



**49<sup>ο</sup>**

## **ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ**

της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος

Με τη συνεργασία  
του Οδοντιατρικού Συλλόγου Καρδίτσας  
και της Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας

### **ΚΑΡΔΙΤΣΑ**

**6-9 Σεπτεμβρίου 2012**

Συνεδριακό κέντρο Ξενοδοχείου Thessalikon Grand



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

**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

**ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ.**

ΔΙΑΜΑΝΤΗ Κ.

2

**Ο ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ.**

ΛΙΑΤΣΙΚΑΣ Θ.\*, ΖΟΥΜΠΟΣ Δ.

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μία ιδιαίτερα συχνή ασθένεια, η οποία χαρακτηρίζεται από την αύξηση της συγκέντρωσης του σακχάρου στο αίμα (υπεργλυκαιμία) και τη διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης. Οι κύριοι τύποι σακχαρώδους διαβήτη είναι ο διαβήτης τύπου 1, ο διαβήτης τύπου 2 και ο διαβήτης της κύησης. Η επαφή του οδοντιάτρου με το διαβητικό ασθενή είναι σχεδόν καθημερινή, αφού στην Ελλάδα μόνο, υπολογίζεται πως οι διαβητικοί ασθενείς φτάνουν τις 900.000. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση των συνεπειών του αρρυθμισμού διαβητικού ασθενούς στη στοματική κοιλότητα. Η ξηροστομία, ο τερηδονισμός των δοντιών, η περιοδοντίτιδα (η οποία αμφίδρομα επηρεάζει και επηρεάζεται από το διαβήτη) και

γενικά η μειωμένη απάντηση των ιστών του στόματος στα μικρόβια, δημιουργούν καταστάσεις που πρέπει να ενεργοποιήσουν τον οδοντίατρο ώστε να βοηθήσει τους ασθενείς αυτούς να έχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο στοματικής υγείας, αλλά και να τους οδηγήσει στην έγκαιρη διάγνωση σε περίπτωση που ο διαβήτης είναι ακόμη αδιάγνωστος. Η σχολαστική στοματική υγιεινή και οι συχνές επανεξετάσεις, μαζί φυσικά με τη σωστή ρύθμιση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα, θα εξασφαλίσουν στο διαβητικό ασθενή εκτός των άηλων πλεονεκτημάτων στη γενική του υγεία, καλή περιοδοντική κατάσταση και διατήρηση των δοντιών του στο φραγμό για επαρκή μάσηση, φώνηση αλλά και αισθητική.

3

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ.**

ΜΠΟΥΡΑΖΑΝΗ Μ.\*, ΚΟΛΟΜΒΟΣ Ν., ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ Κ.

*Από την Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Διευθυντής: Ο Καθηγητής Κ. Αλεξανδρίδης.*

Οι παθολογικές καταστάσεις που δυνητικά μπορούν να προκαλέσουν αιμορραγική διάθεση συγκροτούν την ομάδα των αιμορραγικών νό-

σων και είναι συγγενούς ή επίκτητης αιτιολογίας. Παθοφυσιολογικά ταξινομούνται σε τέσσερις μεγάλες νοσολογικές οντότητες: αιμορραγικές

νόσοι οφειλόμενες σε βλάβη του τοιχώματος των αγγείων, ποσοτική ή λειτουργική ανεπάρκεια των αιμοπεταλίων, υπερδραστηριότητα του ινωδολυτικού συστήματος και αυτές στις οποίες νοσεί ο μηχανισμός πήξης. Διαταραχές πηκτικότητας προκύπτουν επίσης και από τη χορήγηση φαρμάκων τα οποία μειώνουν την πηκτική ικανότητα του αίματος, με σκοπό την ελάττωση της πιθανότητας δημιουργίας θρόμβου. Τα φάρμακα αυτά ονομάζονται αντιπηκτικά και διακρίνονται σε αντιαιμοπεταλιακά, κουμαρινικά και τύπου ηπαρίνης. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η συνοπτική αναφορά των νοσημάτων και των φαρμάκων που προκαλούν διαταραχές πήξης, καθώς και της ενδεδειγμένης αντιμετώπισης

των ασθενών αυτών στο οδοντιατρείο. Κατά τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε η ύπαρξη ενός μεγάλου αριθμού νοσημάτων του αιμοποιητικού, καθώς και πολλών φαρμακευτικών ουσιών που προκαλούν διαταραχές πηκτικότητας, τα οποία ο σύγχρονος οδοντίατρος πρέπει να έχει υπόψη του, ώστε να λαμβάνει τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα. Συμπερασματικά, σε κάθε ασθενή θα πρέπει να διερευνάται προεγχειρητικά η ύπαρξη νόσων του αιμοποιητικού και η λήψη φαρμάκων που επηρεάζουν την πηκτικότητα του αίματος και μετά από συνεργασία με το θεράποντα ιατρό να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα πριν την οδοντιατρική επέμβαση.

## 4

### ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ *HELICOBACTER PYLORI* ΣΕ MALT ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ PCR.

ΠΑΣΣΑ Α.\*, ΠΑΠΟΥΤΣΗ Α., ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Δ., ΕΠΙΒΑΤΙΑΝΟΣ Α., ΜΑΛΙΣΙΟΒΑΣ Ν., ΚΟΛΟΚΟΤΡΩΝΗΣ Α.

Από το Εργαστήριο Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ.

Το *Helicobacter pylori* ανιχνεύεται στο 90% περίπου των ασθενών με γαστρικό αδενοκαρκίνωμα και Malt λέμφωμα. Λόγω της ισχυρής αυτής συσχέτισης, το 1994 ο WHO ταξινόμησε το *Helicobacter pylori* ως καρκινογόνο τύπου I. Το 1991 απομονώθηκε για πρώτη φορά από τη στοματική κοιλότητα. Η εμπλοκή του στην αιτιοπαθογένεια των Malt λέμφωμάτων της στοματογναθοπροσωπικής χώρας αμφισβητείται. Μέχρι σήμερα έχει ανιχνευτεί με τη μέθοδο PCR σε τρεις μόνο περιπτώσεις. (Σύνολο εξεταζόμενων περιπτώσεων 17). Σκοπός της μελέτης ήταν η ανίχνευση του *Helicobacter pylori* σε 16 Malt λέμφωματα της στοματογναθοπροσωπικής χώρας με τη μέθοδο PCR. Ως υλικό χρησιμοποιήθηκαν παραφिनοποιημένοι ιστοί από 16 Malt λέμφωματα της στοματογναθοπροσωπικής χώρας. Την ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν παραφινοποιη-

μένοι ιστοί από 14 λέμφωματα διάχυτου τύπου της συγκεκριμένης περιοχής. Η μέθοδος που εφαρμόστηκε για την ανίχνευση του βακτηρίου ήταν η PCR. Ακολούθησαν δύο πρωτόκολλα: α) η απλή PCR για το γονίδιο *glmM (UreC)* του *Helicobacter pylori* και β) η ενφωθιασμένη (nested) PCR για το γονίδιο *Hsp60*. Το *Helicobacter pylori* ανιχνεύτηκε σε δύο από τις 16 περιπτώσεις Malt λέμφωμάτων και ποσοστό 12,5% και σε κανένα από τα λέμφωματα διάχυτου τύπου. Το ποσοστό αυτό δεν διέφερε σημαντικά από αυτό που προέκυψε από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας (ποσοστό 17,64%). Το ποσοστό ανίχνευσης του *Helicobacter pylori* στα εξεταζόμενα Malt λέμφωματα της στοματογναθοπροσωπικής χώρας ήταν πολύ μικρότερο, σε σύγκριση με αυτό που έχει αναφερθεί για τα γαστρικά Malt λέμφωματα (ποσοστό 72% - 98%).

## 5

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΩΝ (ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΙΣΧΑΙΜΙΑ) ΣΤΗΝ ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΠΑΡΩΤΙΔΩΝ ΕΠΙΜΥΩΝ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΝΩΝ ΣΤΙΣ ΜΙΚΡΟΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ.

ΔΑΣΚΑΛΑ Ι.\*, ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΗ Ε., ΤΕΣΣΕΡΟΜΜΑΤΗ Χ.

Η υπερλιπιδαιμία (υψηλά επίπεδα λιπιδίων του πλάσματος, όπως τα τριγλυκερίδια (TG), ολική χοληστερόλη (TC) και η χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (LDL)), μπορεί να σχετίζεται με διεύρυνση της παρωτίδας και λιπώδη εκφύλιση του παρωτιδικού παρεγχύματος. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου της πειραματικής υπερλιπιδαιμίας και ισχαιμίας στη μικροδομή της παρωτίδας σε επίμυς τύπου Wistar και η επίδραση της θεραπείας με στατίνες. Η πειραματική μελέτη της υπερλιπιδαιμίας πραγματοποιήθηκε σε δύο φάσεις: η πρώτη περιελάμβανε χορήγηση λιπαρής διαίτας και στατίνης και η δεύτερη χορήγηση στατίνης μετά την εγκατάσταση υπερλιπιδαιμίας. Τα πειραματόζωα της πρώτης φάσης χωρίστηκαν σε τέσσερις ομάδες: A1: μάρτυρες, A2: στατίνη, B1: υπερλιπιδαιμία, B2: υπερλιπιδαιμία + στατίνη (3 μήνες). Οι ομάδες A1 και A2 ακολούθησαν φυσιολογική συνήθη διαίτα. Τα πειραματόζωα της ομάδας A2 ελάμβαναν σιμβαστατίνη 40mg/kg/ημερησίως per os μέσω γαστροοισοφαγιτιδικού καθετήρα για τρεις μήνες. Οι ομάδες B1 και B2 ακολούθησαν υπερλιπιδαιμική διαίτα (50% δημητριακά, 20% βούτυρο, 10,5% σουκρόζη, 10% καζέϊνη, 2,5% χοληστερόλη, 1% πολυβιταμίνες, 0,15% πολυουρακίλη, 0,1% χολίνη). Στα πειραματόζωα της ομάδας B2 χορηγήθηκε ταυτόχρονα σιμβαστατίνη 40mg/kg per os για τρεις μήνες καθημερινά. Για τη μελέτη της δεύτερης φάσης χρησιμοποιήθηκε μία ομάδα πειραματόζωων, η ομάδα B3. Τα πειραματόζωα της ομάδας B3, αφού υποβλήθηκαν σε υπερλιπι-

δαιμική διαίτα για τρεις μήνες, κατόπιν ακολούθησαν θεραπεία με σιμβαστατίνη per os για τους επόμενους τρεις μήνες με τον ίδιο τρόπο χορήγησης. Στην έκτη ομάδα (ομάδα Γ) προκλήθηκε πειραματική ισχαιμία και μετά από ένα μήνα οι επίμυς θυσιάστηκαν προκειμένου να πραγματοποιηθεί ιστολογική εξέταση της παρωτίδας. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη μέθοδο Kruskal-Wallis Test και MannWhitney Test. Η ανάλυση των βιοχημικών παραμέτρων έδειξε ότι τα TC, TG, HDL και LDL αυξήθηκαν στις ομάδες B1, B2 και B3, σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου, ενώ το βάρος της παρωτίδας ήταν μειωμένο μη στατιστικά σημαντικά. Η ιστολογική εξέταση έδειξε αδρές αλληλαγές στη μορφολογία της παρωτίδας στις υπερλιπιδαιμικές ομάδες και παρουσία χρόνιας φλεγμονής, ίνωση, εστίες λεμφοκυτταρικής διήθησης και ανωμαλίες πυρήνων. Η επίδραση της στατίνης φάνηκε να περιορίζει τη χρόνια φλεγμονή και να συντελεί στην αναδιαμόρφωση της δομής της παρωτίδας. Από την άλλη πλευρά, παρατηρήθηκαν μικρές διαφοροποιήσεις στη δομή της παρωτίδας στους επίμυς της ομάδας Γ. Συμπερασματικά, η υπερλιπιδαιμική διαίτα είναι πιθανό να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα λιπιδίων του ορού και να είναι υπεύθυνη για διόγκωση της παρωτίδας. Οι στατίνες φαίνεται να βελτιώνουν το υπερλιπιδαιμικό προφίλ, ενώ σε περιπτώσεις πειραματικής ισχαιμίας οι παρατηρούμενες αλληλαγές στη μικροαρχιτεκτονική δομή της παρωτίδας χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης και μελέτης.

## 6

**ΕΥΜΕΓΕΘΕΙΣ ΟΔΟΝΤΟΦΟΡΕΣ ΚΥΣΤΕΙΣ.  
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.****ΒΛΑΣΤΟΣ Κ.\*, ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ Φ., ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Π.***Από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.*

Η οδοντοφόρος κύστη αποτελεί το συχνότερο τύπο αναπτυξιακής οδοντογενούς κύστης, με συχνότητα εμφάνισης περίπου 18%. Ανακαλύπτεται συνήθως κατά τη δεύτερη, τρίτη και τέταρτη δεκαετία και παρουσιάζεται σχετικά συχνότερα στους άνδρες. Η πιο συχνή θέση εντόπισής της είναι οι σωφρονιστήρες της κάτω γνάθου και ακοιουθούν οι κυνόδοντες της άνω γνάθου και οι προγόμφιοι της κάτω. Ενίοτε σχετίζεται με υπεράριθμα δόντια, συνήθως μεσόδοντες. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα κλινικά, ακτινογραφικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά και τη χειρουργική αντιμετώπιση των οδοντοφόρων κύστεων, με αφορμή την παρουσίαση τριών περιπτώσεων ευμεγέθων οδοντοφόρων κύστεων των γνάθων. Η πρώτη περίπτωση που θα παρουσιασθεί αφορά σε άρρενα ασθενή ηλικίας 55 ετών με οδοντοφόρο κύστη επεκτεινόμενη από τον 36 μέχρι τη μηνοειδή εντομή, η οποία καταλάμβανε ολόκληρη την περιοχή της γωνίας και του κλάδου της κάτω γνάθου και αντιμετωπίστηκε με χειρουργική εκπυρήνιση. Η δεύτερη περίπτωση αφορά σε γυναίκα ηλικίας 45 ετών, η οποία εμφάνισε οδοντοφόρο κύστη επεκτεινόμενη από τον 37 μέχρι τη μεσότητα του κλάδου και αντιμετωπίστηκε με μαρσιποποίηση. Η τρίτη περίπτωση πρόκειται για οδοντοφόρο κύστη σε άρρενα ασθενή ηλικίας 72 ετών, η οποία αναπτύχθηκε στην περιοχή των 41-43 και αντιμετωπίστηκε με εκπυρήνιση. Από την ανα-

σκόπηση της βιβλιογραφίας και τη μελέτη των συγκεκριμένων περιπτώσεων προκύπτει ότι οι οδοντοφόρες κύστες μπορεί να είναι ασυμπτωματικές και να αποτελούν τυχαία ακτινογραφικά ευρήματα, ή να συνοδεύονται από πόνο και διόγκωση, λόγω φλεγμονώδους διήθησης του κυστικού τοιχώματος. Ακτινογραφικά εμφανίζονται ως μονόχωρες ή πολύχωρες διαυγάσεις με σαφώς περιγεγραμμένα όρια. Από ιστολογικής πλευράς, επενδύονται από πολύστιβο πηλακώδες μη-κερατινοποιημένο επιθήλιο. Η χειρουργική αφαίρεση των μεγάλων οδοντοφόρων κύστεων, με εκπυρήνιση, μαρσιποποίηση ή συνδυασμό των ανωτέρω μεθόδων, είναι επιβεβλημένη, καθώς η παραμονή τους μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω αύξησή τους και βλάβη των παρακείμενων περιοχών. Με την εκπυρήνιση επιτυγχάνεται η πλήρης και άμεση αφαίρεση της βλάβης, εντούτοις η τεχνική αυτή συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο τραυματισμού παρακείμενων ανατομικών δομών και διαταραχών στην επούλωση. Τα προβλήματα αυτά αποφεύγονται με την τεχνική της μαρσιποποίησης, η οποία, αν και μακροχρόνια διαδικασία, είναι πιο απλή και λιγότερο κακωτική. Ο χειρουργός θα πρέπει, συνεκτιμώντας αφενός τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε μεθόδου, αφετέρου το μέγεθος της κύστης, την εντόπισή της, τη φύση της, καθώς και τη συστηματική κατάσταση του ασθενούς, να επιλέξει την πλέον ενδεδειγμένη μέθοδο.

