



# Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

Hellenic Hospital Dentistry  
Hellenic Society for Hospital Dentistry

Volume III • 2010

ISSN 1791-9130

Ετήσια Έκδοση της  
Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής  
ISSN 1791-9130

## Θέματα

Σημείωμα Διευθυντή Σύntαξης

Αντιμικροβιακή Χημειοπροφύλαξη στην Οδοντιατρική  
για την πρόληψη της Λοιμώδους Ενδοκαρδίτιδας

Συχειλίτιδα σε ηλικιωμένους ασθενείς με κινητές προσθετικές εργασίες

Συγκοπτικό επεισόδιο: Η συχνότερη επείγουσα κατάσταση  
κατά την άσκηση της Οδοντιατρικής

Η σημασία της πολυσταδιακής προσθετικής αποκατάστασης  
σε ασθενή με καρκίνο κεφαλής-τραχήλου

Πολυεπίπεδη στοματική αποκατάσταση ενήλικα ασθενή  
με εξωδερμική δυσπλασία

Αντιμετώπιση περιεμφυτευματίτιδας με συνδυασμό χειρουργικής  
και φωτοδυναμικής θεραπείας

4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής,  
30/9-2/10 2011, Αθήνα - Πρακτικά

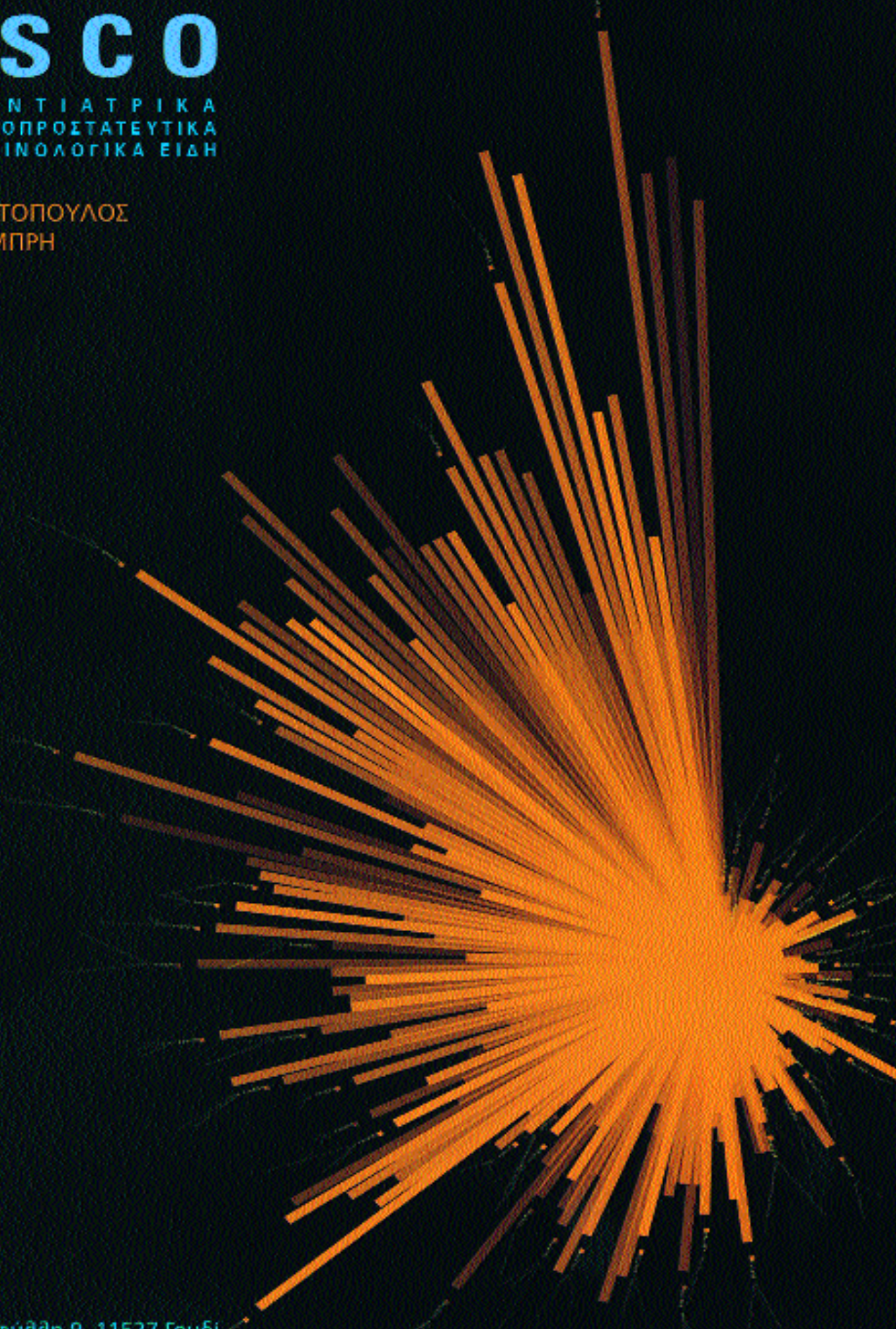
- Μήνυμα της Οργανωτικής Επιτροπής και Πρόγραμμα
- Βιογραφικό και εναρκτήρια ομιλία του Dr Julien Grivel
- Περιλήψεις Στρογγυλών Τραπεζιών, εισηγήσεων  
και ελεύθερων ανακοινώσεων
- Ευρετήριο ομιλητών και συγγραφέων



# ESCO

Ο Δ Ο Ν Τ Ι Α Τ Ρ Ι Κ Α  
Α Κ Τ Ι Ν Ο Π Ρ Ο Σ Τ Α Τ Ε Υ Τ Ι Κ Α  
& Α Κ Τ Ι Ν Ο Λ Ο Γ Ι Κ Α Ε Ι Δ Η

Γ. ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ  
Β. ΤΣΙΜΠΡΗ



Καρυοφύλλιη 9, 11527 Γουδί  
Τ\_ 210 5225990-1, 210 5225353  
Fax\_ 210 7792785  
E-mail\_ [esco@otenet.gr](mailto:esco@otenet.gr)  
[www.esco.gr](http://www.esco.gr)



# Ολοκληρωμένα Συστήματα Ενδοδοντίας



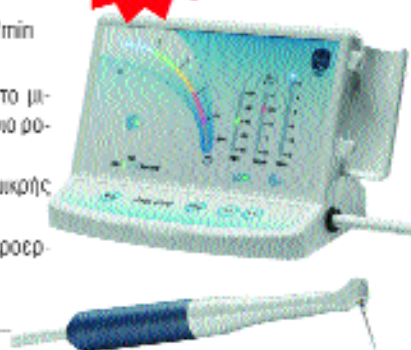
## ENDY 6200

2.190,00€

Εντοπιστής ακρορριζίου με ενσωματωμένο μικρομότορ για μηχανική διεύρυνση ριζικών σωλήνων

