογική εικόνα, τα ακτινογραφικά ευρήματα και τη χειρουργική αντιμετώπιση των ανωτέρω βλαβών, καθώς και η παρουσίαση περιπτώσεων βλεννοκλήτων κύστεων του ιγμορείου. Υλικό για την εργασία αποτελούν πανοραμικές ακτινογραφίες ασθενών που προσήλθαν στην Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και σε ιδιωτικά οδοντιατρεία.

41

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ ΜΕ ΟΣΤΙΚΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ.

ΑΓΓΕΛΑΡΑ Κ.*, ΓΑΡΕΔΑΚΗ Σ., ΔΕΔΕ Μ., ΣΙΣΚΑ Ε., ΘΕΟΛΟΓΗ-ΛΥΓΙΔΑΚΗ Ν.

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

Τα οστεοενσωματούμενα οδοντικά εμφυτεύματα, που χρησιμοποιούνται ευρέως τις τελευταίες δεκαετίες, αποτελούν ιδανική επιλογή αποκατάστασης σε περιπτώσεις απώλειας δοντιών, αντικαθιστώντας πολλές φορές τις κλασικές μεθόδους της προσθετικής. Σημαντικό πρόβλημα στην εφαρμογή των εμφυτευμάτων αποτελεί η έλλειψη επαρκούς οστού για την τοποθέτησή τους. Οστικό έλλειμμα στις γνάθους προκύπτει «φυσιολογικά» λόγω απορρόφησης τους μετά την απώ-

λεια των δοντιών, αλλά μπορεί να προκληθεί και μετά από τραύμα ή μετά την αφαίρεση όγκου της γνάθου. Ειδικά στην άνω γνάθο, το οστικό υπόστρωμα, μετά την απώλεια των δοντιών κυρίως, μπορεί να μειωθεί πολύ, λόγω και της παρουσίας του ιγμορείου και της ρινικής κοιλότητας. Η αύξηση των διαστάσεων της ατροφικής άνω γνάθου, προκειμένου να τοποθετηθούν εμφυτεύματα, επιτυγχάνεται με τη χρήση οστικών μοσχευμάτων, που εφαρμόζονται στην περιοχή του ελλείμματος

με διάφορες τεχνικές. Συνηθέστερα χρησιμοποιούνται αυτομοσχεύματα μόνο, ή σε συνδυασμό με ετερομοσχεύματα. Η επιλογή του μοσχεύματος, η δότρια θέση και η χειρουργική τεχνική για την εφαρμογή του, επιλέγονται ανάλογα με τις ανάγκες της λήπτριας θέσης, ώστε να επιτευχθεί

η επιθυμητή αύξηση του οστού της περιοχής. Σκοπός της εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση των τεχνικών που χρησιμοποιούνται σήμερα για την αύξηση της ατροφικής άνω γνάθου και τη δημιουργία οστικού υπόβαθρου κατάλληλου για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων.

42

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ.

ΚΡΑΝΙΤΗ Ν.*, ΠΑΡΑΡΑ Ε., ΚΑΡΥΑΜΠΑ-ΣΤΥΛΟΓΙΑΝΝΗ Ε.

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα στοματικού βλεννογόνου αποτελεί νόσο με σημαντικά ποσοστά θνησιμότητας, που φθάνουν έως και 50%, εάν κατά τη διάγνωση διαπιστωθεί μεταστατική τραχηλική ηεμφαδεניתιδα. Επιπρόσθετα, τόσο η χειρουργική αντιμετώπιση όσο και η ακτινοβολία ή η χημειοθεραπεία προκαλούν σημαντική επιδείνωση της ποιότητας ζωής. Σημαντική διαφοροποίηση σε σχέση με τις προηγούμενες δεκαετίες αποτελεί η αυξανόμενη επίπτωση της νόσου σε άτομα νεότερα των 40 ετών, που αντανακλά τη μεγαλύτερη επίδραση στο ενεργό τμήμα του κοινωνικού συνόλου. Σήμερα, η πρόληψη της νόσου περιορίζεται στην αποφυγή αιτιολογικών παραγόντων, όπως κάπνισμα ή αλκοόλ, καθώς και σε έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση προκαρκινικών βλαβών από οδοντίατρους και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Γενικά όμως, το ποσοστό διάγνωσης σε ασθενείς που είναι ήδη σε προχωρημένο στάδιο νόσου παραμένει υψηλό. Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες, η υψηλή πρόσληψη φρούτων