## 7

**ΛΙΠΩΜΑ ΤΩΝ ΟΥΛΩΝ.  
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.****ΜΠΟΥΡΑΖΑΝΗ Μ.\*, ΜΕΡΚΟΥΡΕΑ Σ., ΤΟΣΙΟΣ Κ.***Από το Εργαστήριο Στοματολογίας του Τομέα Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.*

Το λίπωμα αποτελεί το συχνότερο καλοήγη όγκο των μαλακών ιστών του σώματος, αλλά στο στόμα είναι ασύνηθες. Στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζεται ως ασυμπτωματικός όγκος μικρών διαστάσεων που καλύπτεται από φυσιολογικό βλεννογόνο. Συνήθως έχει κιτρινωπή χροιά και παρουσιάζει στην επιφάνειά του μικρά διατεταμένα αιμοφόρα αγγεία. Εντοπίζεται, κατά φθίνουσα σειρά συχνότητας, στην παρειά/ουλοπαρειάκη αύλακα, τη γλώσσα, το έδαφος του στόματος και τα χείλη. Μικροσκοπικά, αποτελείται από ώριμα λιποκύτταρα που μπορεί να περιβάλλονται από κάψα ινώδους συνδετικού ιστού. Η θεραπεία του συνίσταται σε χειρουργική αφαίρεση. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσί-

αση μίας σπάνιας περίπτωσης λιπώματος στα προσεφυκότα ούλη της κάτω γνάθου, με έμφαση στη διαφορική διάγνωση των όγκων των ούλων. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσε περίπτωση λιπώματος στα παρειάκη ούλη του κάτω αριστερού δευτέρου προγομφίου, σε άνδρα ηλικίας 40 ετών, το οποίο αφαιρέθηκε χειρουργικά και η διάγνωση επιβεβαιώθηκε ιστοπαθολογικά. Συμπερασματικά, η εμφάνιση λιπώματος στα ούλη είναι εξαιρετικά σπάνια. Το λίπωμα μπορεί να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση των όγκων των ούλων, για την τελική διάγνωση των οποίων είναι απαραίτητη η χειρουργική αφαίρεση και μικροσκοπική εξέταση.

## 8

**ΕΝΑ ΑΣΥΝΗΘΕΣ ΛΙΠΩΜΑ.  
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.****ΒΑΣΙΛΑΣ Α., ΤΣΕΚΕΡΗ Ε.\****Από το Γναθοχειρουργικό Τμήμα της Νομαρχιακής Μονάδας Υγείας του Ι.Κ.Α. Αθηνών.*

Οι όγκοι του λιπώδους ιστού αποτελούν τις συνηθέστερες νεοπλασματικές εξεργασίες μεσεγχυματικής προέλευσης. Η συχνότητα εμφάνισής τους στη γναθοπροσωπική περιοχή είναι σχετικά μικρή, ενώ στη στοματική κοιλότητα αποτελούν το 0,1% - 5% του συνόλου των καλοήθων νεοπλασμάτων. Συνήθως εμφανίζονται σε ασθενείς ηλικίας 40 έως 60 ετών, σαν μικροί ενδοστοματικοί όγκοι, ενώ μερικές φορές, κυρίως οι εξωστοματικοί, μπορούν να φθάσουν σε μεγάλες διαστάσεις. Η παρειά, το έδαφος του στόματος, η γλώσσα και τα χείλη αποτελούν τις πιο

συχνές ενδοστοματικές εντοπίσεις με κλινική εικόνα ευκίνητου, καλά περιγεγραμμένου, ασυμπτωματικού ογκιδίου, σχετικά μαλακής σύστασης, υποκίτρινης χροιάς, που καλύπτεται από φυσιολογικό βλεννογόνο. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των λιπωμάτων επιτυγχάνεται με τη χειρουργική εκτομή του νεοπλασματος, αφού παρασκευαστεί η κάψα από τους γύρω ιστούς, ενώ υποτροπές σπάνια αναφέρονται, τουλάχιστον για τους ενδοστοματικούς όγκους. Εκτός από το κοινό λίπωμα, που είναι το συνηθέστερο, περιγράφονται διάφορες ιστολογικές ποικιλίες,

όπως το ατρακτοκυτταρικό, το μυξωματώδες, το πλειόμορφο, το ινολίπωμα, το αγγειολίπωμα, το χονδροειδές λίπωμα κτλ. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή μίας περίπτωσης λιπώματος σε ασθενή ηλικίας 73 ετών στην ουλο-

παρειική αύλακα με ασυνήθη κλινική εικόνα. Παρουσιάζεται η δυσκολία στη διαφορική διάγνωση του νεοπλάσματος λόγω της ασυνήθους κλινικής του εικόνας, η χειρουργική του αφαίρεση και συζητείται η ιστολογική του εικόνα.

## 9

### ΟΔΟΝΤΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

**ΒΑΣΙΛΑΣ Α., ΤΣΕΚΕΡΗ Ε.\*, ΤΑΜΠΟΥΡΗΣ Α.**

*Από το Γναθοχειρουργικό Τμήμα της Νομαρχιακής Μονάδας Υγείας του Ι.Κ.Α. Αθηνών.*

Παρά το γεγονός ότι τα οδοντώματα κατατάσσονται στους οδοντογενείς όγκους, εντούτοις δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα εάν πρόκειται για διαμαρτίες της διάπλασης ή αληθή νεοπλάσματα. Έχουν υψηλό βαθμό διαφοροποίησης και η οδοντογένεση έχει προχωρήσει στο στάδιο της εναπόθεσης αδαμαντίνης. Ιστολογικά, ανάλογα με τη μορφοδιαφοροποίησή τους διακρίνονται σε δύο τύπους, το σύμπλεκτο οδόντωμα και το σύνθετο οδόντωμα. Είναι οι πιο συχνοί οδοντογενείς όγκοι των γνάθων, συνήθως ασυμπτωματικοί, με άριστη βιολογική συμπεριφορά. Μερικές φορές ανακαλύπτονται τυχαία κατά τον ακτινογραφικό έλεγχο των γνάθων, ενώ σε πολλές περιπτώσεις έχουν σχέση με έγκλειστα δόντια των οποίων παρεμποδίζουν την ανατομή, ή κυστικές εξεργασίες ποικίλου μεγέθους.

Θεραπεία εκλογής θεωρείται η συντηρητική χειρουργική αφαίρεσή τους με άριστη πρόγνωση. Εντούτοις, ευμεγέθη οδοντώματα, ανάλογα με την εντόπισή τους, είναι πιθανόν να δημιουργήσουν προβλήματα τόσο σε σχέση με παρακείμενα δόντια όσο και με ανατομικά μόρια της περιοχής, όπως νεύρα, το ιγμόρειο άντρο κτλ. Στην παρούσα εργασία περιγράφονται τέσσερις περιπτώσεις οδοντωμάτων, που εντοπίζονται τόσο στην άνω όσο και στην κάτω γνάθο. Μελετάται η ακτινογραφική τους εικόνα και συζητούνται τα προβλήματα που μπορούν να δημιουργηθούν όσον αφορά σε καθυστερήσεις ανατομής ή παρεκτοπίσεις μόνιμων δοντιών, βλάβες γειτονικών ανατομικών δομών κατά τη χειρουργική τους αφαίρεση κτλ.

## 10

### ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΚΑΙ ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΡΙΝΙΚΟΥ ΠΩΜΑΤΙΣΜΟΥ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.

**ΚΟΛΟΜΒΟΣ Ν., ΜΠΟΥΡΑΖΑΝΗ Μ.\*, ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ Κ.**

*Από την Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Διευθυντής: Ο Καθηγητής Κ. Αλεξανδρίδης.*

Η επίσταξη αποτελεί μία από τις πιο συχνές επείγουσες ιατρικές καταστάσεις και προσβάλλει όλες τις ηλικιακές ομάδες, ενώ υπολογίζεται ότι θα συμβεί σε κάποια στιγμή στη ζωή του 60% του

γενικού πληθυσμού. Τα αίτιά της είναι πολλαπλά και μπορεί να οφείλονται σε τοπικούς και συστηματικούς παράγοντες, ενώ διάφοροι τραυματισμοί και ιδίως συντριπτικά κατάγματα του μέσου τρι-



τημορίου του προσώπου συνοδεύονται συχνά από άληπτε άληπης βαρύτητας ρινορραγία. Όταν η ρινορραγία είναι έντονη και δεν είναι ορατή και ανιχνεύσιμη η εστία, η επίσχεσή της επιτυγχάνεται με χημική καυτηρίαση, ηλεκτροκαυτηρίαση, με ενδοσκόπηση, απολίνωση ή εμβολισμό των υπαίτιων αρτηριών κ.ά., καθώς επίσης και με πρόσθιο ή οπίσθιο ρινικό πωματισμό ή και με συνδυασμό αυτών με τη χρήση γάζας ή άληπων πιο σύγχρονων υλικών και μεθόδων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αφορά στις συμβατικές τεχνι-

κές ρινικού πωματισμού, τόσο τις παλαιότερες, όσο και τις νεότερες. Κατά τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας βρέθηκε ότι ακόμη και σήμερα χρησιμοποιούνται με επιτυχία οι παραδοσιακές μέθοδοι ρινικού πωματισμού με χρήση γάζας, ενώ η χρήση σύγχρονων υλικών οδήγησε στην εφαρμογή νέων τεχνικών. Συμπερασματικά, η επίτευξη του ρινικού πωματισμού είναι επιτυχής με τις παλαιότερες μεθόδους, οι οποίες όμως με τη χρήση σύγχρονων υλικών έχουν απλουστευθεί και έχουν γίνει περισσότερο αποτελεσματικές και λιγότερο χρονοβόρες.

# 11

## ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΩΝ ΑΚΤΙΝΩΝ LASER ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ.

ΚΑΠΡΟΥΛΑ Μ.\*, ΚΟΝΤΑΞΗ Σ., ΘΕΟΛΟΓΗ-ΛΥΓΙΔΑΚΗ Ν., ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ Κ.

*Από την Οδοντιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.*

Οι ακτίνες laser έχουν πολυάπληές χρήσεις στην ιατρική, σε διαγνωστικό και σε κλινικό επίπεδο με ενδοστοματικές και εξωστοματικές εφαρμογές. Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται με επιτυχία και στη Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική διεθνώς. Η μέθοδος που βασίζεται στο φαινόμενο της εξαναγκασμένης εκπομπής φωτονίων, δρα σε κυτταρικό επίπεδο. Τα laser υψηλής ισχύος έχουν εφαρμογή χειρουργική, ενώ τα χαμηλής ισχύος χρησιμοποιούνται θεραπευτικά. Στα πλεονεκτήματα της ακτινοβολίας laser είναι η δυνατότητα αντιμετώπισης μεγάλου φάσματος παθήσεων του βλεννογόνου και του δέρματος στη στοματική και γναθοπροσωπική περιοχή, μειώνοντας τις διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές και βελτιώνοντας παράλληλα το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών ακόμα και σε ασθενείς με συστηματικά νοσήματα, ενώ είναι καλή ανεκτή από ειδικές κατηγορίες ασθενών (νέοι, υπε-

ρήλικες, φοβικοί ασθενείς). Υποβροθά την επούλωση των τραυμάτων και επιτρέπει τον έλεγχο της αιματικής ροής στους μαθητικούς ιστούς και τον ποηφό των δοντιών της περιοχής. Ωστόσο, μειονέκτημα είναι το υψηλό του κόστος, καθώς και η αναγκαιότητα ειδικής εκπαίδευσης και σχολιαστικής τήρησης των κανόνων ασφαλείας από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας σχετικά με τις εφαρμογές και τους δυνητικούς κινδύνους από τη χρήση του laser στη στοματογναθοπροσωπική χειρουργική. Η αναζήτηση έγινε στα Medline και PubMed από το 1995 μέχρι σήμερα, με λέξεις κλειδιά: "laser dentistry", "laser hazards", "laser accident", "effects of laser". Συμπερασματικά, τα laser, χωρίς να αντικαθιστούν τις βασικές αρχές χειρουργικής, συμπληρώνουν και επεκτείνουν τις επεμβατικές δυνατότητες προς όφελος της υγείας των ασθενών.

12

## ΠΛΕΙΟΜΟΡΦΑ ΑΔΕΝΩΜΑΤΑ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΚΑΙ ΕΛΑΣΣΟΝΩΝ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ.

**ΚΟΚΟΛΑΚΗΣ Ι.\*, ΜΕΓΑΣ Β., ΜΟΥΝΤΡΙΧΑ Α., ΑΡΕΤΑΙΟΥ Π., ΖΩΤΑΛΗΣ Ν.**  
Από τη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του  
«ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας.

Το πλειόμορφο αδένωμα ή μικτός όγκος, αποτελεί το συχνότερο νεόπλασμα των σιαλογόνων αδένων, με κύρια εντόπιση στην παρωτίδα. Αισθητά λιγότερες είναι οι περιπτώσεις που εντοπίζονται στον υπογνάθιο και τους ελάσσονες σιαλογόνους αδένες. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η κλινική μελέτη των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών του πλειόμορφου αδενώματος των σιαλογόνων αδένων, με έμφαση στη διάγνωση και τη θεραπευτική. Τα τελευταία 11 έτη, στη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας, αντιμετωπίστηκαν 23 ασθενείς με πλειόμορφο αδένωμα. Η αναλογία ανδρών:γυναικών ήταν 1:2 περίπου και η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 39,4 έτη. Από τις περιπτώσεις αυτές, τρεις αφορούσαν στους ελάσσονες σιαλογόνους αδένες της υπερώας, τέσσερις στους υπογνάθιους και οι υπόλοιπες 16 στις παρωτίδες. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν προεγχειρητικά σε αξονική τομο-

γραφία τραχήλου και σε βιοψία με λεπτή βελόνα, που έθεσαν τη διάγνωση. Η θεραπεία εκλογής ήταν η επιπολής παρωτιδεκτομή επί εντόπισης στην παρωτίδα, η αφαίρεση του υπογναθίου σε εντόπιση στον υπογνάθιο και στις περιπτώσεις των μικτών όγκων των ελάσσονων σιαλογόνων αδένων έγινε εκτομή του όγκου μαζί με τον υπερκείμενο στοματικό βλεννογόνο. Οι περιπτώσεις αυτές, μετά τη χειρουργική αφαίρεση παρακολουθούνται τακτικά, με ικανοποιητικά λειτουργικά και αισθητικά αποτελέσματα, χωρίς μετεγχειρητικές επιπλοκές ή υποτροπές μέχρι σήμερα. Συμπερασματικά, το πλειόμορφο αδένωμα είναι συχνότερο στις γυναίκες και στην τέταρτη και πέμπτη δεκαετία της ζωής. Το ιστορικό, η κλινική εξέταση, ο απεικονιστικός έλεγχος και η βιοψία με λεπτή βελόνα συμβάλλουν στη διάγνωση του, ενώ η χειρουργική αφαίρεση είναι η θεραπεία εκλογής του όγκου αυτού των σιαλογόνων αδένων.