- Με 12 ανασπρωγματοζόμενες μνήμες και πιο γρήγορη φόρτιση μπαταριών
- Ρύθμιση ταχύτητας: 100 - 500 rpm/min
- Ρύθμιση ροπής: 0,5 - 4 N/cm
- Αυτόματη αναστροφή κίνησης όταν το μικροεργαλείο φτάσει στο επιθυμητό όριο ροπής ή στο ακρορρίζιο
- Διατίθεται με γωνιακή χειρολαβή μικρής κεφαλής
- Κατάλληλο για όλα τα συστήματα μικροεργαλείων Ni Ti

NEO



## ENDY 6000

1.940,00€

Εντοπιστής ακρορριζίου με ενσωματωμένο μικρομότορ για μηχανική διεύρυνση ριζικών σωλήνων

- Ρύθμιση ταχύτητας: 100 - 500 rpm/min
- Ρύθμιση ροπής: 1 - 4 N/cm
- Αυτόματη αναστροφή κίνησης όταν το μικροεργαλείο φτάσει στο επιθυμητό όριο ροπής ή στο ακρορρίζιο
- Διατίθεται με γωνιακή χειρολαβή μικρής κεφαλής
- Κατάλληλο για όλα τα συστήματα μικροεργαλείων Ni Ti

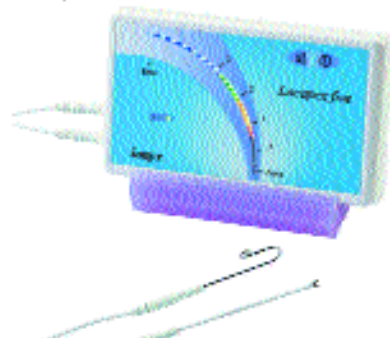


## LOCAPEX 5

450,00€

Εντοπιστής ακρορριζίου 5<sup>ης</sup> γενιάς

- Ευκολος στη χρήση
- Ακριβής
- Με λειτουργία σε στεγνό ή υγρό περιβάλλον
- Ηχητική και φωτεινή ένδειξη κατά την προσέγγιση στο ακρορρίζιο



## ENDY NT

750,00€

Μικρομότορ για μηχανική διεύρυνση ριζικών σωλήνων

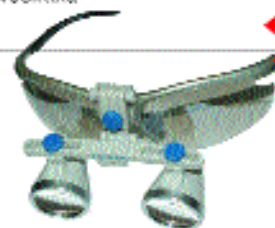
- Ρύθμιση ταχύτητας: 100 - 500 rpm/min
- Ρύθμιση ροπής: 0,5 - 4 N/cm
- Αυτόματη αναστροφή κίνησης όταν το μικροεργαλείο φτάσει στο επιθυμητό όριο ροπής ή στο ακρορρίζιο
- Διατίθεται με γωνιακή χειρολαβή μικρής κεφαλής
- Κατάλληλο για όλα τα συστήματα μικροεργαλείων Ni Ti



## ΜΕΓΕΘΥΤΙΚΑ ΓΥΑΛΙΑ

300,00€

- 3 μεγεθύνσεις: 2.5x, 3.0x, 3.5x
- 4 αποστάσεις εστίασης: 340mm / 420mm / 460mm / 500mm
- Ανάρτηση flip up
- Υψηλότερα επίπεδα οπτικής ποιότητας και ανάλυσης
- Ελεύθερη ρύθμιση εστίασης στο πεδίο εργασίας
- Πλήρως ρυθμιζόμενα και εξοικονομημένα, ελαφρά και εξαιρετικά ανθεκτικά



ειδική ΤΙΜΗ!

ΜΕ 1 ΧΡΟΝΟ ΕΓΓΥΗΣΗ & ΑΜΕΣΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ



Χ. ΚΟΥΤΡΑΚΟΣ • Α. ΠΡΟΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ • ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΙ • ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ • SERVICE

Κυρίλλου Λουκάρεως 67, 114 75 Αθήνα

τηλ.: 210 64.36.510 • fax: 210 64.36.508

e-mail: [info@globaldental.gr](mailto:info@globaldental.gr) • [www.globaldental.gr](http://www.globaldental.gr)

**Colgate**

# Duraphat<sup>®</sup> 50 mg/ml

Οδοντικό Εναιώρημα Sodium Fluoride  
22,600 ppm φθορίου

- Για την πρόληψη της τερηδόνας
- Για την απευαισθητοποίηση των υπερευαίσθητων δοντιών
- Για εύκολη και γρήγορη εφαρμογή



11.11.2016-01-01

ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΥΝΙΣΤΟΥΝ:  
ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ - ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙΤΕ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ Ή ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ ΣΑΣ

# ΡΑΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

## Surgitron Dual RF 4.0MHz

Υψηλή Συχνότητα / Χαμηλή Θερμοκρασία

### Άριστη Εφαρμογή

- Οδοντολογική
- Πλαστική Χειρουργική
- Δερματολογία
- Γναθοχειρουργική
- Οδοντιατρική
- Γενική Χειρουργική

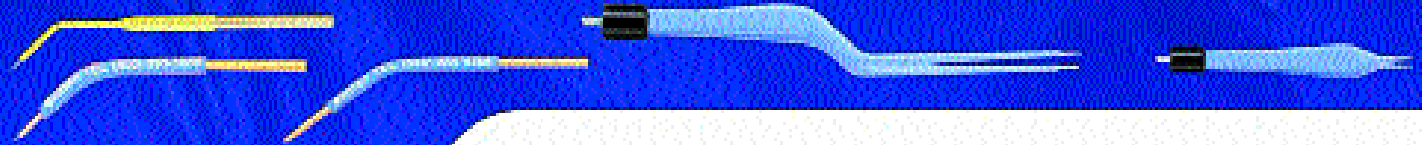
### ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Λιγότερος μετεγχειρητικός πόνος & οίδημα
- ✓ Λήψη άριστης ποιότητας δείγματος βιοψίας
- ✓ Επιτρέπει ελεγχόμενη αιμόσταση και σε επιθυμητό βαθμό
- ✓ Επιτρέπει παρασκευά μαλακών ιστών, μια διαδικασία μοναδική στη Ραδιοχειρουργική
- ✓ Γρηγορότερη επώδυση
- ✓ Άριστο αισθητικό αποτέλεσμα



**ellman**  
Since 1931, commitment to excellence

- Η Ραδιοχειρουργική είναι μια μέθοδος τομής και αιμόστασης μαλακών ιστών που επιτυγχάνεται με την υψηλή συχνότητα ραδιοκυμάτων που διαπερνούν τον ιστό των κυττάρων.
- Το ραδιοκύμα μεταφέρεται από ενεργό ηλεκτρόδιο, προκαλεί την εξάνωση του κυταροπλάσματος με συνέπεια την τομή ή την αιμόσταση (ανάλογα με την κυματομορφή).
- Έχει επιστημονικά διαπιστωθεί ότι ιδανικές συχνότητες για εφαρμογή ως χειρουργική πηγή ενέργειας είναι στα 4.0MHz.