και λαχανικών μπορεί να δράσει προστατευτικά σε σχέση με την εμφάνιση διαφόρων νεοπλασιών, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου στοματικής κοιλότητας. Πιο συγκεκριμένα, ιχνοστοιχεία ή βιταμίνες που περιέχονται σε συγκεκριμένες τροφές έχουν σημαντικό αντιοξειδωτικό ρόλο και μπορούν να προστατεύσουν τα κύτταρα από μεταλλάξεις που οδηγούν σε καρκινογένεση. Με βάση τα παραπάνω, η επιστημονική κοινότητα, παράλληλα με την αυξημένη ευαισθησία στους περιοδικούς ελέγχους της στοματικής κοιλότητας, δραστηριοποιείται σήμερα και στην ενημέρωση του κοινού. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να προβάλει το ρόλο του οδοντίατρου, ο οποίος οφείλει να παραμένει ενημερωμένος σχετικά με τα νεότερα δεδομένα πρόληψης, διάγνωσης και πρόγνωσης του καρκίνου της στοματικής κοιλότητας. Ταυτόχρονα, ο ρόλος του μπορεί να διευρυνθεί, ενημερώνοντας και «εκπαιδεύοντας» το κοινό για την αποφυγή συγκεκριμένων τροφών και την αυξημένη κατανάλωση άλλων.

43

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΙΣΤΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ. ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.

ΒΑΣΙΛΑΣ Α., ΤΣΕΚΕΡΗ Ε.*, ΤΑΜΠΟΥΡΗΣ Α.

Από το Γναθοχειρουργικό Τμήμα του Ν.Μ.Υ. Αθηνών.

Οι καλοήθεις όγκοι των μαλακών ιστών της στοματικής κοιλότητας αποτελούν μία ανομοιογενή ομάδα κλινικών οντοτήτων, ορισμένες από τις

οποίες είναι αληθή νεοπλασμάτα, ενώ άλλες είναι αμαρτώματα ή ογκόμορφες αντιδραστικές ή δυσπλαστικές εξεργασίες. Το γεγονός της αποκλει-

στικής εντόπισης στη μικρή αυτή κοιλότητα του ανθρώπινου σώματος πολλαπλών οργάνων και ιστών διαφορετικής εμβρυολογικής και ιστογενετικής προέλευσης, αυξάνει την ανομοιογένειά τους και οδηγεί σε μία ποικιλία όγκων με ιδιαίτερους χαρακτήρες που παίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στη διάγνωση όσο και στη θεραπεία τους. Το ιστορικό, η ενδελεχής αξιολόγηση της κλινικής εικόνας, τα εργαστηριακά ευρήματα και ο ακτινολογικός έλεγχος, όπου κρίνεται αναγκαίος, συμβάλλουν στη διάγνωση, που τελικά τίθεται με την ιστολογική εξέταση. Παρά ταύτα, η διαφορική διάγνωση είναι μερικές φορές εξαιρετικά δυσχερές, κρίνεται όμως απαραίτητη για το σχεδιασμό της θεραπευτικής προσέγγισης που κατά κανόνα είναι η χειρουργική αφαίρεσή τους. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση σειράς ασθενών που αντιμετωπίστηκαν την τελευταία δεκαετία στο Γναθοχειρουργικό Τμήμα του Ν.Μ.Υ.

Αθηνών με καλοήθεις ογκόμορφες αλλοιώσεις στη στοματική κοιλότητα. Αναδεικνύεται η μεγάλη ποικιλομορφία των βλαβών αυτών, γίνεται μία κλινικοστατιστική ταξινόμησή τους και συζητείται ο προβληματισμός που ανακύπτει όσον αφορά στη διαφορική διάγνωση και τη θεραπεία τους. Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 1118 ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν κατά τη δεκαετία 1996-2010 κατά κύριο λόγο χειρουργικά και παρακολούθηθηκαν μετεγχειρητικά για άηλοτε άηλο χρονικό διάστημα. Γίνεται εμφανές ότι η μεγάλη διαβάθμιση της βιολογικής συμπεριφοράς των όγκων αυτών απαιτεί σωστό σχεδιασμό του θεραπευτικού πρωτοκόλλου προκειμένου να αφαιρεθεί το νεόπλασμα στο σύνολό του, να μην θίγονται βασικά ανατομικά στοιχεία και να επιτυγχάνεται το βέλτιστο μετεγχειρητικό λειτουργικό και αισθητικό αποτέλεσμα προς όφελος του ασθενούς.