13

## ΑΜΦΙΓΝΑΘΙΚΕΣ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΩΝ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ.

**ΜΕΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ι.\*, ΓΙΑΓΤΖΗΣ Σ.**

Η ορθογναθική χειρουργική μπορεί να δώσει λύσεις σε σοβαρά προβλήματα του στοματογναθικού συστήματος. Οι επεμβάσεις που στις ημέρες μας χρησιμοποιούνται, είναι η οστεοτομία της άνω γνάθου στο επίπεδο Le Fort I, η οβελιαία οστεοτομία της κάτω γνάθου και ο συνδυασμός των παραπάνω τεχνικών. Ο συνδυασμός τους, δηλαδή η αμφιγναθική οστεοτομία,

βοηθά στις περιπτώσεις που η σκελετική ανωμαλία αφορά και στις δύο γνάθους, οι μετακινήσεις είναι μεγάλες για να διορθωθούν με μονογναθική επέμβαση, καθώς και σε ορισμένες περιπτώσεις διόρθωσης ανοικτής δήξης. Οι παραπάνω επεμβάσεις συνδυάζονται πολλές φορές και με γενειοπλάστική, για την πληρέστερη αποκατάσταση της μορφής του προσώπου. Θα πρέπει να

τονιστεί ότι σε όλες τις περιπτώσεις η αποκατάσταση του προσώπου έχει σα σκοπό να διορθώσει τη λειτουργία και την αισθητική στο συγκεκριμένο ασθενή και όχι να τη φέρει στις μέσες φυσιολογικές σκελετικές μετρήσεις του γενικού πληθυσμού. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση τεσσάρων περιπτώσεων ασθενών με σοβαρές στοματογναθικές ανωμαλίες, που διορθώθηκαν με ορθοδοντική και αμφιγναθική ορθογναθική χειρουργική με τις προαναφερθείσες τεχνικές και η συζήτηση των αποτελεσμάτων καθώς και της διατήρησης του θεραπευτικού αποτελέσματος. Η προχειρουργική και μεταχειρουργική ορθοδοντική φαίνεται ότι παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη σταθερότητα του απο-

τελέσματος και αποτελούν αναγκαία προϋπόθεση για όλες τις ορθογναθικές περιπτώσεις. Επιπρόσθετα, στην αμφιγναθική ορθογναθική η χρήση των ναρθήκων είναι απαραίτητη για την τοποθέτηση και της άνω γνάθου στην αρχή, αλλιώς και της κάτω στη συνέχεια, με βάση τις θέσεις που έχουν βρεθεί από τη μελέτη και τη χειρουργική των εκμαγείων. Σε ό,τι αφορά στις χειρουργικές τεχνικές, όπως σε όλες τις μετατοπίσεις στην ορθογναθική χειρουργική, βασικό ρόλο στη μη υποτροπή των ασθενών πέρα από τον αρχικό σχεδιασμό και την πιστή εφαρμογή του στο χειρουργείο μέσω των ναρθήκων, παίζει η ελεύθερη χωρίς τάσεις μετακίνηση των οστικών κοιλωμάτων.

14

## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ.

**ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ Ν.\*, ΓΑΡΜΠΗ Σ., ΚΑΡΕΛΛΑ Ε., ΘΕΟΛΟΓΗ-ΛΥΓΙΔΑΚΗ Ν., ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ Κ.**  
*Από την Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.*

Η επιτυχής διεκπεραίωση μίας εξαγωγής από το γενικό οδοντίατρο περιλαμβάνει, όχι μόνο την αφαίρεση του δοντιού, αλλά και την αντιμετώπιση των επιπλοκών που μπορεί να συμβούν κατά τη διαδικασία ή και μετά το πέρας της. Οι επιπλοκές διαχωρίζονται σε άμεσες και έμμεσες, ενώ συμπεριλαμβάνονται εκείνες που πιθανόν να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της αναισθησίας, της ίδιας της επέμβασης, αλλά και μετά την αποχώρηση του ασθενούς από το ιατρείο. Χαρακτηριστικά παραδείγματα επιπλοκών αποτελούν η πρόκληση στοματοκοιλιακής επικοινωνίας, το κάταγμα της κάτω γνάθου ή της φαρυγγικής απόφυσης, ο τρισμαός, η οστεονέκρωση, η μη ελεγχόμενη αιμορραγία, η κατάποση ή εισρόφηση ξένου αντικειμένου με πιθανή απόφραξη του αεραγωγού, καθώς και η τρώση κάποιου νεύρου. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση τέτοιων πιθανών επιπλοκών από την εξαγωγή οδόντων, τόσο διεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά. Με την παρουσί-

αση σύγχρονης αρθρογραφίας που πραγματεύεται το συγκεκριμένο θέμα, παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την πρόληψη, τα αίτια, τα σημεία και συμπτώματα, τη διάγνωση και κυρίως την άμεση αντιμετώπιση αυτών από το γενικό οδοντίατρο. Συμπερασματικά, από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει πως η πρόληψη των ανεπιθύμητων επιπλοκών επιτυγχάνεται με το λεπτομερές ιστορικό, την άριστη γνώση της ανατομίας της περιοχής, το λεπτομερές κλινικό και ακτινογραφικό έλεγχο προεγχειρητικά, τον ορθό σχεδιασμό της επέμβασης, αλλά και τους σωστούς χειρισμούς του επεμβαίνοντος. Ωστόσο, καθώς πάντοτε υπάρχει το ενδεχόμενο πρόκλησης επιπλοκών, ακόμη και από έναν πεπειραμένο οδοντίατρο, πέρα από την έγκαιρη διάγνυσή τους, κρίνεται απαραίτητη η άμεση αντιμετώπισή τους, τόσο για την επίλυση του προβλήματος, όσο και για την αναχαίτιση πιθανής επιδείνωσης.

15

## ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Π.\*, ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ Φ., ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ Δ., ΒΛΑΣΤΟΣ Κ.  
*Από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.*

Κατά τη διάρκεια ή και μετά την τοποθέτηση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων, είναι δυνατόν να προκύψουν ανεπιθύμητες καταστάσεις, η συχνότητα των οποίων υπερβαίνει σε ποσοστό το 10%. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι, με αφορμή την παρουσίαση τεσσάρων περιπτώσεων ασθενών στους οποίους η τοποθέτηση εμφυτευμάτων συνοδεύτηκε από την εμφάνιση κάποιου ανεπιθύμητου προβλήματος, να γίνει βιβλιογραφική αναφορά στις συνηθέστερες επιπλοκές από την τοποθέτηση εμφυτευμάτων, καθώς και στις απαραίτητες ενέργειες για την πρόληψη και την αντιμετώπισή τους. Οι περιπτώσεις που θα παρουσιασθούν αφορούν σε: (i) απώλεια του προσθίου οστικού τοιχώματος από λανθασμένη φορά ένθεσης ενός μεμονωμένου εμφυτεύματος προς την προστομιακή πλευρά της γνάθου στην περιοχή του 21, (ii) τραυματισμό της ρίζας του 23 λόγω εσφαλμένης κατεύθυνσης της εγγλυφίδας κατά τη διάνοιξη του οστικού φρεατίου για τοποθέτηση εμφυτεύματος στην περιοχή του 24, (iii) θραύση εμφυτεύ-

ματος και (iv) εμφάνιση περιεμφυτευματίτιδας. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι κακώσεις των μαθηακών ιστών, ο τραυματισμός αγγείων και νεύρων, η διάτρηση ή η θραύση οστικού πετάλιου της γνάθου, η διάτρηση της ρινικής κοιλότητας και του ιγμόρειου άντρου, οι τραυματισμοί ριζών των παρακείμενων δοντιών, η θραύση του εμφυτεύματος, καθώς και η εμφάνιση περιεμφυτευματίτιδας είναι οι συνηθέστερες επιπλοκές που σχετίζονται με την τοποθέτηση εμφυτευμάτων. Η πρόγνωση των εμφυτευμάτων εξαρτάται από μία μεγάλη ποικιλία παραγόντων, οι οποίοι αφορούν στο εμφύτευμα, στη χειρουργική και προσθετική διαδικασία και στον ασθενή. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ασφαλή και επιτυχή τοποθέτηση εμφυτευμάτων, είναι να διαθέτει ο οδοντίατρος τις κατάλληλες γνώσεις σχετικά με τους παράγοντες αυτούς και να ακολουθεί αυστηρά το πρωτόκολλο που έχει θεσπιστεί σχετικά με τη χειρουργική και προσθετική των εμφυτευμάτων.

16

## ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΣΕ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΖΙΡΚΟΝΙΟΥ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.

ΠΑΓΟΠΟΥΛΟΣ Π.\*, ΜΑΡΓΙΟΛΑΚΙΩΤΗ Α.

Τα εμφυτεύματα ζirkονίας ( $ZrO_2$ ), έχουν μπει στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη και μπορούν να θεωρηθούν σε ορισμένες περιπτώσεις εναλλακτικά των εμφυτευμάτων τιτανίου. Υπάρχουν πολλοί και καλοί λόγοι για τη χρήση εμφυτευμάτων ζirkονίας, όπως το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα, ο χειρισμός των μαθηακών

ιστών και η λιγότερη εναπόθεση πλάκας στο ζirkόνιο. Ο ρόλος του οδοντίατρου είναι σημαντικός στην τοποθέτηση και τη διατήρησή τους, καθώς πρέπει να εξασφαλίσει την απόλυτη σταθερότητά τους, προστατεύοντάς τα από μικροκινήσεις και την άσκηση πίεσης επάνω τους. Τα κλινικά αποτελέσματα και οι έρευνες για τη δυ-

νατότητα οστεοενσωμάτωσης των εμφυτευμάτων ζirkονίας μετά από πέντε χρόνια χρήσης, είναι πολύ ενθαρρυντικά. Στην εργασία παρουσιάζεται μία βιβλιογραφική ανασκόπηση για την κατάσταση των εμφυτευμάτων ζirkονίας για περισσότερα από πέντε χρόνια. Σκοπός της εργασίας είναι να εξετάσει την πενταετή επιβίωση των εμφυτευμάτων ζirkονίας και τη σύγκριση με τα αντίστοιχα τιτανίου. Από τη μελέτη αυτή προκύπτει ότι η χρήση εμφυτευμάτων ζirkονίας μπορεί να αποτελέσει μία κλινικά αξιόπιστη λύση, ειδικά σε ασθενείς με αλλεργία στα μέταλλα και για την «ιδιαιτέρα ευαίσθητη» αισθητικά πρόσθια

περιοχή του στόματος. Η πενταετής επιβίωσή τους μπορεί να συγκριθεί με αυτή των εμφυτευμάτων τιτανίου, με την προϋπόθεση ότι η αρχική σταθερότητα θα είναι καλή και δεν θα υπάρχει πρώιμο φορτίο. Η αδρότητα της επιφάνειας του σώματος του εμφυτεύματος αυξάνει την εναπόθεση οστού. Η πρόγνωση είναι χειρότερη, εάν δεν υπάρχει επαρκές οστό να το συγκρατήσει, ή εάν το οστό δεν είναι ιδιαίτερα καλής ποιότητας. Η χρήση τους στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη αφορά κυρίως στην πρόσθια περιοχή του στόματος, ενώ αναμένονται περαιτέρω έρευνες για τις οπίσθιες περιοχές.

17

## ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΟΣΤΕΟΕΝΣΩΜΑΤΟΥΜΕΝΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΣΕ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ PRGF.

ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ Φ.\*, ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Π., ΒΛΑΣΤΟΣ Κ., ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ Δ.  
Από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η τοποθέτηση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων δεν είναι πάντοτε εφικτή, λόγω ύπαρξης οστικών ελλειμμάτων ή εκτεταμένων απορροφήσεων των γνάθων. Στις περιπτώσεις αυτές επιβάλλεται αύξηση του όγκου του οστού, η οποία είναι δυνατόν να επιτευχθεί με την εφαρμογή τεχνικών κατευθυνόμενης οστικής αναγέννησης, καθώς και με την τοποθέτηση οστικών μοσχευμάτων. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη μέθοδο PRGF (Αυτόλογο Πλάσμα Πλούσιο σε Αυξητικούς Παράγοντες) για ανάπτυξη οστικού ελλείμματος, καθώς και η παρουσίαση περίπτωσης τοποθέτησης δύο εμφυτευμάτων σε έντονα απορροφημένη άνω γνάθο με την εφαρμογή της τεχνικής αυτής. Κατά την εφαρμογή της μεθόδου PRGF, λαμβάνεται αίμα από τον ίδιο τον ασθενή και γίνεται φυγοκέντρηση του και διαχωρισμός στα συστατικά του (ερυθρά αιμοσφαίρια, πλάσμα πλούσιο σε αυξητικούς παράγοντες, λευκά αιμοσφαίρια). Το λαμβανόμενο πλάσμα διαιρείται: (i) στο κλάσμα F1 το οποίο χρησιμοποιείται για παρασκευή μεμβράνης

που μπορεί να εφαρμοσθεί ως μεμβράνη επικάλυψης και (ii) στο κλάσμα F2, το οποίο αναμιγνύεται με ετερομόσχευμα και αυτόλογο οστικό μόσχευμα και μετατρέπεται σε θρόμβο πλούσιο σε αυξητικούς παράγοντες, ο οποίος τοποθετείται στην περιοχή όπου απαιτείται οστική ανάπτυξη. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι το PRGF εφαρμόζεται κλινικά με επιτυχία σε περιπτώσεις οστικών ελλειμμάτων γύρω από οδοντικά εμφυτεύματα, για κάλυψη αποκαλυμμένων σπειρών εμφυτευμάτων και βελτίωση της οστεοενσωμάτωσής τους, πλήρωση μετεξακτικών φατνίων, πλήρωση οστικών κοιλοτήτων, ανύψωση του ιγμορείου άντρου, διατήρηση και αναδόμηση της φατνιακής ακρολοφίας, ανακατασκευή ελλειμμάτων λόγω περιοδοντίτιδας κ.ά. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ως αυτόλογο υγρό PRGF το οποίο, μετά την εμφύτευση των οδοντικών εμφυτευμάτων σε αυτό, διεγείρει τον πολλαπλασιασμό των οστεοκυττάρων, την προσχώρησή τους στην επιφάνεια του τιτανίου και την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη οστεοενσωμάτωση.