### Η εναλλακτική λύση στην Ηλεκτροχειρουργική και στα Laser

- Περισσότερη ασφάλεια
- Χειρουργική ακρίβεια
- Λιγότερη ιστική βλάβη
- Πολλαπλή εφαρμογή



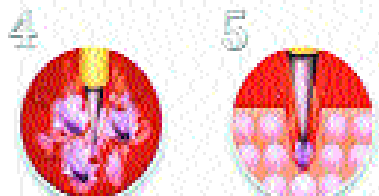
### Κυτταρική απορρόφηση των Ραδιοκυμάτων



1 Η ενέργεια υψηλής συχνότητας, ραδιοκυμάτων, δίνει ισχυρή ανάστρο με το νερό.

2 Ο σταθευμένος ιστός/κλίμακα απορροφεί εύκολα την ενέργεια λόγω της υψηλής περιεκτικότητας σε νερό.

3 Η υπερευαίσθητη είναι εκτεταμένη καθώς οι μόρια του κυταροπλάσματος διασπάζονται.



4 Αποτέλεσμα η εξάνωση και μετέπειτα του κυταροπλάσματος σε σπυρί. Η διαδικασία αναδίδει χαμηλή θερμοκρασία, στην οποία βλάβει στην κλίμα.

5 Η συγκεντρωμένη κυτταρική ελάσσονα δίνει σπυρί στην κλίμα και την διαίρεση του ιστού.

### Πλεονεκτήματα Ραδιοκυμάτων RF

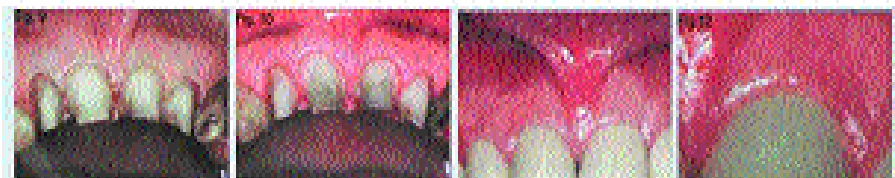
- ▶ Ιδανική τομή και αιμόσταση.
- ▶ Μικρότερη δυνατή αύξηση της θερμότητας κατά την τομή.
- ▶ Ελάχιστη ιστική βλάβη.
- ▶ Λήψη άριστης ποιότητας δείγματος για ιστολογικό έλεγχο.
- ▶ Μειωμένος χρόνος χειρουργείου.
- ▶ Μικρότερος μετεγχειρητικός πόνος και οίδημα.
- ▶ Καλύτερη και γρηγορότερη επώδυση συγκριτικά με το νυστέρι, την διαθερμία και το Laser.
- ▶ Άριστο αισθητικό αποτέλεσμα.

### ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΕ:

- ▶ Γναθοχειρουργική
- ▶ Περιοδοντολογία
- ▶ Εμφυτευματολογία
- ▶ Στοματολογία

### Σε Επεμβάσεις όπως:

- ▶ Χειρουργική Εξαγωγή Δοντιού
- ▶ Εκτιμήρηση & Μαρσιποποίησης κύστης
- ▶ Φατσιοπλαστική
- ▶ Εκτομή όγκων
- ▶ Ακρορριζεκτομή
- ▶ Διόρθωση Σχιστίδας, Υπερώας
- ▶ Διευθέτηση Χειλιών και Γλωσσικών Χαλινών.



ADVANCE PRODUCTS A.E.B.E.T.E.

Άρτας 5, Γλυκό Νερό, Αττική, Τ.Κ. 153 54 Τηλ.: 210 66.15.975-7 Fax: 210 66.17.056  
www.advanceproducts.gr e-mail: info@advanceproducts.gr





# 4ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΕΝΟ

## Η Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας στον 21ο αιώνα

*Τιμητική Εκδήλωση για τον Ελβετό Οδοντίατρο των Χανσενικών Dr Julien Grivel*

**ΑΘΗΝΑ**

Πνευματικό Κέντρο Δήμου Αθηναίων

**30 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ - 2 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2011**

Υπό την αιγίδα:

- Του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
  - Της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ
- Των Οδοντιατρικών Συλλόγων Αττικής και Πειραιώς

Με την τιμητική συνεργασία της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας



# Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

ΤΟΜΟΣ 3, 2010  
ISSN 1791-9130

## ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής

## ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Φ. Ζερβού-Βάλβη

## ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δ. Ανδρεσάκης  
Π. Θανούλης  
Μ. Κατσουράκης  
Ε. Μπογοσιάν  
Α. Αντωνιάδου  
Θ. Ζουριδάκη  
Ι. Κουτσούκος  
Μ. Φραγκάκης

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΕΚΔΟΣΗΣ

Κ. Αλεξανδρίδης  
Γ. Βουγιουκλάκης  
Η. Καρκαζής  
Ο. Νικολάτου  
Α. Σκλαβούνου  
Κ. Τσιχλάκης  
Κ. Αντωνιάδης  
Α. Δουκουδάκης  
Α. Κοσιώνη  
Λ. Παπαγιαννούλη  
Ι. Τζούτζας

## ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Φ. Ζερβού-Βάλβη, Μ. Φραγκάκης,  
Ι. Κουτσούκος

## ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΥΠΩΣΗΣ

TypeProduct  
Β. & Ε. Μπαμπάν ΕΠΕ  
Επικούρου 31 & Πειραιώς  
Τηλ.: (210) 32.14.904

Το περιοδικό "Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική" είναι το επίσημο επιστημονικό έντυπο της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Εκδίδεται επίσια. Συδρομή: 0,01 €.

## ΕΚΔΟΤΗΣ

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής  
Πρόεδρος: Φλώρα Ζερβού-Βάλβη

## ΕΔΡΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Μαυρογένους 32 Χαϊδάρη ΤΚ 124 61  
Τηλ.& Fax: (210) 58.16.778  
www.hospitaldentistry.gr  
e-mail: info@hospitaldentistry.gr

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- **Αντιμικροβιακή Χημειοπροφύλαξη στην Οδοντιατρική για την πρόληψη της Λοιμώδους Ενδοκαρδίτιδας**  
Θεονύμφη Ζουριδάκη, Φλώρα Ζερβού-Βάλβη.....13-20
- **Συγχειλίτιδα σε ηλικιωμένους ασθενείς με κινητές προσθετικές εργασίες**  
Αναστασία Ε. Κοσιώνη.....21-24
- **Συγκοπτικό επεισόδιο: Η συχνότερη επείγουσα κατάσταση κατά την άσκηση της Οδοντιατρικής**  
Ευαγγελία Μπογοσιάν .....25-29
- **Η σημασία της πολυσταδιακής προσθετικής αποκατάστασης σε ασθενή με καρκίνο κεφαλής-τραχήλου**  
Θεόδωρος Τασόπουλος, Βασιλική Καραθανάση,  
Σωτήριος Γλυκοφρύδης, Βασίλειος Καπορδέλης,  
Γεώργιος Τασόπουλος, Ολγα Παρασκευοπούλου .....31-38
- **Πολυεπίπεδη στοματική αποκατάσταση ενήλικα ασθενή με εξω-δερμική δυσπλασία**  
Αριστείδης Βίλλιος, Ηρακλής Καρκαζής, Γιάννης Λογοθέτης .....39-43

# Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

ΤΟΜΟΣ 3, 2010  
ISSN 1791-9130

## ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής

## ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Φ. Ζερβού-Βάλβη

## ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δ. Ανδρεσάκης	Α. Αντωνιάδου
Π. Θανούλης	Θ. Ζουριδάκη
Μ. Κατσουράκης	Ι. Κουτσούκος
Ε. Μπογοσιάν	Μ. Φραγκάκης

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΕΚΔΟΣΗΣ

Κ. Αλεξανδρίδης	Κ. Αντωνιάδης
Γ. Βουγιουκλάκης	Α. Δουκουδάκης
Η. Καρκαζής	Α. Κοσιώνη
Ο. Νικολάτου	Λ. Παπαγιαννούλη
Α. Σκλαβούνου	Ι. Τζούτζας
Κ. Τσιχλάκης	

## ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Φ. Ζερβού-Βάλβη, Μ. Φραγκάκης,  
Ι. Κουτσούκος

## ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΥΠΩΣΗΣ

TypeProduct  
Β. & Ε. Μπαμπάν ΕΠΕ  
Επικούρου 31 & Πειραιώς  
Τηλ.: (210) 32.14.904

Το περιοδικό "Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική" είναι το επίσημο επιστημονικό έντυπο της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Εκδίδεται ετήσια. Συδρομή: 0,01 €.

## ΕΚΔΟΤΗΣ

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής  
Πρόεδρος: Φλώρα Ζερβού-Βάλβη

## ΕΔΡΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Μαυρογένους 32 Χαιδάρι ΤΚ 124 61  
Τηλ. & Fax: (210) 58.16.778  
www.hospitaldentistry.gr  
e-mail: info@hospitaldentistry.gr

- **Αντιμετώπιση περιεμφτευματίτιδας με συνδυασμό χειρουργικής και φωτοδυναμικής θεραπείας: αναφορά περιστατικού**  
Νίκος Χριστοδουλίδης, Δημήτρης Νικολιδάκη.....45-50
- **4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, 30/9-2/10/2011, Αθήνα - Πρακτικά**
  - \* Μήνυμα της Οργανωτικής Επιτροπής .....52
  - \* Οργανωτική και Επιστημονική Επιτροπή .....52
  - \* Πρόγραμμα .....53-56
  - \* Βιογραφικό και εναρκτήρια ομιλία του Dr Julien Grivel .....57-58
  - \* Περιλήψεις Στρογγυλών Τραπεζιών.....59-70
  - \* Περιλήψεις Εισηγήσεων .....71-84
  - \* Περιλήψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων .....85-110
  - \* Ευρετήριο ομιλητών και συγγραφέων .....111-112



# Hellenic Hospital Dentistry

VOLUME 3, 2010  
ISSN 1791-9130

**PROPRIETOR:**

Hellenic Society for Hospital Dentistry

**EDITOR -IN- CHIEF:**

F. Zervou-Valvi

**EDITORIAL BOARD:**

D. Andresakis	A. Antoniadou
P. Thanoulis	Th. Zouridaki
M. Katsourakis	I. Koutsoukos
E. Bogosian	M. Fragakis

**SCIENTIFIC CONSULTANTS**

K. Alexandridis	K. Antoniadis
G. Vougiouklakis	A. Doukoudakis
H. Karkazis	A. Kossioni
O. Nicolatou	L. Papagiannoulis
A. Sklavounou	J. G. Tzoutzas
K. Tsiklakis	

**PRODUCTION SUPERVISORS:**

F. Zervou-Valvi, M. Fragakis, I. Koutsoukos

**PRODUCTION - PROMOTION:**

TypeProduct  
V. & E. Babai Ltd  
32 Epikourou Str., Athens Hellas  
Phone#: (3210) 32.14.904  
Fax#: (3210) 32.14.991

The journal Hellenic Hospital Dentistry is the official publication of the Hellenic Society for Hospital Dentistry

It is published annually.  
Subscription: 10 \$ USD

**PUBLISHER:**

Hellenic Society for Hospital Dentistry  
President: Flora Zervou-Valvi

**ADDRESS**

32 Mavrogenous Str., Haidari, 124 61  
Phone & Fax#: (3210) 58.16.778  
www.hospitaldentistry.gr  
e-mail: info@hospitaldentistry.gr

## CONTENTS

- **Antimicrobial chemoprophylaxis for prevention of infective endocarditis in Dentistry**  
Theonimfi Zouridaki, Flora Zervou-Valvi..... 13-20
- **Angular cheilitis in older denture wearers**  
Anastassia E. Kossioni.....21-24
- **Syncope: The most frequent medical emergency in the dental practice**  
Evangelia Bogosian .....25-29
- **The importance of a multistage prosthetic rehabilitation in a head and neck cancer patient**  
Theodoros Tasopoulos, Vassiliki Karathanasi, Sotirios Glykofridis,  
Basilios Kapordelis, George Tasopoulos, Olga Paraskevopoulou .....31-38
- **A multistage oral rehabilitation of an adult ectodermal dysplasia patient: a case report**  
Aristides Villias, Hercules Karkazis, John Logothetis .....39-43

# Hellenic Hospital Dentistry

VOLUME 3, 2010  
ISSN 1791-9130

**PROPRIETOR:**

Hellenic Society for Hospital Dentistry

**EDITOR -IN- CHIEF:**

F. Zervou-Valvi

**EDITORIAL BOARD:**

D. Andresakis	A. Antoniadou
P. Thanoulis	Th. Zouridaki
M. Katsourakis	I. Koutsoukos
E. Bogosian	M. Fragakis

**SCIENTIFIC CONSULTANTS**

K. Alexandridis	K. Antoniadis
G. Vougiouklakis	A. Doukoudakis
H. Karkazis	A. Kossioni
O. Nicolatou	L. Papagiannoulis
A. Sklavounou	J. G. Tzoutzas
K. Tsiklakis	

**PRODUCTION SUPERVISORS:**

F. Zervou-Valvi, M. Fragakis, I. Koutsoukos

**PRODUCTION - PROMOTION:**

TypeProduct  
V. & E. Babai Ltd  
32 Epikourou Str., Athens Hellas  
Phone#: (3210) 32.14.904  
Fax#: (3210) 32.14.991

The journal Hellenic Hospital Dentistry is the official publication of the Hellenic Society for Hospital Dentistry

It is published annually.