44

ΔΥΟ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΙΔΙΟ ΑΣΘΕΝΗ. Η ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ ΠΕΔΙΟΥ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ.

ΓΚΙΛΑΣ Χ.*, ΤΟΣΙΟΣ Κ., ΧΟΥΠΗΣ Κ., ΣΚΛΑΒΟΥΝΟΥ Α.

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

Το 8% έως 21% των ασθενών με ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα στόματος αναπτύσσουν δεύτερο πρωτοπαθή όγκο στο πεπτικό ή το αναπνευστικό σύστημα, συγχρόνως ή στα επόμενα 5 έτη από τη διάγνωση. Συχνότερα οι δεύτεροι πρωτοπαθείς όγκοι εντοπίζονται στο στόμα και σε έδαφος προκαρκινικών βλαβών, με αποτέλεσμα δυσμενέστερη πρόγνωση και δυσχέρεια στην αντιμετώπιση λόγω έλλειψης κατάλληλων θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Παθογενετικά, το φαινόμενο αυτό εξηγείται με τη θεωρία της καρκινογένεσης πεδίου, σύμφωνα με την οποία η επίδραση καρκινογόνων παραγόντων, όπως ο καπνός και το αλκοόλ, οδηγούν στην ανάπτυξη και επέκταση μονοκλωνικών πληθυσμών γενετικά τροποποιημένων επιθηλιακών κυττάρων που εκτοπίζουν το φυσιολογικό επιθήλιο του στόματος. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς, η οποία εμφάνισε δύο πρωτοπαθή ακανθοκυτταρικά καρκινώματα στο στοματικό βλεννογόνο. Γυναίκα 60 ετών, βαριά καπνίστρια, εξετάστηκε για ήπιο πό-

νο στην περιοχή της σκληρής υπερώας, κάτω από ολική οδοντοστοιχία. Κλινικά, και μετά την αφαίρεση της οδοντοστοιχίας, διαπιστώθηκε εκτεταμένη εξωφυτική θηλωματώδης διόγκωση στο δεξιό ημιμόριο της σκληρής υπερώας, καθώς και ανθοκραμβοειδές ογκίδιο στο σύστοιχο πλάγιο χείλος της γλώσσας. Και οι δύο βλάβες σχετιζόνταν με εκτεταμένες λευκοπλάκιες. Η ιστοπαθολογική οδήγησε στη διάγνωση δύο ανεξάρτητων ακανθοκυτταρικών καρκινωμάτων καλής διαφοροποίησης. Η περίπτωση αυτή καταδεικνύει ότι το δυναμικό κακοήθους εξαθλιγής μεγάλων τμημάτων στοματικού επιθηλίου, σύμφωνα με τη θεωρία της καρκινογένεσης πεδίου, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη πολλαπλών ταυτόχρονων ή ετερόχρονων πρωτοπαθών καρκινωμάτων. Γι' αυτό επιβάλλεται η προσεκτική κλινική και απεικονιστική διερεύνηση ασθενών με καρκίνο του στόματος, η συνεχής παρακολούθησή τους μετεγχειρητικά και η πλήρης διακοπή της κατάχρησης καπνού και αλκοόλ.

45

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΧΙΣΤΙΩΝ.**ΧΑΤΖΗΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Κ.*, ΣΟΦΙΑΝΟΣ Γ., ΧΑΝΔΡΑΣ Ν., ΧΑΝΤΖΑΡΑΣ Β.,
ΘΕΟΛΟΓΗ-ΛΥΓΙΔΑΚΗ Ν.***Από την Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.*

Οι σχιστίες προκαλούνται από την αποτυχία συνένωσης των αποφύσεων από τις οποίες, κατά την εμβρυϊκή ζωή, μεταξύ 6ης και 12ης εμβρυϊκής εβδομάδας, σχηματίζεται το πρόσωπο και το στοματογναθικό σύμπλεγμα του ανθρώπου. Η συχνότητά τους είναι 0,6 έως 1,6 στις 1000 γεννήσεις. Οι σχιστίες μπορεί να είναι μονόπλευρες ή αμφοτερόπλευρες, να είναι τέλειες ή ατελείς και να αφορούν μόνο σε μαλακούς ή και σε σκληρούς ιστούς. Ταξινομούνται ανάλογα με τη βαρύτητά τους και εντοπίζονται στο άνω χείλος, την άνω γνάθο και την υπερώα, σκληρή και μαλακή. Τα προβλήματα που δημιουργούν, αφορούν στην αισθητική του προσώπου, τη λειτουργικότητα του χείλους, του οδοντικού φραγμού και όλης της στοματικής κοιλότητας, την ομιλία, την ακοή αλλιά και την ψυχική υγεία. Η θεραπευτική αντιμετώπιση αρχίζει με τη γέννηση του βρέφους, εξαρτάται από τη βαρύτητα της σχιστίας, διαρκεί μέχρι την τελική