18

**ΑΝΥΨΩΣΗ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ.**

ΚΑΤΣΟΥΠΑΣ Α., ΣΕΓΓΗΣ Κ.\*, ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Ε.

Η ανύψωση ιγμορείου είναι μία χειρουργική μέθοδος που επιτρέπει την αναγέννηση του οστού στις πλάγιες περιοχές της άνω γνάθου, προσφέροντας έτσι τη δυνατότητα σταθερής αποκατάστασης της περιοχής με οδοντικά εμφυτεύματα. Η θεραπεία αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί με δύο τρόπους, είτε με την κλειστή είτε με την ανοικτή ανύψωση του ιγμορείου. Η κλειστή μέθοδος βασίζεται στη δημιουργία οστεοτομίας σε βάθος 1mm από το έδαφος του ιγμορείου, και στη χρήση οστεοτόμου, ώστε να δημιουργηθεί ο κατάλληλος χώρος για την τοποθέτηση μοσχευματικού υλικού. Στην ανοικτή μέθοδο δημιουργείται ένα οστικό παράθυρο προνομιακά, έτσι ώστε να είναι δυνατή η απομόνωση και η μετάθεση της μεμβράνης του ιγμορείου προς τα επάνω, σε όλη την έκταση του εδάφους του ιγμορείου άντρου, σχηματίζοντας έτσι μία

κοιλότητα, το έδαφος της οποίας είναι οστικό και η οροφή της είναι μία μεμβράνη αρραγής. Σε αυτόν τον κλειστό χώρο τοποθετείται το οστικό μόσχευμα. Ο στόχος και στις δύο τεχνικές είναι να μεταμοσχευθεί οστό στο έδαφος του γναθιαίου άντρου και να αυξηθεί το ύψος της φαρυγγικής ακροθωφίας. Κλειδί για την επιτυχία και στις δύο τεχνικές είναι η σωστή τήρηση των χρόνων επούλωσης σε κάθε στάδιο. Για αυτό το σκοπό, στο πρώτο στάδιο θα πρέπει να δοθεί χρόνος ώστε να ωριμάσει το οστικό μόσχευμα και να ολοκληρωθεί η αναγέννηση του νέου οστού στο ιγμόρειο. Στο επόμενο στάδιο, όπου θα τοποθετηθούν τα εμφυτεύματα δοντιών, θα πρέπει και πάλι να τηρηθεί ο χρόνος επούλωσης, ώστε τα εμφυτεύματα να ενσωματωθούν και να αποτελέσουν σταθερά στηρίγματα για τη μελλοντική προσθετική αποκατάσταση.

19

**Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΞΩΣΤΟΜΑΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ.**

ΚΟΠΠΟΛΑΝΤ Π.\*, ΚΑΤΣΟΥΒΕΛΗΣ Η., ΤΖΕΡΜΠΟΣ Φ., ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ Κ.

Στη γναθοπροσωπική χώρα οι συχνότερες περιπτώσεις σύνθετων ελλειμμάτων που χρήζουν αποκατάστασης είναι του ωτός, της ρινός και του οφθαλμικού κόγχου. Η σύγχρονη πηλαστική χειρουργική προσφέρει ικανοποιητικές λύσεις, υστερεί όμως ως προς το αποτέλεσμα σε εκτεταμένες αποκαταστάσεις, όπου χρειάζεται και η συμβολή της γναθοπροσωπικής προσθετικής. Οι πιο ικανοποιητικές μέθοδοι συγκράτησης των γναθοπροσωπικών προσθέσεων είναι η συγκόλληση και τα εμφυτεύματα, που πλεονεκτούν σε σχέση με τις άλλες μεθόδους συγκράτησης. Τα εμφυτεύματα έχουν χρησιμοποιηθεί με μεγάλη επιτυχία σε περιπτώσεις ανοδοντίας και

η χρήση τους έχει πλέον επεκταθεί στο πεδίο της κρανιοπροσωπικής αποκατάστασης με εφάμιλλη επιτυχία. Υπάρχουν διάφορα συστήματα εξωστοματικών εμφυτευμάτων, τα οποία είναι συνήθως τροποποιημένα ενδοστοματικά εμφυτεύματα. Έχουν διάμετρο 3,75mm, μήκος 3-4mm και στην κορυφή τους φέρουν δακτύλιο πλάτους 5,5mm. Πέραν αυτών όμως, έχουν χρησιμοποιηθεί και διάφοροι τύποι ενδοστοματικών εμφυτευμάτων στην κρανιοπροσωπική χώρα για καλύτερη στήριξη και συγκράτηση. Τα εμφυτεύματα τοποθετούνται σε συγκεκριμένες θέσεις ανάλογα με την περιοχή αποκατάστασης (κόγχος, πτερύγιο ρινός, πτερύγιο ωτός). Η σύνδεση

του εμφυτεύματος με την εργασία μπορεί να γίνει με συστήματα δοκών, συνδέσμους ακριβείας και μαγνήτες. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση της αποκατάστασης γναθο-

προσωπικών ελλείψεων με τη χρήση των εξωστοματικών εμφυτευμάτων. Παρουσιάζονται οι ενδείξεις, η χειρουργική τεχνική και οι πιθανές επιπλοκές.

20

## ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΛΛΙΚΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΕΠΙΓΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ.

**ΜΑΝΤΗΣ Τ.\*, ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ Θ., ΜΑΚΟΣ Χ.**

*Από το Τμήμα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και το Τμήμα ΩΡΛ του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς.*

Οι προσθετικές εξαρτήσεις μεταλλικής φύσης στη στοματική κοιλότητα και το πρόσωπο, συχνά προσφέρουν ένα σύνθετο πρόβλημα στην απεικόνιση, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση περιπτώσεων, που αποβαίνει εις βάρος του ασθενή, του θεράποντα ιατρού και του εργασθηριακού τομέα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η επίδειξη τέτοιων περιπτώσεων και η σύσταση ενός απλού πρωτόκολλου πλήρους κατά το δυνατόν παράκαμψης των επιβαρυντικών αποτελεσμάτων στους παραπάνω τομείς. Το υλικό περιλαμβάνει διάφορες περιπτώσεις παθήσεων του στοματογναθικού συστήματος, με τις απεικονιστικές τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν και τα επί μέρους προβλήματα που προέκυψαν στη διάγνωση και αντιμετώπιση των περιπτώσεων, από την προβολή των εξαρτήσεων

μεταλλικής φύσης στο πεδίο (φόντο) της απεικόνισης. Η μέθοδος που εφαρμόζεται είναι της παρουσίασης - καταγραφής και ανάλυσης - συζήτησης των περιπτώσεων και με αυτόν τον τρόπο η επαγωγή στην καταγραφή, την παρουσίαση και το σχεδιασμό της περίπτωσης με τη μορφή του ενημερωτικού σημειώματος και της επικοινωνίας προς την καταλληλότερη αντιμετώπιση. Συμπερασματικά, τα σύνθετα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν από τις προσθετικές εξαρτήσεις μεταλλικής φύσης στη στοματική κοιλότητα και το πρόσωπο και αφορούν τόσο στους ασθενείς, αλλά και σε όλους όσους εμπλέκονται στην αντιμετώπισή τους, μπορεί να παρακαμφθούν πλήρως, ή έστω να ελαχιστοποιηθούν, με την απαραίτητη εφαρμογή ενός απλού πρωτόκολλου.

21

## ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΟΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΛΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΖΩΝΗ.

**ΚΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Φ.\*, ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Τ., ΤΖΕΡΜΠΟΣ Φ., ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ Κ.**

Οστικά ελλείμματα στη φατνιακή ακροιοφία είναι δυνατό να προκύψουν από πολλαπλές αιτίες, όπως είναι οι τραυματισμοί και τα κατάγματα, η οστική καταστροφή από περιοδοντική νόσο, η απορρόφηση μετεξακτικού φατνίου κλπ. Τα ελλείμματα ταξινομούνται συννηθέστερα σε τρεις κατηγορίες: ελλείμματα κατά το οριζόντιο επί-

πεδο, κατά το κάθετο επίπεδο και συνδυασμός τους. Για την αποκατάσταση των ελλείψεων αυτών έχουν προταθεί αρκετές τεχνικές, με προεξάρχουσες κυρίως τη χρήση οστικών μοσχευμάτων, την κατευθυνόμενη οστική ανάπτυση (GBR) και τη διατακτική οστεογένεση, ενώ πολλιά υποσχόμενη είναι και η εφαρμογή βιοιο-

γικών μεσοθαβητικών παραγόντων, είτε αυτοτελώς είτε σε συνδυασμό με τις προηγούμενες τεχνικές. Όλες οι αναπλαστικές τεχνικές στηρίζονται στους μοριακούς και κυτταρικούς μηχανισμούς παραγωγής οστού, δηλαδή στην οστεοεπαγωγή, στην οστεοπαραγωγή και στην οστεοσυνέργεια. Λόγω όμως των ιδιοτεροτήτων της αισθητικής ζώνης της άνω γνάθου (ιδιαίτερη μορφολογία, αυξημένες αισθητικές απαιτήσεις), για την οριζόντια αύξηση της ακρολοφίας προτείνονται η χρήση μεμβρανών GBR, με ή χωρίς χρήση οστικών μοσχευμάτων, καθώς και μία νε-

ότερη τεχνική συνδυασμού διαφορετικών τύπων μοσχευμάτων και κατευθυνόμενης οστικής ανάπλασης, η τεχνική "sandwich". Παρόμοιες τεχνικές εφαρμόζονται και στην κάθετη ανάπλαση, όπου ενδείκνυται και η διατατική οστεογένεση. Ενίοτε, η χρήση ουλικών μοσχευμάτων μπορεί να είναι χρήσιμη στην οστική αναγέννηση. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να συνοψίσει τα αποτελέσματα της ανασκόπησης σε ένα πρωτόκολλο ευρείας εφαρμογής αναπλαστικών τεχνικών της αισθητικής ζώνης.

## 22

### Η ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ΟΣΤΕΟΓΕΝΕΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ.

ΣΟΥΛΙΟΥ Χ.\*, ΖΑΠΗ Α., ΒΑΓΔΟΥΤΗ Γ., ΤΖΕΡΜΠΟΣ Φ., ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ Κ.

Σήμερα το ενδιαφέρον και η έρευνα παγκοσμίως στρέφεται στην ανάπτυξη μεθόδων ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής. Μία από αυτές είναι η διατατική οστεογένεση, η οποία αποτελεί μέθοδο δημιουργίας νέου οστού μεταξύ δύο οστικών κοίλωμάτων μετά από οστεοτομία και σταδιακό αποχωρισμό των κοίλωμάτων μεταξύ τους. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση διατατικών συσκευών, ενδοστοματικών ή εξωστοματικών. Ταυτόχρονα με την οστική διάταση γίνεται και διάταση των μαλακών ιστών. Μεγάλο πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου θεωρείται η αύξηση αφενός του οστού και στις τρεις διαστάσεις του χώρου και αφετέρου των μαλακών ιστών. Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται ευρύτατα για αποκατάσταση ιστικών ελλειμμάτων, όπως στην περίπτωση μικρογναθιών ή τραυματισμών και κακώσεων των γνάθων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση

και η παρουσίαση της εφαρμογής της διατατικής οστεογένεσης σε υπολειμματικές ακρολοφίες για την τοποθέτηση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων. Πιο συγκεκριμένα, αναλύονται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της μεθόδου, τα στάδια μέχρι την τοποθέτηση εμφυτευμάτων, καθώς και η παράθεση κλινικών περιπτώσεων. Συμπερασματικά, η διατατική οστεογένεση αποκτά όλο και μεγαλύτερη δημοτικότητα, καθώς γίνονται ευρέως γνωστά τα οφέλη της, αλλά και η υπεροχή της σε ορισμένες περιπτώσεις, σε σχέση με άλλες τεχνικές οστικής ανάπλασης. Αν και η διατατική οστεογένεση αποτελεί μία νέα μέθοδο στην προεμφυτευματική χειρουργική, είναι βέβαιο πως στο μέλλον η κλινική της εφαρμογή θα κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος, με καλύτερα αποτελέσματα για τον ασθενή.



23

**ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ ΚΑΙ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ.**

ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΑΚΗ Ε.\*, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ., ΦΩΚΑ Π., ΤΖΕΡΜΠΟΣ Φ., ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ Κ.

Τα Διφωσφονικά Φάρμακα (ΔΦ), είναι δυναμικοί αναστολείς της οστεοκλαστικής δράσης και χρησιμοποιούνται ευρέως στην αντιμετώπιση της οστικής απώλειας που συνοδεύει την οστεοπόρωση, την υπερασβεστιαμία των νεοπλασιών, τους μεταστατικούς όγκους στα οστά και τη νόσο Paget. Τα ΔΦ έχουν θετικά αποτελέσματα στην οστική πυκνότητα και ολόένα και πιο πολλοί ασθενείς υποβάλλονται κάθε χρόνο σε παρατεταμένη θεραπεία. Όμως, οι μακροπρόθεσμες συστηματικές επιπτώσεις τους στο οστό των γνάθων δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς, ενώ πειράματα σε ζώα αποδεικνύουν ότι το φατνιακό οστό γίνεται συμπαγές και συχνά οστεοπετρωτικό. Το γεγονός αυτό ενδιαφέρει τόσο σε ασθενείς που έχουν ήδη εμφυτεύματα και πρόκειται να υποβληθούν σε θεραπεία με ΔΦ, όσο και σε ασθενείς που λαμβάνουν ΔΦ και στους οποίους πρόκειται να τοποθετηθούν εμφυτεύματα. Η

ενδοφλέβια χορήγησή τους αποτελεί απόλυτη αντένδειξη για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων, λόγω μείωσης της ικανότητας αναδιαμόρφωσης του οστού και δυσμενούς επίδρασης στην επούλωση με υψηλή πιθανότητα ανάπτυξης οστεονέκρωσης. Σε ασθενείς που λαμβάνουν ΔΦ από το στόμα, η τοποθέτηση εξαρτάται από τη διάρκεια λήψης των ΔΦ και από άληθους επιβαρυντικούς παράγοντες και προτείνεται το πρωτόκολλο της Αμερικανικής Εταιρείας Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών, ενώ σε εκείνους που φέρουν ήδη εμφυτεύματα πριν την έναρξη της θεραπείας με ΔΦ είναι άγνωστη η επίπτωση της αγωγής στην επιβίωση των εμφυτευμάτων. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιάσει τον τρόπο διαχείρισης ασθενών, οι οποίοι είναι σε αγωγή με ΔΦ και φέρουν ή είναι υποψήφιοι για επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις.

24

**ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΠΟΓΓΩΔΟΥΣ ΟΣΤΙΚΟΥ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ.**

ΚΑΤΣΙΚΗ Π.\*, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Μ., ΜΑΡΑΓΚΟΥΔΑΚΗ Α., ΠΑΠΑΛΟΥ Ι., ΤΖΕΡΜΠΟΣ Φ., ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ Κ.