Subscription: 10 \$ USD

**PUBLISHER:**

Hellenic Society for Hospital Dentistry  
President: Flora Zervou-Valvi

**ADDRESS**

32 Mavrogenous Str., Haidari, 124 61  
Phone & Fax#: (3210) 58.16.778  
www.hospitaldentistry.gr  
e-mail: info@hospitaldentistry.gr

- **Treatment of peri-implantitis with the adjunctive use of photodynamic therapy: a case report.**

Nicos Christodoulides, Dimitris Nikolidakis ..... 45-50

- **4th Panhellenic Congress oh Hospital Dentistry - 30/9-2/10/2011, Athens Proceedings**

\* Welcome letter .....52

\* Organizing and Scientific Committee .....52

\* Program .....53-56

\* Dr Julien Grivel: CV, Lecture .....57-58

\* Abstracts of Round Tables .....59-70

\* Abstracts of Lectures .....71-84

\* Abstracts of Oral Presentations .....85-110

\* Authors list .....111-112



## ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Το 2010 υπήρξε μία παραγωγική χρονιά για την Εταιρεία μας. Συγκεκριμένα:

- Πραγματοποιήσαμε την έκδοση του 2ου τόμου του περιοδικού, ο οποίος πλέον των αμιγώς οδοντιατρικών θεμάτων περιέλαβε και άρθρα με ιατρικά και νοσηλευτικά θέματα με ειδικό ενδιαφέρον για τον οδοντίατρο, τυγχάνοντας ευρύτατης αποδοχής.
- Κρατήσαμε ζωντανή και ενημερωμένη την ιστοσελίδα μας, την **[www.hospitaldentistry.gr](http://www.hospitaldentistry.gr)** στην οποία «ανεβάζουμε» και το περιοδικό.

- Διοργανώσαμε επιτυχημένη ημερίδα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, σε συνεργασία με το Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας». Η ημερίδα πραγματοποιήθηκε το Σάββατο 10 Απριλίου 2010 στο Αμφιθέατρο του Ασκληπιείου.

Κατά την ημερίδα αυτή, η κ. Ευαγγελία Μπογοσιάν, Επιμελήτρια Α του Οδοντιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης, ανέπτυξε με χρηστικό τρόπο την διαχείριση του ιατρικού επειγόντος στο οδοντιατρείο, ο κ. Ρήγας Κωνσταντινίδης, Διευθυντής του Οδοντιατρικού Τμήματος του Κέντρου Υγείας Κορωπίου, παρουσίασε χρήσιμα στοιχεία σχετικά με την άσκηση της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής στην Ελλάδα, ο δε κ. Ιωάννης Φανδρίδης, Διευθυντής στο Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας», εξέθεσε πολύ ενδιαφέρουσες πληροφορίες σχετικά με την άσκηση της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής στο εξωτερικό. Την ημερίδα παρακολούθησαν οδοντίατροι του ΕΣΥ και ιδιώτες, επίσης δε γιατροί και νοσηλευτές.

Μετά το πέρας της διεξήχθη γενική συνέλευση της ΕΕΝΟ και αρχαιρεσίες. Το Διοικητικό Συμβούλιο και η Εξελεγκτική Επιτροπή που προέκυψαν για την περίοδο 2010-2013, έχουν ως ακολούθως:

### **ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**

<i>Πρόεδρος:</i>	Ζερβού-Βάλβη Φλώρα
<i>Α Αντιπρόεδρος:</i>	Ζουριδάκη Θεονύμφη
<i>Β Αντιπρόεδρος:</i>	Θανούλης Πέτρος
<i>Γεν. Γραμματέας:</i>	Φραγκάκης Μάριος
<i>Αναπλ. Γεν. Γραμματέας:</i>	Αντωνιάδου Αλεξάνδρα
<i>Ταμίας:</i>	Κουτσούκος Ιωάννης
<i>Μέλη:</i>	Ανδρεσάκης Διονύσιος Κατσουράκης Μιχαήλ Μπογοσιάν Ευαγγελία
<i>Αναπληρωματικά μέλη:</i>	Μαραγκού Παναγιώτα Πολάτου Αντωνία

### **ΕΞΕΛΕΓΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Κουτούλας Δημήτριος  
Μπότσιος Σωτήριος  
Τρίμη Αικατερίνη

- Συμμετείχαμε ως μέλη του ΔΣ της Εταιρείας στην 19η Οδοντιατρική Πανθεσσαλική Σύνοδο που διεξήχθη 8-9/5/2010 στα Τρίκαλα, ο Μιχάλης Κατσουράκης με την εισήγηση «Η διαχείριση του διαβητικού ασθενή στο Οδοντιατρείο» και η υπογράφουσα με την εισήγηση «Η διαχείριση του υπερτασικού ασθενή στο Οδοντιατρείο».

- Συμμετείχαμε επίσης ως μέλη του ΔΣ της Εταιρείας στο 30ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας που διεξήχθη 22-24 Οκτωβρίου 2010 στην Αθήνα, με το Στρογγυλό Τραπέζι «Τα σημεία προσοχής κατά την οδοντιατρική αντιμετώπιση των ειδικών ασθενών και η φυσιολογία του σύγχρονου οδοντίατρου» με συντονιστές τον Μάριο Φραγκάκη και την υπογράφουσα και ομιλητές πλέον αυτών τους Ευαγγελία Μπογοσιάν, Μιχάλη Κατσουράκη και Θεονύμφη Ζουριδάκη.

Και οι δύο ανωτέρω παρουσιάσεις προκάλεσαν το ενδιαφέρον των συναδέλφων και επακολούθησε εποικοδομητική συζήτηση.

- Η υπογράφουσα επελέγη ως μέλος της Υποεπιτροπής της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής της Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας, στις συνεδριάσεις της οποίας καταθέτει τις απόψεις της Εταιρείας μας, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί μέσα από την διαδικασία της παραγωγικής ανταλλαγής σκέψεων και προβληματισμών των μελών της με βάση την εμπειρία, την γνώση και τα βιβλιογραφικά δεδομένα.

- Προετοιμαστήκαμε για το 4ο Πανελλήνιο Συνέδριό μας.

Το 2011, έχοντας μία πλούσια παρακαταθήκη δράσεων και εμπειριών, προχωράμε στην έκδοση του 3ου τόμου του Περιοδικού. Ο τόμος αυτός μία συνιστά μία ειδική έκδοση που ουσιαστικά αποτελείται από δύο μέρη.

Στο πρώτο του μέρος, περιλαμβάνει έξι επιστημονικές εργασίες, υψηλού, όπως πάντα, επιπέδου:

- Μία ανασκόπηση, για τις νεώτερες κατευθύνσεις σχετικά με την αντιμικροβιακή χημειοπροφύλαξη στην Οδοντιατρική για την πρόληψη της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας.

- Μία ερευνητική εργασία, για τη συγγειλίτιδα σε ηλικιωμένους ασθενείς με κινητές προσθετικές εργασίες.

- Ένα πρακτικό θέμα, για το συγκοπτικό επεισόδιο που αποτελεί τη συχνότερη επείγουσα κατάσταση κατά την άσκηση της Οδοντιατρικής.

- Μία ενδιαφέρουσα περίπτωση, για τη σημασία της πολυσταδιακής προσθετικής αποκατάστασης σε ασθενή με καρκίνο κεφαλής-τραχήλου.

- Δύο βραχείες δημοσιεύσεις ενδιαφερουσών περιπτώσεων, μία για την πολυεπίπεδη στοματική αποκατάσταση ασθενούς με εξωδερμική δυσπλασία και μία για την αντιμετώπιση της περιεμφυτευματίτιδας με συνδυασμό χειρουργικής και φωτοδυναμικής θεραπείας.