αποκατάσταση και παρέχεται από ομάδα ειδικών. Ο στοματικός και γναθοπροσωπικός χειρουργός, σύμφωνα με τα σύγχρονα πρωτόκολλα, αναλαμβάνει τη χειρουργική συνένωση των μαλακών μορίων (άνω χείλος, μαλακή υπερώα) μέχρι την ηλικία των 18 - 24 μηνών και την αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο της οστικής συνέχειας της άνω γνάθου και της υπερώας με αυτομόσχευμα. Ο αριθμός των απαιτούμενων επεμβάσεων εξαρτάται από τη βαρύτητα της σχιστίας. Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον στρέφεται στην εμβρυϊκή χειρουργική και στη γονιδιακή παρεμβολή, η οποία φαίνεται ότι θα προλαμβάνει τη συγγενή εκδήλωση των σχιστιών, αλλιά και άλλων ανωμαλιών της διάπλασης. Σκοπός της βιβλιογραφικής αυτής ανασκόπησης είναι η αναλυτική περιγραφή των σχιστιών, καθώς και των μεθόδων χειρουργικής αποκατάστασής τους σε κάθε περίπτωση.

46

**ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΡΙΖΑΣ.
ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ,
ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.****ΒΛΑΒΑΚΗΣ Ε.*, ΖΑΜΠΕΛΗ Μ.Ε.**

Το οδοντικό τραύμα είναι ένα επείγον περιστατικό, το οποίο ο κλινικός οδοντίατρος καλείται να αντιμετωπίσει. Αποτελεί το 0,5% έως 7% από όλα τα τραύματα που απαντώνται στη στοματοπροσωπική περιοχή μεταξύ 10 και 20 ετών. Το οριζόντιο κάταγμα ρίζας αποτελεί μία υποκατηγορία οδοντικού τραύματος που περιλαμβάνει κάταγμα-διαχωρισμό πολφού, οδοντίνης και οστεΐνης. Ο ρόλος του οδοντίατρου έγκειται στο να παράσχει τις πρώτες βοήθειες, να διαγνώσει τη βλάβη και

να αξιολογήσει την πρόγνωση, με σκοπό τη δρομολόγηση ενός άρτιου σχεδίου θεραπείας. Λόγω της φύσης του προβλήματος, το πρωτόκολλο αντιμετώπισης συνεχώς αναδιαμορφώνεται. Η αρχή αντιμετώπισης ενός δοντιού με οριζόντιο κάταγμα ρίζας στηρίζεται στην αντίληψη ότι το ακρορριζικό τμήμα θεωρείται ζωντανό και ανεξάρτητο, ενώ το μυητικό κομμάτι αντιμετωπίζεται ως δόντι με αδιάπλαστο ακρορρίζιο. Η πρόγνωση εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς, την από-

σταση των κατεαγόντων τμημάτων, τη μετατόπιση του μυϊκού τμήματος κ.ά. Η παρουσίαση περιλαμβάνει αναλυτική επεξήγηση των παραπάνω, με ιδιαίτερη έμφαση στο θεραπευτικό πρωτόκολλο, τα είδη επούλωσης και την πρόγνωση, ενώ πλαισιώνεται με την παρουσίαση δύο ορθοδοντικών περιστατικών με ακίνητους ορθοδοντικούς μηχανισμούς: το πρώτο αναφέρεται σε περίπτωση αδιάγνωστου κατάγματος στον 21 που αντιμετώπιστηκε ως τομέας με μικρότερη ρίζα (που

εκτείνεται ως το χείλος του κατάγματος), το δεύτερο αναφέρεται σε περίπτωση αγκυλωμένων 11, 21, μετά από αντίστοιχο τραύμα, που χρειάστηκε να εξαχθούν. Η αποκατάσταση του φραγμού έγινε με μετακίνηση των πηλαγίων στη θέση των κεντρικών, των κυνοδόντων στη θέση των πηλαγίων κοκ. Το οριζόντιο κάταγμα ρίζας δεν απαιτεί πάντα ενδοδοντική θεραπεία, αλλά χρήζει ιδιαίτερης προσοχής από ενδοδοντική, προσθετική, μέχρι και ορθοδοντική σκοπιά.