Η επαρκής ποιότητα και ποσότητα οστού σε μία περιοχή των γνάθων στην οποία πρόκειται να τοποθετηθούν εμφυτεύματα, έχει μεγάλη σημασία για τη σταθερότητα και γενικότερα την επιτυχία των εμφυτευμάτων. Σε περιοχές όπου υπάρχει οστό τύπου III και κυρίως IV λόγω της σύστασης αυτού, δηλαδή της ύπαρξης λεπτού φλοιώδους πετάλιου σε συνδυασμό με ευμεγέθεις σπογγώδεις χώρους, παρουσιάζονται δυσκολίες στην αρχική σταθερότητα και οστεοενσωμάτωση των εμφυτευμάτων. Συνήθεις περιοχές εντόπισης του σπογγώδους οστού είναι κυ-

ρίως η οπίσθια περιοχή της άνω γνάθου, αποτελούμενη από οστό τύπου IV, όπου επικεντρώνεται το μεγαλύτερο ενδιαφέρον, και δευτερευόντως η πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου. Επίσης, ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από οστεοπόρωση, οστεοπενία και οστεομαλακία έχουν μειωμένο ποιοτικά οστικό υπόστρωμα. Συνεπώς δεν συνιστάται η κλασική μέθοδος προετοιμασίας οστού. Οι ασθενείς των παραπάνω περιπτώσεων δεν αποκλείονται από την τοποθέτηση εμφυτευμάτων, καθώς υπάρχουν τρόποι αντιμετώπισής των. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να παρου-

σιάζει και να αναλύσει αυτές τις τεχνικές, στις οποίες περιλαμβάνονται η τεχνική της οστικής συμπίκνωσης και οι παραηλιαγές του ενδεδειγ-

μένου πρωτοκόλλου τοποθέτησης εμφυτευμάτων, ανάλογα με τις ανάγκες κάθε περίπτωσης.

# 25

## ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΟΡΙΑΚΗ ΒΑΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΞΩΔΕΡΜΙΚΗΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

ΛΥΚΟΥΡΕΣΗΣ Δ.\*, ΝΙΚΗΤΑΚΗΣ Ν., ΔΟΝΤΑ Α.

*Από την Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινοβολίας Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.*

Η κληρονομική εξωδερμική δυσπλασία αποτελεί σπάνια κληρονομική νόσο που προσβάλλει κυρίως τα άρρενα και λιγότερο τα θήλια άτομα. Μεταβιβάζεται κατά κανόνα με το φυλοσύνδετο τύπο κληρονομικότητας, αλλά είναι δυνατόν να μεταβιβαστεί και με τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο τύπο. Σύγχρονα δεδομένα καταδεικνύουν ως υπεύθυνο το γονίδιο της q12-q13.1 περιοχής του Χ χρωμοσώματος, που εκφράζεται σε μεμβρανικές πρωτεΐνες του τοιχώματος κυττάρων οργάνων εξωδερμικής προέλευσης, όπως ιδρωτοποιοί και σμηγματογόνοι αδένες. Η νόσος χαρακτηρίζεται από έληψη ή ελάττωση του αριθμού των ιδρωτοποιών αδένων, διαταραχές της τριχοφυΐας, μερική ή ολική ανοδοντία και συχνά οι ασθενείς εμφανίζουν συνοδές, δευτερεύουσες εκδηλώσεις, όπως προσβολή των σμηγματογόνων αδένων και δυσπλασίες ονύχων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης άνδρα ασθενή, ηλικίας 37

ετών, που προσήλθε στην Κλινική της Διαγνωστικής και Ακτινοβολίας Στόματος, αναζητώντας οδοντιατρική περίθαλψη, και η συζήτηση των σύγχρονων δεδομένων για τη μοριακή βάση και τις στοματικές εκδηλώσεις του συνδρόμου. Στο ιατρικό ιστορικό ανέφερε την ύπαρξη διαγνωσμένης εξωδερμικής δυσπλασίας και νοσηλεία σε ψυχιατρικό κέντρο, λόγω σχιζοφρενικής ψύχωσης. Κλινικά ο ασθενής εμφάνιζε πλήρη αλωπεκία και απώλεια φρυδιών και βλεφαρίδων, ενώ ως προς τη στοματική υγεία εμφάνιζε απώλεια μεγάλου αριθμού δοντιών και τερηδονικές βλάβες των υπολοίπων. Η στοματική υγιεινή ήταν κακή. Από τη μελέτη της περίπτωσης δίνεται η αφορμή για την παρουσίαση των νεότερων δεδομένων που αφορούν σε περιπτώσεις τέτοιων ασθενών σε ότι αφορά στην αιτιοπαθογένεια, τη μοριακή βάση της νόσου και τους περιορισμούς που προκύπτουν κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση από το σύγχρονο οδοντίατρο.

# 26

## ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΠΙΣΘΙΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΜΕ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΟΥΣΙΑΣ.

ΓΚΑΒΕΛΑ Γ.\*, ΑΛΕΚΙΔΟΥ Ο., ΚΡΑΝΙΑΣ Ν.

Όταν η απώλεια των οδοντικών ιστών είναι εκτεταμένη, τότε οι άμεσες αποκαταστάσεις δεν αποτελούν πια τη λύση εκλογής, όχι μόνο εξαιτίας του μεγαλύτερου κινδύνου αποτυχίας των αποκαταστάσεων αυτών σε σχέση με τις λιγό-

τερο εκτεταμένες (λόγω της συνήθους απουσίας της αυχενικής αδαμαντίνης ή την εντόπιση των ορίων κάτω της αδαμαντινοοστεϊνικής ένωσης), αλλά και εξαιτίας των τεχνικών δυσκολιών που αφορούν στον έλεγχο της υγρασίας, την προε-

τοίμασία της κοιλότητας και τη διαμόρφωση της σωστής ανατομίας. Η παραδοσιακή αντιμετώπιση στην αποκατάσταση οπισθίων δοντιών με εκτεταμένη απώλεια οδοντικής ουσίας ήταν οι στεφάνες ολικής κάλυψης, πολλές φορές σε συνδυασμό με σκόπιμη ενδοδοντική θεραπεία και δημιουργία ψευδοκοιλοβώματος με ενδορριζικό άξονα. Ωστόσο, με τη διάδοση των συγκολλητικών τεχνικών εξελίχθηκαν και άλλες τεχνικές αποκατάστασης, άμεσες ή έμμεσες, με μερική, ολική ή χωρίς κάλυψη των φυμάτων, με ρητινώδη ή κεραμικά υλικά. Έτσι, οι συγκολληόμενες αποκαταστάσεις προσφέρουν το πλεονέκτημα της εξοικονόμησης αφαίρεσης επιπλέον υγιών οδοντικών ιστών και την αποφυγή ενδοδοντικών θεραπειών. Γνωρίζοντας όλα τα είδη αποκαταστάσεων που έχει ο οδοντίατρος στη φα-

ρέτρα του, και έχοντας βαθιά γνώση όλων των τεχνικών μπορεί να επιλεγεί η αρμόζουσα αποκατάσταση κατά περίπτωση, που θα εξασφαλίζει την αποκατάσταση της λειτουργικότητας και την αύξηση της μακροβιότητας του δοντιού στο στοματικό περιβάλλον. Έτσι, παράγοντες που μπορεί να καθορίζουν την τελική επιλογή της τεχνικής και του υλικού της αποκατάστασης μπορεί να είναι το βάθος της κοιλότητας, το εύρος της κοιλότητας, η διαμόρφωση των τοιχωμάτων και η ζωτικότητα των δοντιών. Στην παρούσα εργασία θα παρουσιαστούν τα δεδομένα που αφορούν στη διαχείριση των οπισθίων δοντιών με εκτεταμένη απώλεια οδοντικών ουσιών, τόσο μέσω της ανασκόπησης των σύγχρονων βιβλιογραφικών δεδομένων, όσο και μέσω της συζήτησης κλινικών περιπτώσεων.

27

## ΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΚΑΝΕΛΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

ΜΠΟΥΡΑΖΑΝΗ Μ.\*, ΜΕΡΚΟΥΡΕΑ Σ., ΤΟΣΙΟΣ Κ.

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

Η στοματίτιδα εξ' επαφής από κανέλα αναγνωρίστηκε ως οντότητα πριν από 20 περίπου χρόνια, αν και η πρόκληση βλαβών στο βλεννογόνο του στόματος από σκευάσματα που περιέχουν κανέλα δεν είναι σπάνια. Το έλαιο της κανέλας χρησιμοποιείται ως άρτυμα σε διάφορα τρόφιμα, σε τσίχλες, σε αλκοολούχα ποτά, καθώς και σε οδοντόπαστες και στοματικά διαλύματα. Το φάσμα των κλινικών εκδηλώσεων είναι ευρύ και εξαρτάται από τη μορφή του χρησιμοποιούμενου σκευάσματος. Συνήθως ο ασθενής διαμαρτύρεται για πόνο και καύσο. Οι οδοντόπαστες που περιέχουν κανέλα επηρεάζουν συνήθως τα ούλα, τα οποία εμφανίζονται οιδηματώδη, διογκωμένα και εξέρυθρα. Ο βλεννογόνος του στόματος μπορεί να εμφανίζει διαβρώσεις. Η μάσηση τσίχλας με κανέλα προκαλεί συνήθως πιο εντοπισμένες βλάβες, με τη μορφή λευκών πλάκων και ελκώσεων στις παρειές και τα πλάγια χείλη της γλώσσας. Η ιστολογική εικόνα είναι μη ειδική. Η θεραπεία συνίσταται στην εξάλειψη του αιτιολογικού παράγοντα. Σκοπός της εργασίας

είναι η παρουσίαση των κλινικών χαρακτηριστικών τριών κλινικών περιπτώσεων στοματίτιδας από κανέλα. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν τρεις κλινικές περιπτώσεις στοματίτιδας από κανέλα σε δύο γυναίκες και έναν άνδρα, ηλικίας 66, 40, και 66 ετών αντίστοιχα. Και οι τρεις ανέφεραν συστηματική χρήση τσίχλας κανέλας. Οι ασθενείς εμφάνιζαν εξέρυθρες περιοχές με ακανόνιστες ψευδομεμβράνες στην παρειά, στη μαθητική υπερώα, στα παρίσθια και στη σταφυλή, αποφλοιώση χωρίς αιμορραγία και ράκη βλεννογόνου, κυρίως στα πλάγια χείλη της γλώσσας, που έδιναν την εικόνα τριχωτής λευκοπληκίας. Οι βλάβες υποχώρησαν με την άρση του αιτίου. Συμπερασματικά, η διάγνωση της στοματίτιδας εξ' επαφής από κανέλα βασίζεται στην κλινική εξέταση και τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού. Ο κλινικός οφείλει να γνωρίζει την κλινική της εικόνα και πρέπει να συμπεριλαμβάνει την οντότητα στην κλινική διαφορική διάγνωση βλαβών, όπως η τριχωτή λευκοπληκία, η λευκοπληκία και η καθ' έξιν δόξη της παρειάς.

28

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΗΡΩΝ ΣΤΟ ΣΥΝΩΣΤΙΣΜΟ ΤΩΝ ΤΟΜΕΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ.

ΒΟΥΓΙΟΥΚΛΑΚΗ Μ.\*, ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ Β.

Ο συνωστισμός των κάτω τομέων που εμφανίζεται ή επιδεινώνεται με την ολοκλήρωση της μόνιμης οδοντοστοιχίας, είναι ένα συχνότατο ορθοδοντικό πρόβλημα. Μία παλιά και διαδεδομένη άποψη υποστηρίζει ότι ο συνωστισμός των δοντιών αυτών όταν εμφανίζεται στη μετεφηβική ηλικία, προκαλείται από πίεση που ασκείται από την οπίσθια περιοχή του οδοντικού τόξου. Δεν είναι όμως σαφές, εάν η πίεση αυτή οφείλεται στην ανάπτυξη των σωφρονιστήρων στην περιοχή αυτή, στη φυσιολογική εγγύς μετακίνηση των δοντιών, ή στην εγγύς συνιστώσα των δυνάμεων της σύγκλησης. Αλλά και άλλη παράγοντες φαίνεται να εμπλέκονται με το συνωστισμό των κάτω τομέων. Τέτοιοι είναι η προηγούμενη ή όχι ορθοδοντική θεραπεία, το φύλο, η ηλικία, ο σκελετικός τύπος του προσώπου, η λειτουργία των μυών του κάτω χείλους, η κατακό-

ρυφη πρόταξη, η εγγύς - άπω διάσταση των δοντιών, η ύπαρξη τρίτων γομφίων στο κάτω τόξο και άλλη. Στη βιβλιογραφική αυτή ανασκόπηση επιχειρείται μία εκτενής μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας των τελευταίων χρόνων. Σκοπός είναι να αποσαφηνιστεί εάν και σε ποιο βαθμό οι κάτω τομείς εξαρτούν την αρμονική ή όχι διάταξή τους στο οδοντικό τόξο από την ύπαρξη τρίτων γομφίων σε αυτό. Το συμπέρασμα που προκύπτει δεν καθιστά σαφές ότι η ύπαρξη σωφρονιστήρων που έχουν ανατεθεί στο τόξο ή εγκλιείστων, προδιαθέτει σε μεγαλύτερο συνωστισμό των κάτω τομέων. Φαίνεται πως η αιτιολογία του φαινομένου αυτού είναι πολυπαραγοντική. Περαιτέρω έρευνα είναι αναγκαία για να υπάρξουν οριστικά και απολύτως τεκμηριωμένα συμπεράσματα.

29

## ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ.

ΜΕΓΑΣ Β.\*, ΡΙΖΟΥ Δ., ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ Μ., ΑΡΕΤΑΙΟΥ Π., ΖΩΤΑΛΗΣ Ν.

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

Η πρώτη αιτία καταγμάτων στην κάτω γνάθο είναι τα τροχαία ατυχήματα. Ακολουθούν τα κατάγματα από βιαιοπραγίες, πτώσεις και αθλητικές δραστηριότητες. Υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό καταγμάτων που προκαλούνται από διάφορες άλλες αιτίες, όπως όγκοι, κύστες, οστεονεκρώσεις από ακτινοθεραπείες και λήψη φαρμάκων. Τα κατάγματα αυτά δημιουργούνται αυτομάτως, με την ελάχιστη οστική φόρτιση, λόγω της μεγάλης οστεοπυσίας που προκαλούν οι ανωτέρω παθολογικές καταστάσεις και γι' αυτό ονομάζονται παθολογικά. Σκοπός της παρουσία-

σης αυτής είναι η αναφορά στην αντιμετώπιση παθολογικών καταγμάτων της κάτω γνάθου, τα οποία προκλήθηκαν από καλοήθειες και κακοήθειες εξεργασίες. Στα 11 έτη λειτουργίας της Μονάδας Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας, έχουν αντιμετωπιστεί πέντε περιπτώσεις, τέσσερις άνδρες και μία γυναίκα. Από τους ασθενείς αυτούς: δύο άνδρες έπασχαν από ακανθοκυτταρικό καρκίνο κάτω γνάθου, ένας άνδρας παρουσίαζε μεγάλη κύστη στην κάτω γνάθο, ένας άνδρας εμφάνιζε αδαμαντι-

νοβηδάστωμα στην κάτω γνάθο και η γυναίκα ελάμβανε διφωσφονικά φάρμακα. Στους τέσσερις από τους πέντε ασθενείς έγινε ανάταξη των καταγμάτων με σταθερή εσωτερική οστεοσύνθεση, ενώ ένας ασθενής με ακανθοκυτταρικό καρκίνο αντιμετωπίστηκε συντηρητικά, λόγω της κακής γενικής κατάστασης της υγείας του. Οι τέσσερις από τις πέντε περιπτώσεις που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά, παρακολουθούνται σε τακτική βάση και τα κατάγματα έχουν πορωθεί,

ενώ ένας ασθενής που έπασχε από ακανθοκυτταρικό καρκίνο κατέληξε από μεταστατική νόσο. Συμπερασματικά, τα παθολογικά κατάγματα αποτελούν ιδιαίτερη κατηγορία καταγμάτων, λόγω των μεγάλων οστικών ελλειμμάτων που παρουσιάζουν. Η αποκατάσταση των ελλειμμάτων αυτών είναι ιδιαίτερα δύσκολη και απαιτεί συμπληρωματικές επεμβάσεις για την επίτευξη ικανοποιητικού αποτελέσματος.