Στο δεύτερο μέρος του, περιλαμβάνει τα Πρακτικά του 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, που θα διεξαχθεί στην Αθήνα, στο Πνευματικό Κέντρο του Δήμου Αθηναίων, από 30 Σεπτεμβρίου έως δύο Οκτωβρίου 2011, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, των Οδοντιατρικών Συλλόγων Αττικής και Πειραιώς και με την τιμητική συνεργασία της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, φορείς τους οποίους ευχαριστούμε θερμά.

Αγαπητοί συνάδελφοι, παραδίδοντας και πάλι στην κρίση σας τις προσπάθειές μας αυτές, σας προσκαλούμε να παρακολουθήσετε ενεργά το Συνέδριό μας, όχι μόνο για να ενημερωθείτε αλλά και για να εκφράσετε τις απόψεις σας και να προσπαθήσουμε όλοι μαζί να συμβάλουμε στη διαμόρφωση των εξελίξεων.

**Φλώρα Ζερβού-Βάλβη**  
**Πρόεδρος ΕΕΝΟ**  
**Διευθυντής Σύνταξης**



# ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ είναι το επίσημο επιστημονικό περιοδικό της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Στόχος της έκδοσης είναι η σύγχρονη ενημέρωση των συναδέλφων σε θέματα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής καθώς και η συστηματική καλλιέργεια της Οδοντιατρικής Επιστήμης στον χώρο των Ελληνικών Νοσοκομείων.

## Κατηγορίες κειμένων

Το περιοδικό δημοσιεύει κείμενα τα οποία αναφέρονται σε θέματα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και Επιστημών Υγείας των ακόλουθων κατηγοριών:

1. Κύρια άρθρα. Πρόκειται για επίκαιρα θέματα που γράφονται με προτροπή της Συντακτικής Επιτροπής από Οδοντίατρο ή άλλο επιστήμονα υγείας με ειδικές γνώσεις.
2. Ανασκοπήσεις
3. Ερευνητικές εργασίες
4. Πρακτικά θέματα
5. Παρουσιάσεις δραστηριοτήτων Οδοντιατρικών Τμημάτων Νοσοκομείων
6. Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις
7. Βραχείες δημοσιεύσεις που έχουν έκταση μέχρι 2.000-2.500 λέξεις. Αυτές θα δημοσιεύονται σύντομα και μετά από αξιολόγηση της Συντακτικής Επιτροπής.
8. Επαγγελματικά θέματα
9. Εκπαιδευτικά θέματα
10. Θεματικές ενότητες
11. Περίληψεις άρθρων Ελλήνων οδοντιάτρων που έχουν δημοσιευθεί πρόσφατα σε επιστημονικά έντυπα του εξωτερικού.
12. Επιστολές προς τη Συντακτική Επιτροπή, οι οποίες αφορούν α) κρίσεις για το περιοδικό β) κρίσεις για δημοσιευμένα άρθρα, γ) κριτικές βιβλίων, κ.ά. Οι επιστολές δημοσιεύονται μετά από έγκριση της Συντακτικής Επιτροπής.

## Έκταση άρθρων

Οι ανασκοπήσεις πρέπει να έχουν έκταση μέχρι 8.000 λέξεις και 80 βιβλιογραφικές παραπομπές. Οι ερευνητικές εργασίες και τα πρακτικά θέματα πρέπει να έχουν έκταση μέχρι 3.500 λέξεις και 40 παραπομπές. Οι παρουσιάσεις Οδοντιατρικών Τμημάτων Νοσοκομείων πρέπει να έχουν έκταση μέχρι 5.000 λέξεις. Οι ενδιαφέρουσες περιπτώσεις πρέπει να μην υπερβαίνουν τις 1.500 λέξεις. Τα επαγγελματικά και εκπαιδευτικά θέματα πρέπει να έχουν έκταση μέχρι 5.000 λέξεις. Στην έκταση των άρθρων συμπεριλαμβάνεται και η βιβλιογραφία.

## Προδιαγραφές κειμένων

1. Τα κείμενα που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να είναι γραμμένα στη νεοελληνική δημοτική γλώσσα, με μο-

νοτονικό σύστημα. Ο διορθωτής του περιοδικού έχει το δικαίωμα να τροποποιεί γλωσσικά το κείμενο, χωρίς όμως να αλλοιώνει το ύφος του συγγραφέα.

2. Τα κείμενα πρέπει να είναι δακτυλογραφημένα χαρτί μεγέθους A4, σε διπλό διάστημα, με περιθώριο και από τις δύο πλευρές και να αποστέλλονται εις τριπλούν. Η υποβολή αυτή συνοδεύεται και από ηλεκτρονική υποβολή σε CD, στο οποίο τα κείμενα είναι πληκτρολογημένα σε πρόγραμμα Word με χαρακτήρες 12 στιγμών.

3. Όλες οι κατηγορίες των κειμένων υποβάλλονται εις τριπλούν στον Διευθυντή Σύνταξης στην διεύθυνση: Μαυρογένους 32, ΤΚ 12461, Χαϊδάρι, Αθήνα.

4. Όλες οι κατηγορίες των εργασιών πρέπει να περιλαμβάνουν τις εξής ενότητες: i) Σελίδα τίτλου, ii) περίληψη στην ελληνική και λέξεις - κλειδιά, iii) κείμενο της εργασίας, iv) περίληψη στην αγγλική και λέξεις - κλειδιά στην αγγλική, v) οι βιβλιογραφικές παραπομπές, vi) λεζάντες, vii) πίνακες και viii) εικόνες. Κάθε ενότητα αρχίζει με ξεχωριστή σελίδα. Η αρίθμηση όλων των σελίδων ακολουθεί την προαναφερόμενη σειρά των ενοτήτων.

**Σελίδα τίτλου.** Περιλαμβάνει: α) τον τίτλο της εργασίας, β) το όνομα και τον τίτλο του συγγραφέα ή των συγγραφέων, γ) το ίδρυμα προέλευσης της εργασίας, δ) το συνέδριο στο οποίο έχει ενδεχομένως ανακοινωθεί η εργασία, ε) το όνομα, την διεύθυνση, το τηλέφωνο και το e-mail του συγγραφέα με τον οποίο θα γίνεται η αλληλογραφία, στ) την κατηγορία της εργασίας, ζ) την πηγή χρηματοδότησης της έρευνας, εάν υπάρχει.

**Ελληνική περίληψη.** Περιλαμβάνει τον τίτλο της εργασίας, τα ονόματα των συγγραφέων, το κείμενο της περίληψης και 3-5 λέξεις - κλειδιά. Η περίληψη πρέπει να έχει έκταση 150-200 λέξεις. Στις ερευνητικές εργασίες, η περίληψη περιλαμβάνει τον σκοπό, το υλικό και την μέθοδο, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα. Στις ανασκοπήσεις περιλαμβάνει στοιχεία από όλα τα κεφάλαια της ανασκόπησης καθώς και τα συμπεράσματα. Στο τέλος αυτής της σελίδας γράφονται οι λέξεις κλειδιά, οι οποίες είναι μεμονωμένοι όροι ή μικρές φράσεις που αντιστοιχούν στους διεθνείς όρους λεξικογράφησης και αναφέρονται στο Index Medicus και Dental Index.