47

ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ.

ΖΑΜΠΕΛΗ Μ.Ε.

Οι ασθενείς που επισκέπτονται το γενικό οδοντίατρο καλύπτουν όλο το φάσμα των ηλικιών. Ο κλινικός οδοντίατρος είναι υπεύθυνος να αναγνωρίσει, να διαγνώσει και, κατά περίπτωση, να αντιμετωπίσει προβλήματα που προκύπτουν κατά τη διάρκεια του μαικτού αλλά και του μόνιμου φραγμού σε παιδιά, είτε πρόκειται για νόσο των σκληρών ιστών, είτε για ανωμαλίες στην εξέλιξη της οδοντοφυΐας και της σύγκλησης. Όσον αφορά στα ορθοδοντικά προβλήματα, ο γενικός οδοντίατρος πρέπει να αναγνωρίζει:

- τη δεύτερη γομφιακή τάξη, τότε είναι κατάλληλη χρονική στιγμή να χρησιμοποιηθεί εξωστοματικό, τότε ως εναλλακτική θεραπεία προτείνεται λειτουργικό μηχανήμα τύπου ενεργοποιητή.
- τις επιπτώσεις μίας στοματικής έξης, όπως ο θηλασμός δακτύλου, σε προχωρημένη ηλικία.
- τότε υπάρχει ένδειξη έκτοπης ανατολής κυνοδόντων, με τι κλινική εικόνα συνοδεύεται, ποιος είναι ο κίνδυνος αυτής, τότε εξάγονται τα νεογιλά για να διευκολύνουν την ανατολή των μονίμων.

- την πρόωρη επαφή που οδηγεί σε πηλαγοίση ή προοίσηση της κάτω γνάθου και την επίπτωση που μπορεί να έχει στην αύξηση όλου του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος.
- την έκτοπη ανατολή των πρώτων μονίμων γομφίων της άνω γνάθου ή των δευτέρων μονίμων γομφίων της κάτω γνάθου, τα οφέλη της έγκαιρης διάγνωσης και τους τρόπους αντιμετώπισης.
- τι επιπτώσεις μπορεί να έχει η εξαγωγή μονίμων δοντιών σε μικρή ηλικία, στην ανάπτυξη της οδοντοφυΐας και τη διαμόρφωση της σύγκλησης.
- πώς η ορθοδοντική μπορεί να λειτουργήσει επικουρικά στην αντιμετώπιση άλλων προβλημάτων, όπως οι υφιζήσεις, η αγένεση πηλαγίων τομέων της άνω γνάθου κ.ά.
- τις νέες μεθόδους ορθοδοντικής θεραπείας με «αόρατους» μηχανισμούς.

Η ορθοδοντική είναι μία ειδικότητα της οδοντιατρικής που βοηθά στην επίλυση οδοντιατρικών προβλημάτων και γι' αυτό το λόγο πρέπει να είναι κατανοητή και αποδεκτή από το θεράποντα οδοντίατρο.

48

ΕΓΚΛΕΙΣΤΟΙ ΚΥΝΟΔΟΝΤΕΣ. ΜΙΑ ΣΥΝΕΧΗΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗ.

ΤΑΜΠΟΥΡΗΣ Α.*, ΒΑΣΙΛΑΣ Α., ΤΣΕΚΕΡΗ Ε.

Από το Γναθοχειρουργικό Τμήμα του Ν.Μ.Υ. Αθηνών.