30

## ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗΣ. ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΕΧΕΙ Ο ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ.

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

Τα φάρμακα για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον για τον οδοντίατρο, γιατί ορισμένα από αυτά έχουν συσχετιστεί με την οστεονέκρωση των γνάθων. Τα περισσότερα από αυτά ανήκουν στην κατηγορία των από του στόματος χορηγούμενων διφωσφονικών. Εκτός από αυτά, υπάρχει και μία σειρά από άλλα, παρεντερικά χορηγούμενα φάρμακα, που οι ασθενείς μπορεί να αναφέρουν κατά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού και η δράση τους πιθανά να ενέχει κινδύνους για ορισμένες οδοντιατρικές θεραπείες. Τα σκευάσματα αυτά είναι:

- Τεριπαρατίδη (Forsteo, rhPTH (Recombinant Human Parathyroid Hormone 1-34) που χορηγείται υποδορίως.
- Παραθορμόνη, ανασυνδυασμένη ανθρώπινη [(rhPTH) preoctal], σε υποδόρια ένεση στην κοιλιά.
- Denosumab (Prolia 60mg). Πρόκειται για μία εντελώς νέα κατηγορία φαρμάκου κατά της οστεοπόρωσης, που δρα σε ένα διαφορετικό βιολογικό σύστημα.

- Ντενοσουμάμμη, η οποία είναι ένα ανθρώπινο μονοκλωνικό αντίσωμα με μεγάλη συγγένεια και ειδικότητα με τον υποδοχέα RANKL (receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand) που παράγεται με τροποποίηση του γενετικού κώδικα του κινέζικου hamster. Χορηγείται υποδορίως άπαξ κάθε 6 μήνες σε δόση 60mg, που είναι και η έτοιμη συσκευασία σε προγεμισμένη σύριγγα.
- Καλσιτονίνη σολομού, συνθετική (Calcitonin Salmon, Synthetic), με περισσότερα από 20 σκευάσματα παρεντερικής χορήγησης.
- Ζολενδρονικό οξύ (Zometa 4mg, Aclasta, Reclast 5mg), που είναι διφωσφονικά ενδοφλεβίως χορηγούμενα, μία φορά το χρόνο.

Από τα παραπάνω φάρμακα μεγάλη προσοχή από τον οδοντίατρο χρειάζεται σε ασθενείς που λαμβάνουν ή ελάμβαναν στο παρελθόν ζολενδρονικό οξύ ή ντενοσουμάμμη σαν αποκλειστική θεραπεία, ή σαν συνέχεια θεραπείας με διφωσφονικά από το στόμα, λόγω του αναφερόμενου στη βιβλιογραφία κινδύνου για οστεονέκρωση των γνάθων.

31

## ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ ΑΜΕΣΩΝ ΚΑΙ ΕΜΜΕΣΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΜΕ ΣΥΝΘΕΤΗ ΡΗΤΙΝΗ. ΤΕΧΝΙΚΕΣ, ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.

ΑΛΕΚΙΔΟΥ Ο.\*, ΓΚΑΒΕΛΑ Γ., ΚΡΑΝΙΑΣ Ν.

Η επιδιόρθωση ή η εξορθολογήσει αντικατάσταση μίας ελαττωματικής παλαιάς αποκατάστασης, αποτελεί ένα συχνό δίλημμα της καθημερινής κλινικής πράξης για το σύγχρονο οδοντίατρο. Με την εξέλιξη των υλικών των συγκολλητικών συστημάτων, καθώς και των τεχνικών συγκόλλησης, η επιδιόρθωση άμεσων είτε έμμεσων αποκαταστάσεων γίνεται ολοένα και πιο δυνατή. Επίσης, η φιλοσοφία της «ελάχιστης παρέμβασης» που υιοθετείται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια, η επιδιόρθωση, όπου είναι επιτρεπτό και κλινικά αποδεκτό, μίας αποκατάστασης είτε αυτή είναι άμεση είτε αυτή είναι έμμεση, προτιμάται από την εξορθολογήσει αντικατάστασή της, που θα οδηγούσε σε περαιτέρω αποκοπή υγιούς οδοντικού ιστού. Ωστόσο, αυτό δεν είναι εφικτό σε όλες τις αποκαταστά-

σεις. Έτσι, απαιτείται σωστή διάγνωση και επιλογή της περίπτωσης με αξιολόγηση δύο παραγόντων πριν ληφθεί η απόφαση για την επιδιόρθωση μίας αποκατάστασης: τον παράγοντα αποκατάσταση και τον παράγοντα ασθενή. Ένα επίσης σημαντικό στοιχείο που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την επιλογή της περίπτωσης είναι η δυνατότητα αναχαίτισης του αιτίου που οδήγησε εξαρχής στην ανάγκη για επιδιόρθωση ή αντικατάσταση της αποκατάστασης. Στην παρούσα εργασία θα αναλυθούν οι τεχνικές και τα υλικά της επιδιόρθωσης τόσο άμεσων όσο και έμμεσων αποκαταστάσεων, ενώ μέσα από κλινικές περιπτώσεις θα συζητηθούν τόσο οι περιορισμοί των τεχνικών αυτών, όσο και η αποτελεσματικότητά τους.

32

## ΟΣΤΕΟΠΟΙΟ ΙΝΩΜΑ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

ΡΙΖΟΥ Δ.\*, ΜΕΓΑΣ Β., ΜΟΥΝΤΡΙΧΑ Α., ΚΟΚΟΛΑΚΗΣ Ι., ΖΩΤΑΛΗΣ Ν.

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

Το οστεοποϊό ίνωμα αναπτύσσεται κυρίως σε υμενογενή οστά, όπως είναι η άνω και η κάτω γνάθος. Έχει παρατηρηθεί επίσης στην κνήμη και στις πλευρές. Ο όγκος περιγράφηκε για πρώτη φορά τον 19ο αιώνα (Menzel, 1872), ενώ η ονομασία του εδόθη το 1927 από τον Montgomery. Η εργασία αυτή αναφέρεται στη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση του οστεοποϊού ίνωματος στην άνω και την κάτω γνάθο. Την τελευταία τριετία, στη Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟΥ» Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας, αντι-

μετωπίστηκαν δύο περιπτώσεις με οστεοποϊό ίνωμα. Το ένα εντοπιζόταν στην οπίσθια περιοχή της κάτω γνάθου, σε άνδρα ηλικίας 42 ετών, και το άλλο στην κεντρική και οπίσθια περιοχή της άνω γνάθου, σε γυναίκα ηλικίας 75 ετών. Πραγματοποιήθηκε ριζική αφαίρεση των όγκων με μερική οστεκτομή των γνάθων και επανόρθωση των ελλειμμάτων με τοπικούς κρημνούς. Οι περιπτώσεις παρακολουθούνται τα τελευταία τρία έτη, κλινικά και ακτινογραφικά για εμφάνιση πιθανής υποτροπής, αλλιά και για να επιτραπεί στους ασθενείς η ασφαλή προσθετική αποκα-

τάστασή τους. Συμπερασματικά, η ριζική χειρουργική αφαίρεση των όγκων επί υγιών ορίων και η τακτική παρακολούθηση των ασθενών εί-

ναι απαραίτητη, λόγω της αυξημένης τάσης που εμφανίζουν για υποτροπή.

33

### **ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΠΟΛΦΟΥ. Η «ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΥΚΑΙΡΙΑ» ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΩΝ.**

**ΖΟΥΜΠΟΣ Δ.\*, ΓΕΩΡΓΑΔΑΚΗ Α.**

Εδώ και μισό περίπου αιώνα η επιστήμη μελετά την ικανότητα των αρχέγονων πολυδύναμων κυττάρων προς διαφοροποίηση σε κάθε μορφής κύτταρο. Αρχικά τα βλαστοκύτταρα παρατηρήθηκαν στο μυελό των οστών, ανοίγοντας το δρόμο για μεταμοσχεύσεις και τη θεραπεία πολλών ασθενειών. Την τελευταία εικοσαετία πολλές είναι οι εταιρίες που αναλαμβάνουν την απομόνωση και φύλαξη βλαστοκυττάρων για πιθανή μελλοντική χρήση. Προσφάτως έγινε γνωστή η ύπαρξη τέτοιων αρχέγονων κυττάρων στον πολφό τόσο των νεογιτών όσο και των μόνιμων δοντιών, αθλή και σε άηλους ιστούς. Έτσι δίνεται η δυνατότητα μίας δεύτερης ευκαιρίας, ακόμη και σε ενήλικα άτομα, να διαφυλάξουν τα δικά τους, απόλυτα συμβατά, βλαστοκύτταρα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση των δυνατοτήτων, αθλή και των προβληματισμών γύρω από

αυτές τις εντυπωσιακές αθλή και πολλή υποσχόμενες για το μέλλον τεχνικές. Επίσης, περιγράφονται οι απαιτούμενες ενέργειες που πρέπει να γνωρίζει ο γενικός οδοντίατρος για την απομόνωση βλαστοκυττάρων από τον πολφό του δοντιού, σε περίπτωση που του ζητηθεί να συμβάλει στη διαδικασία φύλαξης βλαστοκυττάρων προερχόμενων από τον οδοντικό πολφό. Η έρευνα γύρω από αυτά είναι συνεχής. Οι ελπίδες της ιατρικής επιστημονικής κοινότητας, αθλή και οι προσδοκίες της, είναι τεράστιες, δεδομένου του όγκου των σχετικών ερευνών με πολλές φορές εντυπωσιακά αποτελέσματα. Το σίγουρο είναι πως τα βλαστοκύτταρα ανοίγουν συνεχώς νέους δρόμους για τη θεραπεία πολλών αθεράπευτων μέχρι σήμερα ασθενειών. Το μέλλον θα δείξει κατά πόσον οι θεραπείες αυτές θα μπουνε δυναμικά στην καθημερινότητα της ιατρικής επιστήμης.

34

### **ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ.**

**ΚΑΒΑΔΕΛΛΑ Α.\*, ΤΣΙΧΛΑΚΗΣ Κ., ΚΟΣΙΩΝΗ Α., ΤΖΟΥΤΖΑΣ Ι., COWPE J., BULLOCK A.**  
*Από την Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ και το Cardiff University, Cardiff, U.K.*

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των οδοντιών στην Ευρώπη διαφέρει σημαντικά μεταξύ των διαφόρων χωρών, όσον αφορά στην υποχρεωτικότητα ή μη, τα θέματα επιμόρφωσης, τους πάροχους, τη μεθοδολογία, τη μοριοδότηση και την πιστοποίηση. Σκοπός αυτής της έρευ-

νας είναι να καταγραφεί η υπάρχουσα κατάσταση της συνεχιζόμενης οδοντιατρικής εκπαίδευσης σε ευρωπαϊκό επίπεδο, όσον αφορά σε διάφορες βασικές παραμέτρους της. Δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο απεστάλη μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σε ευρωπαϊκές ο-

δοντιατρικές σχολές, επαγγελματικές οργανώσεις κ.ά. Το ερωτηματολόγιο περιείχε ερωτήσεις σχετικές με τα συστήματα συνεχιζόμενης οδοντιατρικής εκπαίδευσης στις χώρες των συμμετεχόντων, τα θέματα, τους πάροχους, την πιστοποίηση, καθώς και προσωπικές ερωτήσεις στάσεων αναφορικά με τη δια βίου μάθηση. Οι απαντήσεις ήταν του τύπου ναι-όχι, της 5-βαθμης κλίμακας Likert και επιλογή από συγκεκριμένη λίστα. Συγκεντρώθηκαν 163 ερωτηματολόγια από 32 ευρωπαϊκές χώρες. Το 42% των χωρών απαιτούν από τους οδοντιάτρους να παρακολουθούν υποχρεωτικά ανά τακτά χρονικά διαστήματα συγκεκριμένα «βασικά θέματα επιμόρφωσης». Το 80% των ερωτηθέντων οδοντιάτρων θεωρούν ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση πρέπει να είναι υποχρεωτική, ενώ το 68% θεωρούν ότι πρέπει να είναι διαθέσιμη και σε ηλεκτρονική μορφή. Σχετικά με την εκπαιδευτική

μεθοδολογία, οι περισσότεροι ευρωπαίοι οδοντίατροι (88%) στις περισσότερες χώρες (93%) προτιμούν το συνδυασμό θεωρητικών σεμιναρίων με πρακτική εφαρμογή. Μόνο το 10% των οδοντιάτρων χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για την επιμόρφωσή τους, ενώ μόνο το 3% χρησιμοποιεί ηλεκτρονικά εκπαιδευτικά πακέτα. Η έρευνα ανέδειξε σημαντικές διαφορές στην εφαρμογή συνεχιζόμενης οδοντιατρικής εκπαίδευσης μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, αλλά και ομοιότητες στις στάσεις των οδοντιάτρων. Αν και αυτή θεωρείται ως υποχρεωτική σε λιγότερες από τις μισές χώρες, η πλειοψηφία των οδοντιάτρων θεωρεί ότι πρέπει να καθιερωθεί υποχρεωτική θεματολογία επιμόρφωσης. Η πλέον συνήθης μέθοδος επιμόρφωσης είναι ο συνδυασμός θεωρίας και πρακτικής άσκησης, ενώ η χρήση του διαδικτύου και ηλεκτρονικών μαθησιακών πηγών είναι περιορισμένη.

## 35

### ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ.

ΓΡΗΓΟΡΑΚΗΣ Γ.\*, ΠΑΡΟΥΤΟΓΛΟΥ Ε.