**Κείμενο.** Οι ανασκοπήσεις πρέπει να περιλαμβάνουν μια εισαγωγή για το θέμα, όλες τις σύγχρονες βιβλιογραφικά τεκμηριωμένες απόψεις, κριτική ανάλυση των απόψεων αυτών και τα συμπεράσματα. Οι ερευνητικές εργασίες πρέπει να αποτελούνται από τα κεφάλαια: Εισαγωγή, Υλικό και Μέθοδος, Ευρήματα-Αποτελέσματα, Συζήτηση και Συμπεράσματα. Οι ενδιαφέρουσες περιπτώσεις πρέπει να αποτελούνται από μια σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, μια εκτενή παρουσίαση της περίπτωσης και να ακολουθεί συζήτηση. Στις υπόλοιπες κατηγορίες των άρθρων το κείμενο διαμορφώνεται ανάλογα με τις απαιτήσεις του θέματος.

**Βιβλιογραφικές παραπομπές.** Οι βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο, στους πίνακες και στις λεζάντες των εικόνων προσδιορίζονται με αραβικούς αριθμούς σε παρένθεση. Η αρίθμηση των βιβλιογραφικών παραπομπών γίνεται κατ'αύξοντα αριθμό με την σειρά που αυτές εμφανίζονται στο κείμενο. Όλες οι βιβλιογραφικές παραπομπές που αναφέρονται στο κείμενο, αναγράφονται στον βιβλιογραφικό κατάλογο, ο οποίος αρχίζει σε ξεχωριστή σελίδα μετά το κείμενο.

Οι συντμήσεις των τίτλων περιοδικών πρέπει να γράφονται σύμφωνα με το Dental Index και Index Medicus. Για τις συντμήσεις των ελληνικών περιοδικών οι συγγραφείς πρέπει να συμβουλευθούν τον σχετικό κατάλογο του ΙΑΤΡΟΤΕΚ. Παραδείγματα γραφής των βιβλιογραφικών παραπομπών: Περιοδικό: Αναφέρονται με την σειρά τα επώνυμα και τα αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων μέχρι έξη (όταν είναι περισσότεροι ακολουθεί η ένδειξη «et al» προκειμένου για ξενόγλωσσα άρθρα ή «και συν.» προκειμένου για ελληνικά άρθρα), ο τίτλος της εργασίας, η συντομογραφία του περιοδικού, το έτος, ο τόμος, το τεύχος, η πρώτη και η τελευταία σελίδα της δημοσίευσης. Π.χ. Ettinger RL: Rational Dental Care: Part 1. Has the concept changed in 20 years? J Can Dent Assoc 2006; 72(5): 441-445.

Σημειωτέον ότι η συντομογραφία του περιοδικού Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική είναι Ελλ Νοσ Οδοντ.

Βιβλίο, εγχειρίδιο, μονογραφία: Αναφέρονται με την σειρά τα επώνυμα και αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων, ο τίτλος του βιβλίου, ο αριθμός έκδοσης, η πόλη έκδοσης, ο εκδότης, το έτος, άνω - κάτω τελεία και η σελίδα. Π.χ. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL: Dental Management. 5th ed. St. Louis. Mosby. 1997: 274.

Αν η βιβλιογραφική παραπομπή αποτελεί κεφάλαιο ενός βιβλίου που έχει γραφεί από άλλο συγγραφέα, η αναφορά γίνεται ως εξής: Mitchell PF: Pain Management in the Hospital. In: Zambito RF, Black HA, Tesch LB, eds. Hospital Dentistry Practice and Education. St. Louis. Mosby. 1997: 223-242.

#### **Ιστοσελίδες:**

<http://www.dentalcare.com/soap/intermed/conhea.htm>, όπως αυτό εμφανίζεται την ..... (ημερομηνία αναζήτησης).

**Αγγλική περίληψη.** Περιλαμβάνει τον τίτλο της εργασίας, τα ονόματα των συγγραφέων, το κείμενο της περίληψης και 3-5 λέξεις - κλειδιά. Η έκταση των περιλήψεων θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 300 και 350 λέξεων. Κατά τα άλλα ισχύουν τα αναφερόμενα στην ελληνική περίληψη.

**Πίνακες.** Δακτυλογραφούνται σε χωριστή σελίδα που περιλαμβάνει και τη λεζάντα. Αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς που αναφέρονται στο κείμενο. Οι επεξηγήσεις των συντομογραφιών και οι τυχόν απαιτούμενες διευκρινίσεις, αναγράφονται στο τέλος του πίνακα.

**Εικόνες.** Τα σχήματα, τα διαγράμματα και οι φωτογραφίες πρέπει να μην εμπεριέχονται στην ροή του κειμένου της εργασίας και να αποστέλλονται στο πρωτότυπο (εις τριπλούν). Αυτά κατατίθενται τόσο ηλεκτρονικά (CD) σε μορφή αρχείων JPG όσο και με εκτυπωμένα αντίγραφα.

Στο πίσω άνω δεξιό μέρος γράφεται με μολύβι ο αριθμός της εικόνας. Κάθε σειρά φωτογραφιών τοποθετείται σε ξεχωριστό φάκελο με τα ονόματα των συγγραφέων αναγεγραμμένα επί αυτού.

Οι λεζάντες των εικόνων γράφονται σε ξεχωριστή σελίδα με τον αύξοντα αριθμό τους.

Επισημαίνεται ότι εάν στις εικόνες εμφανίζεται το πρόσωπο του ασθενούς, η Συντακτική Επιτροπή κατά τη δημοσίευση θα καλύπτει τους οφθαλμούς με μαύρη ταινία για λόγους σεβασμού των προσωπικών δεδομένων.

Υπάρχει δυνατότητα εκτύπωσης έγχρωμων εικόνων μετά από συνεννόηση με τον Διευθυντή Σύνταξης.

#### **Κρίση - δημοσίευση εργασίας**

Η κρίση των εργασιών γίνεται από δύο κριτές οι οποίοι επιλέγονται από την Συντακτική Επιτροπή. Η Συντακτική Επιτροπή έχει το δικαίωμα να προτείνει τροποποιήσεις ή να απορρίπτει τα άρθρα που δεν υποβάλλονται γραμμένα σύμφωνα με τις ανωτέρω οδηγίες.

#### **Ειδικές επισημάνσεις**

Για την παραλαβή κάθε επιστημονικής εργασίας για δημοσίευση, επισυνάπτεται υποχρεωτικά ενυπόγραφη διαβεβαίωση των συγγραφέων ότι η εργασία δεν έχει κατατεθεί σε άλλο επιστημονικό περιοδικό, επίσης ότι δεν περιέχει αυτούσιες προτάσεις από άλλες επιστημονικές δημοσιεύσεις (εκτός από ορισμούς, νόμους, διατάξεις και κανόνες) καθώς και ότι το φωτογραφικό υλικό είναι είτε ίδιο είτε μετασχεδιασμένο.