Η παρουσία του κυνόδοντα στον οδοντικό φραγμό της άνω και κάτω γνάθου είναι εξαιρετικής σημασίας τόσο από λειτουργική όσο και από αισθητική άποψη. Λειτουργικά αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στον έλεγχο και την κατανομή των δυνάμεων της σύγκλησης κατά τις λειτουργικές κινήσεις της κάτω γνάθου. Αισθητικά η σημασία του δεν περιορίζεται μόνο στη δυναμική παρουσία της μύλης του στη γωνία του οδοντικού τόξου, αλλά το κυνοδοντικό έπαρμα που δημιουργεί η ρίζα του αποτελεί καθοριστικό ανατομικό στοιχείο του προσώπου με άμεσες αισθητικές επιπτώσεις στην υποστήριξη των μαλακών μοριών. Επομένως, η ανατολή και η παρουσία του εγκλιείστου κυνόδοντα αποτελεί παρακαταθήκη που πρέπει να αξιοποιείται με τη διαμόρφωση του κατάλληλου σχεδίου θεραπείας για κάθε ασθενή. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να συμβάλει στην καταγραφή και την αναλυτική μελέτη των προβλημάτων που ανακύπτουν κατά την επιτυχημένη ή αποτυχημένη

προσπάθεια κατευθυνόμενης ανατολής με ορθοδοντική έλξη εγκλιείστων κυνοδόντων άνω και κάτω γνάθου. Το υλικό αποτέλεσαν 122 ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν στο Γναθοχειρουργικό Τμήμα του Ν.Μ.Υ. Αθηνών κατά τη δεκαπενταετία 1996-2010. Το θεραπευτικό πρωτόκολλο περιελάμβανε την προεγχειρητική εντόπιση του εγκλιείστου κυνόδοντα, τη χειρουργική αποκάλυψή του και την κατευθυνόμενη ανατολή με «ανοικτή» ή «κλειστή» μέθοδο και ορθοδοντική έλξη, πάντα σε συνεργασία με συναδέλφους ορθοδοντικούς. Σκιαγραφώντας τα συμπεράσματα, η πρόγνωση της κατευθυνόμενης ανατολής των εγκλιείστων κυνοδόντων εξαρτάται από την εντόπιση του δοντιού, την απόσταση της μύλης από το μαστικό επίπεδο, την εγγύς παρεκτόπισή του, την αξονική κλίση του, το βαθμό εγκλιωβισμού από τις ρίζες των παρακειμένων τομέων, τη μορφολογία της ρίζας, αλλά και από την ηλικία και τη συνεργασία του ασθενούς.

49

ΕΓΚΑΙΡΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΙΙΙης ΤΑΞΗΣ.

ΣΥΡΡΑΚΟΥ Κ.Π.*, ΤΣΟΛΑΚΗΣ Α.Ι.

Τα ορθοδοντικά προβλήματα της ΙΙΙης τάξης εμφανίζονται με τους ακόλουθους τέσσερις κλινικούς τύπους: (1) ψευδο-ΙΙΙη τάξη, (2) ανεπαρκής διάπληση του μέσου προσώπου, (3) πραγματικός προγναθισμός της κάτω γνάθου, καθώς και (4) συνδυασμός του προγναθισμού της κάτω γνάθου και της ανεπαρκούς διάπλησης του μέσου προσώπου. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη σημασία της έγκαιρης και διαφορικής διάγνωσης ορθοδοντικών προβλημάτων ΙΙΙης τάξης, καθώς και της έγκαιρης

θεραπείας τους. Παρουσιάζονται επίσης αντιπροσωπευτικές κλινικές περιπτώσεις από κάθε κλινικό τύπο της ΙΙΙης τάξης κατά Angle. Τα οδοντικά και σκελετικά χαρακτηριστικά των ορθοδοντικών προβλημάτων ΙΙΙης τάξης ποικίλουν αναλόγως της αιτιολογίας τους. Περιβαλλοντικές επιδράσεις (στοματικές έξεις, λειτουργικές σταυροειδείς συγκλίσεις, στοματική αναπνοή), γενετική προδιάθεση, αλλά και ο συνδυασμός τους, έχουν ενοχοποιηθεί ως αιτιολογικοί παράγοντες. Η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας εξαρτάται από τον τύπο της

IIIης τάξης και εμπειριέχει εξισορρόπηση με εκλεκτικό τροχισμό πρόωρων επαφών, ακρυθικό επικλινές επίπεδο, επιγναθίδα, κινητές συσκευές της άνω γνάθου, λειτουργικές συσκευές, ορθοπεδικές μάσκες για την καθοδήγηση της ανάπτυξης της άνω γνάθου, ακίνητοι ορθοδοντικοί μηχανισμοί ή και συνδυασμός των προηγούμενων. Η αποκατάσταση της φυσιολογικής σύγκλισης και λειτουργίας θεωρείται η πιο σημαντική θεραπευτική προσέγ-

γιση, ώστε να αποφευχθεί η υπερβολική ανάπτυξη της κάτω γνάθου ή να ελεγχθεί η ανεπαρκής ανάπτυξη της άνω γνάθου. Η θεραπεία των ορθοδοντικών προβλημάτων IIIης τάξης θα πρέπει να ξεκινά τουλάχιστον από την πρώιμη μικτή οδο-ντοφυΐα. Το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα εξαρτάται από τη διαφορική διάγνωση, τη σωστή, έγκαιρη πρόγνωση, καθώς και από την εφαρμογή του κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος.