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι η βαθμιαία και πλήρως εξελισσόμενη βλάβη των λειτουργιών του νεφρού, ώστε να μην επιτυγχάνεται η διατήρηση των σωματικών υγρών σε φυσιολογικά επίπεδα. Τα συνηθέστερα αίτια είναι νοσήματα με ανοσολογικό υπόστρωμα, λοιμώξεις των νεφρών, αποφράξεις ουροφόρων οδών, συγγενείς ανωμαλίες, υπέρταση, μεταβολικά νοσήματα. Η νόσος, όπως και άλλες συστηματικές παθήσεις, εκδηλώνεται στη στοματική κοιλότητα με σημεία όπως, ωχρο χρώμα βλεννογόνων, ορθοδοντικές ανωμαλίες λόγω μη σωστής ανάπτυξης των γνάθων, ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα, μεταλλική γεύση, στοματίτιδα. Πριν την οδοντιατρική θεραπεία, οι ασθενείς πρέπει να έχουν

υποστεί πλήρη ιατρικό έλεγχο, συμπεριλαμβανομένου ελέγχου ηλεκτρολυτών, ουρίας, κρεατινίνης, ασβεστίου και φωσφόρου. Επίσης, είναι απαραίτητη η λεπτομερής καταγραφή όλων των λαμβανομένων φαρμάκων, καθώς και ο έλεγχος τόσο της αρτηριακής υπέρτασης όσο και του χρόνου ροής και χρόνου προθρομβίνης, σε περίπτωση μικρής χειρουργικής επέμβασης. Τέλος, η διατήρηση υγιούς στοματικής κοιλότητας μέσω ενός προληπτικού προγράμματος είναι πολύ σημαντική, ιδιαίτερα για ασθενείς που βρίσκονται κάτω από τη θεραπεία διάλυσης ή χρειάζονται μεταμόσχευση νεφρού, λόγω της ευπάθειας στις εστίες μόλυνσης, οι οποίες πρέπει να αποφεύγονται εντελώς και να προλαμβάνονται.



36

## ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ.

ΣΤΑΥΡΙΑΝΟΣ Χ., ΚΟΚΚΑΣ Α., ΖΕΜΠΙΛΑ Μ.\*, ΑΛΗΦΑΚΙΩΤΗ Ε., ΣΤΑΥΡΙΑΝΟΥ Ε.

*Από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.*

Τα τελευταία χρόνια αυξάνεται όλο και περισσότερο ο σκεπτικισμός αναφορικά με την αναγκαιότητα της χημειοπροφύλαξης έναντι της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας πριν από οδοντιατρικές επεμβάσεις. Σκοπός της εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση των οδηγιών που έχουν δημοσιευθεί από διάφορους διεθνείς και έγκυρους επιστημονικούς φορείς, γεγονός πολύ σημαντικό εάν αναλογισθεί κανείς πως στις περισσότερες από τις τρέχουσες οδηγίες υπάρχουν σημαντικές αλληλαγές σε σχέση με το παρελθόν. Παρατίθενται τρεις πίνακες. Ο πρώτος αφορά στα συγκριτικά στοιχεία ενδείξεων χημειοπροφύλαξης έναντι της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας σε οδοντιατρικές επεμβάσεις και οι επόμενοι δύο στα προτεινόμενα αντιμικροβιακά

σχήματα χημειοπροφύλαξης έναντι της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας σε οδοντιατρικές επεμβάσεις, σύμφωνα με τις οδηγίες από τους σχετικούς φορείς. Διαπιστώνεται, ότι οι περισσότερες αναθεωρημένες οδηγίες φαίνεται πως συγκλίνουν σε αρκετά σημεία, προτείνοντας χημειοπροφύλαξη πριν από τις οδοντιατρικές επεμβάσεις σε καταστάσεις που εμφανίζουν υψηλό ρίσκο εμφάνισης λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας, δίνοντας παράλληλα έμφαση στην τήρηση πολύ καλής στοματικής υγιεινής. Όμως, δεν θα πρέπει να διαφεύγει το γεγονός, ότι οι διάφορες οδηγίες που έχουν έως τώρα δημοσιευτεί αντιμετωπίζουν προβλήματα τεκμηρίωσης, καθώς στηρίζονται περισσότερο στις γνώμες των ειδικών και λιγότερο σε επαρκή ερευνητικά δεδομένα.

37

## ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΑΛΓΙΑΣ ΤΟΥ ΤΡΙΔΥΜΟΥ ΚΑΙ ΓΛΩΣΣΟΦΑΡΥΓΓΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.

ΚΑΒΟΥΡΑ Δ.Ν., ΚΑΤΟΥΦΑ Μ., ΚΩΤΣΙΟΠΟΥΛΟΥ Χ.\*, ΛΑΝΤΖΟΥΡΑΚΗ Κ., ΚΟΛΟΜΒΟΣ Ν., ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ Κ.

*Από την Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Διευθυντής: Ο Καθηγητής Κ. Αλεξανδρίδης.*

Ως *νευραλγία τριδύμου νεύρου* ορίζεται η μονόπλευρη νευρολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από έντονο περιοδικό πόνο που προσομοιάζει με την αίσθηση διαπέρασης ηλεκτρικού ρεύματος, ο οποίος έχει αιφνίδια έναρξη και αποδρομή και εντόπιση στις περιοχές κατανομής του τριδύμου νεύρου. Ως *νευραλγία γλωσσοφαρυγγικού νεύρου* ορίζεται μία ασυνήθης νευροπαθολογική οντότητα, που χαρακτηρίζεται από ετερόπλευρο και έντονο διαξιφιστικό πόνο, εντοπιζόμενο στο ους, στη βάση της γλώσσας, στον αμυγδαλικό βόθρο ή στην περιοχή κάτω-

θεν της γωνίας της κάτω γνάθου. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η ανασκόπηση ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, όσον αφορά στην κλινική εικόνα, τη διαγνωστική διερεύνηση και κυρίως στα νεότερα δεδομένα που πιθανόν χαρακτηρίζουν τη θεραπευτική αντιμετώπιση της νευραλγίας του τριδύμου και γλωσσοφαρυγγικού νεύρου. Η θεραπεία των δύο μελετούμενων τύπων νευραλγίας επιτυγχάνεται μέσω συντηρητικής φαρμακευτικής αντιμετώπισης, είτε με επεμβατικές και χειρουργικές μεθόδους. Η πρώτη περιλαμβάνει τη χορήγηση νευροτροποποιητι-

κών ουσιών, όπως η καρβαμαζεπίνη, η γαβαπεντίνη, η πρεγκαμπαλίνη, η φαινυντοΐνη και η βακλοφαΐνη, ενώ η χειρουργική θεραπεία καθύπτει ευρύ φάσμα τεχνικών. Ανάμεσά τους αναφέρονται η θερμοπηξία του μηνοειδούς γαγγλίου με χρήση ραδιοσυχνότητων, η διαδερμική συμπίεση με μπαλόνι (balloon compression), η διαδερμική έγχυση αλκοόλης ή γλυκερόλης, η ενδομυϊκή έγχυση ουσιών (λιδοκαΐνη, μεξιλιετίνη, φαινυντοΐνη), η μικροαγγειακή αποσυμπίεση του νεύρου, ο βελονισμός, η νευροτομή ή εκκρίζωση του υπεύθυνου νευρικού κλάδου και η ηλεκτρική νευροδιέγερση. Συμπερασματικά, τα τελευταία χρό-

νια έχει προστεθεί στη βιβλιογραφία μία ποικιλία νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων, που στοχεύουν στην ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα της νευραλγίας. Ωστόσο, παράγοντες που συνθέτουν το ιατρικό προφίλ του ασθενούς και τις ανατομικές και νευροπαθολογικές ιδιαιτερότητές του, όπως επίσης οι ειδικές δυνατότητες δράσης των διαφορετικών τρόπων αντιμετώπισης, θέτουν περιορισμούς στην εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων και απαιτούν περαιτέρω συλλογή στοιχείων μέσω διερεύνησης και παρακολούθησης μεγαλύτερου αριθμού κλινικών περιπτώσεων.

38

## ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.

ΓΡΙΔΟΥ Μ.\*, ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ Μ., ΒΛΑΧΑΚΗ Α., ΤΖΕΡΜΠΟΣ Φ., ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ Κ.

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η μελέτη της αποκατάστασης των παιδιατρικών ασθενών που πάσχουν από συγγενή ή επίκτητη, μερική ή ολική ανοδοοντία. Αν και η ανοδοοντία συνδέεται συνήθως με το γηράσκοντα ασθενή, εντούτοις, η ολική ή μερική απώλεια δοντιών έχει επιπτώσεις και στα νεαρά άτομα, και είναι κυρίως αποτέλεσμα τραύματος, απώλειας δοντιών λόγω τερηδόνας, απλίας της οδοντοφυΐας (νεογιλής ή και μόνιμης) λόγω γενετικών συνδρόμων όπως η εξωδερμική δυσπλασία, και, τέλος, λόγω εκτεταμένων ογκολογικών επεμβάσεων. Υπάρχουν περιορισμοί όσον αφορά στη θεραπεία με εμφυτεύματα σε άτομα που δεν έχουν ολοκληρώσει την κρανιοπροσωπική τους αύξηση, και ως εκ τούτου σε λίγα παιδιά μέχρι σήμερα έχει κατασκευαστεί επιεμφυτευματική αποκατάσταση. Συνεπώς, λίγα είναι γνωστά για την έκβαση της διαδικασίας οστεο-

ενσωμάτωσης στους νέους ασθενείς, και μέχρι τώρα αναφέρεται μόνο ένας περιορισμένος αριθμός περιπτώσεων. Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση σκοπό έχει να μελετήσει τη χρήση των οδοντικών εμφυτευμάτων στους αναπτυσσόμενους ασθενείς και την επιρροή της άνω και κάτω γναθιαίας σκελετικής και οδοντικής αύξησης στη σταθερότητα των εμφυτευμάτων αυτών. Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη βιβλιογραφία, τα εμφυτεύματα συστήνεται να τοποθετούνται μετά την ολοκλήρωση της σκελετικής αύξησης, εκτός από τις σοβαρές περιπτώσεις της εξωδερμικής δυσπλασίας. Πρόσφατες εργασίες προτείνουν, ότι αυτοί οι παιδιατρικοί ασθενείς μπορούν να ωφεληθούν εντυπωσιακά από μία επιεμφυτευματική αποκατάσταση, στοχεύοντας αφενός στη βελτίωση της μαστικής λειτουργίας και αφετέρου στη μείωση των πιθανών ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων στον ασθενή.

39

## ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

ΣΤΑΥΡΙΑΝΟΣ Χ.\*, ΑΛΗΦΑΚΙΩΤΗ Ε.\*, ΖΕΜΠΙΛΑ Μ., ΠΕΤΑΛΩΤΗΣ Ν.

*Από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.*

Παιδική κακοποίηση ορίζεται ο σκόπιμος τραυματισμός, η παραμέληση βασικών αναγκών ή η κακοποίηση του παιδιού από τον κηδεμόνα, πέρα από τα πρότυπα φροντίδας των παιδιών του εκάστοτε πολιτισμού. Η ενδοοικογενειακή βία και η παιδική κακοποίηση έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τον αυξημένο αριθμό καταγεγραμμένων περιστατικών. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει την έκταση του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης, να παρέχει τις απαιτούμενες γνώσεις στον οδοντίατρο για την ταχύτερη διάγνωση των περιπτώσεων και την άμεση ενημέρωση των αρμόδιων φορέων. Περιγράφονται δύο περιπτώσεις σωματικά κακοποιημένων παιδιών, ηλικίας 2,5 και 11 ετών. Επίσης,

αναλύονται η διαδικασία καταγγελίας περιστατικού κακομεταχείρισης ανήλικου στην Ελλάδα, καθώς και στατιστικά δεδομένα των τελευταίων ετών σχετικά με την παιδική κακοποίηση. Οι οδοντίατροι και κυρίως οι παιδοδοντίατροι θα πρέπει να αναγνωρίζουν ύποπτα σημάδια τραυματισμού στο κεφάλι, το πρόσωπο, το στόμα και το λαιμό του παιδιού και να είναι εξοικειωμένοι με τη διαδικασία αναφοράς περιστατικού στους αρμόδιους φορείς. Συμπερασματικά, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αντιληφθεί ο οδοντίατρος ότι κατέχει σημαντικό ρόλο στη διάγνωση της κακοποίησης ανήλικου και είναι σε θέση να σταματήσει τον πόνο, την ταλαιπωρία και συχνά το θάνατο των ανυπεράσπιστων παιδιών.

40

## ΟΔΟΝΤΩΜΑΤΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ, ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ. ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 110 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

ΜΠΟΥΡΑΖΑΝΗ Μ.\*, ΣΦΑΚΙΑΝΟΥ Α., ΚΑΡΑΘΑΝΑΣΗ Β., ΧΡΥΣΟΜΑΛΗ Ε., ΤΟΣΙΟΣ Κ.

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

Τα οδοντώματα αποτελούν συχνούς οδοντογενείς όγκους, δηλαδή όγκους που προέρχονται από τους ιστούς που συμμετέχουν στην οδοντογένεση. Χαρακτηρίζονται από την παρουσία οδοντικών ιστών, μαθηθικών (πολήφός, οδοντογενές επιθήλιο) και σκληρών (αδαμαντίνη, οδοντίνη, οστεΐνη), σε διαφορετικές σχέσεις και αναλογίες μεταξύ τους. Ανάλογα με την ιστολογική και μορφολογική διαφοροποίηση των ιστών από τους οποίους αποτελούνται, διακρίνονται σε σύμπλεκτο και σύνθετο οδοντώμα. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση των κλινικών χαρακτηριστικών 110 οδοντωμά-

των και η σύγκριση των επιμέρους χαρακτηριστικών των βλαβών μεταξύ παιδιών, εφήβων και ενηλίκων. Το υλικό της παρούσας αναδρομικής μελέτης απετέλεσαν 110 περιπτώσεις οδοντωμάτων που αφαιρέθηκαν χειρουργικά και η διάγνωση επιβεβαιώθηκε ιστοπαθολογικά. Τα κλινικά στοιχεία αντιλήθηκαν από τα παραπεμπτικά ιστολογικής εξέτασης και αφορούσαν στο φύλο και την ηλικία των ασθενών, την εντόπιση της βλάβης, και τη συσχέτιση με έγκλειστο δόντι. Το υλικό χωρίστηκε με βάση την ηλικία των ασθενών στην ομάδα που αφορούσε σε παιδιά και εφήβους ( $\leq 18$  ετών,  $n=51$ ) και στην ομάδα που

αφορούσε σε ενήλικες (>18 ετών, n=59). Στην ομάδα των παιδιών και εφήβων τα σύνθετα και τα σύμπλεκτα οδοντώματα ήταν εξίσου συχνά, αλλά στην ομάδα των ενηλίκων τα σύμπλεκτα οδοντώματα ήταν τέσσερις φορές συχνότερα από τα σύνθετα οδοντώματα. Τα οδοντώματα εμφανίζονταν συχνότερα στη δεύτερη δεκαετία

της ζωής και προσέβαλλαν εξίσου παιδιά-εφήβους και ενήλικες. Δεν υπήρχε σημαντική προτίμηση φύλου. Και οι δύο γνάθοι προσβάλλονταν εξίσου συχνά, με συχνότερη εντόπιση την περιοχή των τομέων της άνω γνάθου για τα παιδιά-εφήβους και την περιοχή των γομφίων της κάτω γνάθου για τους ενήλικες.

## 41

### ΔΥΣΧΡΩΜΙΕΣ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.

ΠΑΠΑΔΑΚΗ Σ.\*, ΜΠΟΥΤΣΙΟΥΚΗ Χ., ΤΟΛΙΔΗΣ Κ., ΓΕΡΑΣΙΜΟΥ Π.