50

ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΡΘΟΓΝΑΘΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ.

ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ Α.*, ΜΠΟΥΡΑΖΑΝΗ Μ., ΚΟΛΟΜΒΟΣ Ν.

Από την κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ.

Ορθογναθική χειρουργική είναι ο τομέας της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής που ασχολείται με τη διόρθωση των σκελετικών ανωμαλιών του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος. Μέχρι τώρα η μελέτη αυτών των περιπτώσεων βασιζόταν στην ανάληψη συμβατικών ακτινογραφιών, αξονικών τομογραφιών και εκμαγείων μελέτης. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να ερευνηθεί και να αξιολογηθεί η συμβολή των σύγχρονων τεχνολογικών μέσων στην εξέλιξη της ορθογναθικής χειρουργικής. Έγινε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας που αφορά στη συμβολή των μεθόδων αυτών στις επεμβάσεις ορθογναθικής χειρουργικής. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι, τρισδιάστατες απεικονιστικές τεχνικές παρέχουν εκτεταμένες δυνατότητες για λεπτομερή και ακριβή ανάληψη του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος και την προεγχειρητική εξομοίωση σε βιομοντέλα ασθενών που χρήζουν ορθογναθικών επεμβάσεων. Κατά αυτόν τον τρόπο οι νέες τεχνικές συμβάλλουν στην ορθή διάγνωση και τη δυνατότητα λεπτομερούς προεγχειρητικής αξιολόγησης του θεραπευτικού αποτελέσματος. Οι τε-

χνικές αυτές είναι η *τρισδιάστατη κεφαλομετρική ακτινογραφία*, η *σάρωση με ακτίνες laser* και η *αυτόματη υπέρυθρη φωτογραμμετρία*. Ακόμη πιο προηγμένες τεχνικές είναι η *τρισδιάστατη εξέταση υπερήχων*, η *τρισδιάστατη μαγνητική και αξονική τομογραφία*, η *αξονική τομογραφία κωνικής δέσμης* και η *στερεολιθογραφία βιομοντέλου*. Ως τεχνικές του μέλλοντος, οι οποίες έχουν αρχίσει ήδη να βρίσκουν κλινική εφαρμογή, αναφέρονται η *οπτική ανάληψη τεσσάρων διαστάσεων* (τρεις διαστάσεις και ο χρόνος), η *καθοδήγηση υποβοηθούμενη από ηλεκτρονικό υπολογιστή*, η *τηλεϊατρική* και η *ρομποτική χειρουργική*. Ο συνδυασμός των προηγμένων απεικονιστικών τεχνικών βοηθά τον επεμβαίνοντα στην όσο το δυνατόν πιο πλήρη προεγχειρητική εκτίμηση και απόδοση του τελικού αποτελέσματος στις επεμβάσεις ορθογναθικής χειρουργικής. Παρόλη όμως τη βοήθεια, αλήθια και τις προοπτικές που προσφέρουν, η τρισδιάστατη απεικόνιση υπολείπεται, γιατί οι τεχνικές υστερούν σε ακρίβεια και εγκυρότητα των αποτελεσμάτων που παρέχουν.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

A		I		Π	
Αγγελάρα Κ.	41	Ιωσηφίδη Μ.	34	Παπαγιάννης Α.	50
Ακτύπη-Μπαμπουράνου Α.	9	Κ		Παπαδοπούλου Χ.	10
Αλεβίζου Ε.	36	Καλέντζης Σ.	14	Παπανικολάου Π.	17, 31, 40
Αλεξίου Σ.	18	Καμπέρη Α.	1	Παραρά Ε.	42
Ανδρειωτέλλη Μ.	26	Καραγιάννη Κ.	19	Πάρχα Ε.	10
Αργύρης Π.	20, 29, 38	Καρυαμπά-Στυλιογιάννη Ε.	17, 31, 42	Πιπέρη Ε.	20, 38
Αρεταίου Π.	14, 30	Κιοσπές Π.	32	Πολλάτου Α.	18
Αχτάρη Μ.	22, 33	Κοθόμβος Ν.	34, 50	Ποθιζωΐδου Β.	10
B		Κουτσούκος Ι.	3, 6	Ποντικοπούλου Ε.	9
Βάγια Π.	8	Κρανιάς Δ.	25	Πουλιόπουλος Γ.	9
Βαηλιά Ε.	2	Κρανίτη Ν.	42	Ρ	
Βαηλιά Κ.	2	Κρεμμύδας Μ.	27, 28	Ρίζου Δ.	14
Βαμβακούση Κ.	36	Κυάλον Ε.	1	Σ	
Βασιήας Α.	15, 39, 43, 48	Κωνσταντάρας Α.	1	Σεληνίδου Α.	4
Βηλαβάκης Ε.	46	Κωνσταντινίδης Ρ.	5	Σίσκα Ι.	7
Βηλάση Σ.	28	Λ		Σίσκα Ε.	41
Βηλαστός Κ.	40	Λαμπρινούδη Α.	36	Σκθαβενίτη Μ.	19
Βογιατζή Θ.	19	Λουπάσης Μ.	23	Σκθαβούνου Α.	20, 29, 38, 44
Βυθούηκα Δ.	11	Λυμπιτάκη Ε.	36	Σοφιανός Γ.	45
Γ		Μ		Σπαγόπουλος Δ.	8
Γαρεδάκη Σ.	41	Μακρυγιαννάκης Μ.	13	Σταυρόπουλος Ι.	11
Γεωργακοπούλου Ε.	22, 33	Μέγας Β.	14, 18, 30	Σταυροπούλου Χ.	11
Γεωργοπούλου Μ.	35	Μεθιακόπουλος Ι.	21, 25	Στεργιώτη Λ.	11
Γιαβή Γ.	20, 38	Μελέα Π.	25	Συρράκου Κ.Π.	49
Γκαβάκος Κ.	30	Μερκουρέα Σ.	29	T	
Γκίλιας Χ.	20, 23, 38, 44	Μπουντανιώτης Φ.Χ.	13	Ταμπούρης Α.	15, 39, 43, 48
Γκουτζάνης Λ.	1, 8	Μπουραζάνη Μ.	50	Τεντολούρη Ε.	16
Γκρίτζαλης Π.	7	N		Τζανακάκη Μ.	16
Δ		Νικολιάκης Μ.	13	Τζέρμπος Φ.	10, 13, 29, 32
Δέδε Μ.	41	O		Τομαρά Κ.	16
Δερμιτζάκης Γ.	34	Ορφανού Χ.	10	Τόσιος Κ.	23, 29, 44
Δεχουνιώτης Γ.	35	Π		Τρικαλιώτου Α.	4
Δημητριάδης Δ.	2, 5	Παπαγιάννης Α.	50	Τρικήνη Ε.	34
Δημητρίου Α.	3, 6	Παπαδοπούλου Χ.	10	Τριποδάκης Α.	27
Δοντά Α.	19	Παπανικολάου Π.	17, 31, 40	Τσατσάνη Κ.	16
Z		Παραρά Ε.	42	Τσέκερη Ε.	15, 39, 43, 48
Ζαμπέλη Μ.Ε.	46, 47	Πάρχα Ε.	10	Τσιούρη Ε.	8
Ζανάκης Σ.	18, 30	Πιπέρη Ε.	20, 38	Τσοθάκης Α.Ι.	49
Ζερβού-Βάηβη Φ.	3, 6	Πολλάτου Α.	18	Φ	
Ζούμπος Δ.	21	Ποθιζωΐδου Β.	10	Φάκληρης Ι.	24
Ζώταλης Ν.	14, 18, 30	Ποντικοπούλου Ε.	9	Φιλιππάτος Γ.	27, 28
Θ		Πουλιόπουλος Γ.	9	Φραγκίσκος Φ.	40
Θεοδόγη-Λυγιδάκη Ν.	16, 41, 45			X	
				Χανδράς Ν.	45
				Χαντζαράς Β.	45
				Χαραλαμπίδης Ο.	8
				Χαραλαμπίδης Β.	12
				Χατζηδημητρίου Κ.	45
				Χατζηηλιού Α.	2
				Χούπης Κ.	44
				Χριστοθουκάς Ν.	24
				Χριστόπουλος Π.	9, 11, 36
				Χρυσομάλη Ε	20, 38