Η αισθητική των δοντιών και οι θεραπείες που στοχεύουν στη βελτιστοποίηση της εμφάνισης του χαμόγελου, αποκτούν ολοένα και μεγαλύτερη σημασία και έτσι οι ασθενείς αναζητούν συντηρητικούς ή και πιο επεμβατικούς τρόπους για την επίτευξη του ιδανικού. Οι δυσχρωμίες των δοντιών αφορούν σε αλλοίωση του χρώματος σε ένα ή περισσότερα δόντια, ενώ τα αίτια αυτής της κατάστασης ποικίλουν. Οι χρωστικές ουσίες μπορεί να είναι ενδογενείς, εξωγενείς ή συνδυασμός των δύο, με ένα μηχανισμό ενσωμάτωσης των εξωγενών χρωστικών μετά τη φάση διάπλησης του δοντιού, προκειμένου εισχωρήσουν μέσα στην πορώδη συνήθως δομή του. Ανάλογη με το αίτιο είναι τόσο η κλινική εικόνα,

όσο και η αντιμετώπιση της κάθε περίπτωσης. Παρατηρείται ποικιλία στο χρώμα, στη διαφάνεια, στην εντόπιση, στο σχήμα και στα όρια των δυσχρωμιών και στη συμμετρία. Όσον αφορά στην αντιμετώπιση, οι θεραπευτικές επιλογές ξεκινούν από θεραπεία με αεραποτριβή, ηλεύκανση, μέχρι και αποκαταστάσεις ολικής κάλυψης. Η γνώση της ακριβούς αιτιολογίας κατά περίπτωση είναι πολύ σημαντική για τη σωστή διάγνωση που θα οδηγήσει στη σωστή θεραπεία με εμφανή και μακροχρόνια αποτελέσματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα, η αιτιολογία των δυσχρωμιών στα δόντια μπορεί να επηρεάσει τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές του οδοντιάτρου.

## 42

### Ο ΕΚΛΕΚΤΙΚΟΣ ΤΡΟΧΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ.

ΚΑΤΣΟΥΠΑΣ Α., ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Ε.\*, ΣΕΓΓΗΣ Κ.

Ο εκλεκτικός τροχισμός είναι η μέθοδος με την οποία δίνεται η δυνατότητα να μεταβληθεί άμεσα το συγκλησιακό σχήμα και να αποκατασταθεί έτσι η δομική και λειτουργική ισορροπία του γναθικού τρίποδα. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση της τεχνικής της εξισορρόπησης της σύγκλησης δια του εκλεκτικού τροχισμού, τόσο σε φυσικούς φραγμούς όσο και

σε προσθετικές αποκαταστάσεις, ώστε να γίνει κατανοητή η εφαρμογή της στην καθημερινή κλινική πράξη. Ο εκλεκτικός τροχισμός δεν εφαρμόζεται σε όλες τις περιπτώσεις συγκλησιακής δυσαρμονίας. Το εάν είναι δυνατή η εφαρμογή του ή όχι, θα αξιολογηθεί από τη λειτουργική ανάληψη της σύγκλησης στον αρθρωτήρα. Θα παρουσιαστούν τα τέσσερα κλινικά στάδια

που πρέπει να ακολουθεί ο οδοντίατρος, ώστε να επιτευχθεί σύμπτωση κεντρικής σχέσης και μέγιστης συναρμογής στη σωστή κατακόρυφη διάσταση και άνετος πρόσθιος οδηγός που οδηγεί σε αποσύγκληση τα οπίσθια δόντια κατά την προοδήσθηση και πηαγιοδήσθηση. Σε κλινικό επίπεδο είναι αναγκαίο ο οδοντίατρος να εφαρμό-

ζει τους κανόνες της εξισορρόπησης της σύγκλησης, είτε σε φυσικούς φραγμούς είτε σε άπληες εμφράξεις ή προσθετικές αποκαταστάσεις, ώστε να εξασφαλίζεται, τόσο η άνεση στον ασθενή όσο και η μακροβιότητα των αποκαταστάσεων.

## 43

### Η ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ.

ΝΙΚΟΛΑΟΥ Κ.

Η απεικόνιση της κρανιοπροσωπικής περιοχής είναι ένα σημαντικό κομμάτι της σύγχρονης ορθοδοντικής. Ο χρυσός κανόνας για τη δημιουργία του αρχείου του ασθενούς είναι η προσπάθεια αναπαραγωγής ενός ακριβούς αντιγράφου της ανατομικής αλήθειας για τον κάθε ασθενή. Ο ορθοδοντικός μέχρι σήμερα χρησιμοποιεί τα εκμαγεία γύψου, τις πανοραμικές ακτινογραφίες, την κρανιομετρική ακτινογραφία, ακτινογραφίες περιακροριζικές και δήξεως και φωτογραφίες (ενδοστοματικές, ανφάς και προφίλ). Σπανιότερα ο ορθοδοντικός θα ζητήσει αξονική και μαγνητική τομογραφία. Όλες αυτές οι απεικονίσεις είναι στατικές και δισδιάστατες απεικονίσεις ενός χώρου, του συνοηικού χώρου

ενδιαφέροντος του ιατρού, τις οποίες και καλείται να ενώσει νοητικά σε μία προσπάθεια να ανακατασκευάσει την ανατομική αλήθεια. Σκοπός της παρούσης εργασίας, είναι η αναφορά των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων υπολογιστικής τομογραφίας που έχει πλέον στα χέρια του ο ορθοδοντικός, καθώς επίσης και των ενδείξεων χρήσης των μεθόδων αυτών, λαμβάνοντας υπ' όψιν τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά τους. Η επιλογή της κατάλληλης απεικονιστικής τεχνικής ποικίλει ανάλογα με την κλινική περίπτωση. Η σχέση κόστους ωφέλειας αηλιά και δόσης ακτινοβολίας και ωφέλειας για τον ασθενή, πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν πριν επιλεγεί η μέθοδος απεικόνισης που θα χρησιμοποιηθεί.

## 44

### ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ. Η ΝΕΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ.

ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ Β.\*, ΚΟΝΤΟΠΟΥΛΟΥ Α., ΒΟΥΓΙΟΥΚΛΑΚΗ Μ.

Η χρησιμοποίηση γλωσσικών μηχανισμών δεν είναι κάτι καινούριο στην ορθοδοντική θεραπεία. Από τις αρχές της δεκαετίας του 70 συναντώνται στη βιβλιογραφία άρθρα που περιγράφουν τα πρώτα δειλά βήματα της γλωσσικής ορθοδοντικής. Τα τελευταία χρόνια η γλωσσική τεχνική έχει γνωρίσει μία καινούρια άνθιση, η οποία οφείλεται σε δύο κυρίως λόγους. Ο πρώ-

τος έχει να κάνει με τη δημιουργία νέων περισσότερο βελτιωμένων αγκυλιών και τεχνικών και ο δεύτερος με την αύξηση των ενηλικών που αναζητούν στην ορθοδοντική ένα ωραιότερο χαμόγελο. Από τους ενήλικες αυτούς, ένα ποσοστό δεν είναι διατεθειμένο να υποστεί τη βόσασνο της ορατής ορθοδοντικής και αναζητεί βοήθεια στη γλωσσική τεχνική. Στην παρουσίαση

αυτή γίνεται αρχικά μία αναδρομή στην ιστορία της γλωσσικής ορθοδοντικής και στη συνέχεια αναλύονται διεξοδικά τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που τη χαρακτηρίζουν. Στα πλεονεκτήματα αναφέρονται η προστασία της αδαμαντίνης, η άμεση παρατήρηση των οδοντικών μετακινήσεων από τον ασθενή και το μηχανικό πλεονέκτημα της γλωσσικής τεχνικής σε ορισμένα είδη οδοντικής μετακίνησης, όπως η εμπύθιση και η διεύρυνση. Στα μειονεκτήματα σημειώνονται η ενόχληση στη γλώσσα και η συνεπακόλουθη δυσκολία στην ομιλία, ο αυξημένος

χρόνος που πρέπει να μείνει ο ασθενής στην οδοντιατρική έδρα σε κάθε ραντεβού, η μεγάλη ακρίβεια που απαιτείται στο εργαστήριο και το αυξημένο κόστος. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στο υψηλό επίπεδο στοματικής υγιεινής που είναι απαραίτητο κατά τη διάρκεια και της γλωσσικής ορθοδοντικής θεραπείας, ενώ περιγράφονται τα βοηθητικά είδη που καθιστούν εφικτό το στόχο αυτό. Η παρουσίαση ολοκληρώνεται με την ανάλυση περιπτώσεων που θεραπεύτηκαν ορθοδοντικά με γλωσσικούς μηχανισμούς διάφορων τεχνικών.

45

## ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΜΙΚΡΟΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ. ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗ.

ΓΑΛΑΝΗΣ Β.

Μία παράμετρος της ορθοδοντικής θεραπείας που συχνά απασχολεί τον κλινικό ορθοδοντικό, είναι η «απώλεια στήριξης». Η εμφάνιση του φαινομένου της απώλειας στήριξης έχει να κάνει με τις αντίρροπες δυνάμεις, των οποίων η εμφάνιση νομοτελειακά (βάσει του τρίτου αξιωματού του Νεύτωνα) ακολουθεί την οποιαδήποτε εφαρμογή δύναμης, στη συγκεκριμένη περίπτωση ορθοδοντικής δύναμης. Η επιτυχία της ορθοδοντικής θεραπείας εξαρτάται, σε σημαντικό βαθμό από τη δυνατότητα ελέγχου των εν λόγω αντίρροπων δυνάμεων, ώστε κατά το δυνατόν να αποφευχθεί στη διάρκεια της θεραπείας μία απώλεια στήριξης, που σαν αποτέλεσμα θα είχε τη μετακίνηση των δοντιών προς ανεπι-

θύμητη κατεύθυνση. Η χρήση σκελετικής στήριξης και πιο συγκεκριμένα των ορθοδοντικών μικροεμφυτευμάτων είναι το πλέον σύγχρονο «όπλο» στη φαρέτρα του ορθοδοντικού, για μία θεραπεία απαλλαγμένη από φαινόμενα απώλειας στήριξης και ανεπιθύμητων οδοντικών μετακινήσεων και ως εκ τούτου και αποτελεσματικότερης καθώς και μικρότερης χρονικής διάρκειας. Στα πλαίσια της συγκεκριμένης εργασίας θα παρουσιαστούν τα πολλαπλά πλεονεκτήματα χρήσης ορθοδοντικών μικροεμφυτευμάτων, αλλά και οι επιπλοκές τους τόσο θεωρητικά, όσο και πρακτικά, μέσω της παρουσίασης κλινικών περιπτώσεων.



## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

<b>A</b>		<b>Θ</b>		<b>N</b>	
Αηεκίδου Ο.	26, 31	Θεολόγη-Λυγιδάκη Ν.	11, 14	Νικητάκης Ν.	25
Αηεξανδρίδης Κ.	3, 10, 11, 14, 19, 21, 22, 23, 24, 37, 38	<b>K</b>		Νικολάου Κ.	43
Αηηφακιώτη Ε.	36, 39	Καβαδέηλα Α.	34	<b>O</b>	
Αντωνιάδης Δ.	4	Κάβουρα Δ.Ν.	37	Οικονόμου Μ.	23
Αποστολίδης Θ.	20	Κακοπούλου Φ.	21	<b>Π</b>	
Αρεταίου Π.	12, 29	Καλαμάτας Β.	28, 44	Παγόπουλος Π.	16
<b>B</b>		Καπρουλά Μ.	11	Παπαδάκη Σ.	41
Βαγδούτη Γ.	22	Καραθανάση Β.	40	Παπαηού Ι.	24
Βασίλας Α.	8, 9	Κάρεηλα Ε.	14	Παπανικολάου Π.	6, 15, 17
Βηαστός Κ.	6, 15, 17	Κατούφα Μ.	37	Παπουτσή Α.	4
Βηααάκη Α.	38	Κατούκη Π.	24	Παρούτογλου Ε.	35
Βογιατζής Ν.	14	Κατσουβέηης Η.	19	Πασσά Α.	4
Βουγιουκλήκη Μ.	28, 44	Κατούπας Α.	18, 42	Πεταλωτής Ν.	39
Bullock Α.	34	Κόκκας Α.	36	<b>P</b>	
<b>Γ</b>		Κοκοηάκης Ι.	12, 32	Ρίζου Δ.	29, 32
Γαηάνης Β.	45	Κοηοκοτρώνης Α.	4	<b>Σ</b>	
Γαρμηή Σ.	14	Κοηόμβος Ν.	3, 10, 37	Σακεηηαρίου Ε.	18, 42
Γερασίμου Π.	41	Κονταξή Σ.	11	Σέγγης Κ.	18, 42
Γεωργαδάκη Α.	33	Κοντογιάννης Τ.	21	Σουηίου Χ.	22
Γιατζής Σ.	13	Κοντοπούλου Α.	44	Σταυριανός Χ.	36, 39
Γκαβέηα Γ.	26, 31	Κόπποηητ Π.	19	Σταυριανού Ε.	36
Γρηγοράκης Γ.	35	Κοσιώνη Α.	34	Στυηιανού Μ.	29
Γρίδου Μ.	38	Сowpe J.	34	Σφακιανού Α.	40
<b>Δ</b>		Κραηιάς Δ.	30	<b>T</b>	
Δασκαηά Ι.	5	Κραηιάς Ν.	26, 31	Ταμπούρης Α.	9
Δημοπούηου Μ.	38	Κωνσταντιηίδης Μ.	24	Τεσσερομμάτη Χ.	5
Διαμαντή Κ.	1	Κωτσιοπούηου Χ.	37	Τζέρμπος Φ.	19, 21, 22, 23, 24, 38
Δοντά Α.	25	<b>Λ</b>		Τζούτζας Ι.	34
<b>E</b>		Λαντζουράκη Κ.	37	Τοηίδης Κ.	41
Επιβατιανός Α.	4	Λιάτσοικας Θ.	2	Τόσιος Κ.	7, 27, 40
<b>Z</b>		Λυκουρέσης Δ.	25	Τσέκερη Ε.	8, 9
Ζαπηή Α.	22	<b>M</b>		Τοιηηάκης Κ.	34
Ζεμπιηά Μ.	36, 39	Μάκος Χ.	20	<b>Φ</b>	
Ζούμπος Δ.	2, 33	Μακρυγιαννάκη Ε.	23	Φραγκίσκος Δ.	15, 17
Ζώταηης Ν.	12, 29, 32	Μαηισιοβάς Ν.	4	Φραγκίσκος Φ.	6, 15, 17
		Μανηής Τ.	20	Φωκά Π.	23
		Μαραγκουδάκη Α.	24	<b>Χ</b>	
		Μαργιοθακιώτη Α.	16	Χατζηγιάννη Ε.	5
		Μέγας Β.	12, 29, 39	Χρυσομάηη Ε.	40
		Μεηακόπουηος Ι.	13, 30		
		Μεηέα Π.	30		
		Μερκουρέα Σ.	7, 27		
		Μούνητριηα Α.	12, 32		
		Μπουραζάηη Μ.	3, 7, 10, 27, 40		
		Μπουτσιοούκη Χ.	41		