Τα δημοσιευμένα άρθρα, των εικόνων συμπεριλαμβανομένων, αποτελούν ιδιοκτησία του περιοδικού. Προκειμένου να αναδημοσιευθούν απαιτείται η άδεια της Συντακτικής Επιτροπής και του συγγραφέα.



# Αντιμικροβιακή Χημειοπροφύλαξη στην Οδοντιατρική για την πρόληψη της Λοιμώδους Ενδοκαρδίτιδας

Θ. Ζουριδάκη\*, Φ. Ζερβού-Βάλβη\*\*

Η αντιμικροβιακή χημειοπροφύλαξη στην Οδοντιατρική χορηγείται κυρίως για την πρόληψη της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας (ΛΕ). Η ΛΕ αποτελεί μια σπάνια αλλά σοβαρή νόσο, που συνδέεται με σημαντική νοσηρότητα και υψηλή θνησιμότητα. Τα παθογόνα μικρόβια που κυρίως ενοχοποιούνται για την πρόκλησή της ανήκουν στις ομάδες των στρεπτοκόκκων και των σταφυλοκόκκων. Επειδή σε αρκετές οδοντιατρικές επεμβάσεις προκαλείται μικροβιαμία, σε ασθενείς με συγκεκριμένες καρδιακές παθήσεις απαιτείται χημειοπροφύλαξη. Εκτός όμως από τις οδοντιατρικές επεμβάσεις, παροδική μικροβιαμία παρατηρείται και κατά την διάρκεια των συνήθων καθημερινών δραστηριοτήτων.

Την τελευταία πενταετία έχει υπάρξει σημαντική αλλαγή όσον αφορά την χορήγηση αντιβιοτικών για την πρόληψη της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Στις πρόσφατες αναθεωρημένες οδηγίες της American Heart Association (AHA) (1977), οι οποίες είναι παρόμοιες με τις οδηγίες της European Society of Cardiology (ESC) (2009), έχει περιορισθεί ο αριθμός των καρδιακών νόσων στις οποίες ενδείκνυται η χορήγηση χημειοπροφύλαξης σε σχέση με τις προηγούμενες οδηγίες. Οι οδηγίες αναφέρουν ποιες κατηγορίες ασθενών έχουν ανάγκη χημειοπροφύλαξης, το είδος των επεμβάσεων καθώς επίσης και τα δοσολογικά σχήματα που πρέπει να εφαρμοσθούν. Αντίθετα, οι οδηγίες του National Institute For Health and Clinical Excellence (NICE) (2008), τις οποίες υιοθέτησε λίγο αργότερα και η British Society for Antimicrobial Chemotherapy (BSAC) (2008), δεν συνιστούν χημειοπροφύλαξη για οδοντιατρικές επεμβάσεις ακόμα και σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Σκοπός της εργασίας είναι η αναφορά των βιβλιογραφικών δεδομένων για την πιθανότητα πρόκλησης ΛΕ από μικροβιαμία ως απότοκο της οδοντιατρικής παρέμβασης καθώς και η παρουσίαση των νεότερων οδηγιών που αφορούν στην χορήγηση χημειοπροφύλαξης (ομάδες ασθενών, είδος επέμβασης, δοσολογικά σχήματα) πριν από μια οδοντιατρική επέμβαση.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 3: 13-20, 2010

**Λέξεις κλειδιά:** αντιμικροβιακή χημειοπροφύλαξη, λοιμώδης ενδοκαρδίτις, οδοντιατρικές επεμβάσεις.

\* Οδοντίατρος, Διευθυντής ΕΣΥ

\*\* Οδοντίατρος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΕΣΥ, Δρ Οδοντιατρικής, MPhil Med

## Ίδρυμα προέλευσης

Οδοντιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου και Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ενηλίκων ΑμεΑ Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας»

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αντιμικροβιακή χημειοπροφύλαξη στην Οδοντιατρική χορηγείται κυρίως για την πρόληψη των πιθανών λοιμώξεων που είναι δυνατόν να προκληθούν μετά από μια οδοντιατρική επέμβαση (συνήθως χειρουργική) λόγω αύξησης της μικροβιαμίας. Ενδείκνυται στους ασθενείς με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, όμως ο κύριος στόχος της είναι η πρόληψη της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας (ΛΕ). Η ΛΕ είναι μια σπάνια αλλά σοβαρή νόσος, που συνδέεται με σημαντική νοσηρότητα και υψηλή θνησιμότητα<sup>1,2</sup>. Ενώ οι εξελίξεις στην καρδιολογία όσον αφορά την απεικόνιση, την θεραπεία και τις χειρουργικές τεχνικές έχουν οδηγήσει στη βελτίωση της υγείας των ασθενών, τα πο-

σοστά προσβολής από ΛΕ παραμένουν σχεδόν σταθερά από το 1950 μέχρι το 2000<sup>2</sup>. Στον γενικό πληθυσμό, όταν δεν υπάρχουν μεγάλα ποσοστά χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών, η συχνότητα προσβολής, η οποία δεν έχει μεταβληθεί σημαντικά με την πάροδο των ετών, κυμαίνεται από 4 έως 7 περιστατικά κάθε 100.000 άτομα τον χρόνο<sup>2,3</sup>. Τα παθογόνα μικρόβια που κυρίως ενοχοποιούνται για την πρόκλησή της ανήκουν στις ομάδες των στρεπτόκοκκων (κυρίως viridans), των σταφυλόκοκκων και των εντερόκοκκων<sup>4</sup>.

Για την πρόληψη της ΛΕ δημοσιεύθηκαν οδηγίες για πρώτη φορά από την ΑΗΑ (American Heart Association) το 1955, που αφορούσαν σε συγκεκριμένες καρδιακές καταστάσεις και από τότε μέχρι τον Απρίλιο του 2007 που δημοσιεύθηκαν οι τελευταίες, οι οποίες φαίνεται ότι έχουν γίνει ευρέως αποδεκτές (26), έχουν τροποποιηθεί 10 φορές<sup>6</sup>.

Οι οδηγίες αυτές προέκυψαν από μελέτες πολλών ετών και η λογική τους βασίζεται στα ακόλουθα<sup>5,6</sup>.

- Η βακτηριαμία αποτελεί αιτία για πρόκληση ΛΕ.
- Οι στρεπτόκοκκοι της ομάδας viridans που ενοχοποιούνται για την πρόκληση της ΛΕ είναι συνήθως ευαίσθητοι στα αντιβιοτικά που συστήνονται για την πρόληψη της.
- Η αντιβιοτική χημειοπροφύλαξη αποτρέπει την από στρεπτόκοκκους viridans πειραματική πρόκληση ΛΕ σε πειραματόζωα.
- Σε μεγάλο αριθμό περιστατικών, ανεπαρκώς όμως τεκμηριωμένων, έχουν ενοχοποιηθεί οδοντιατρικές επεμβάσεις, ως αιτία πρόκλησης ΛΕ.
- Σε μερικές περιπτώσεις υπήρξε μια χρονική συσχέτιση μεταξύ μιας οδοντιατρικής επέμβασης και της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της ΛΕ.
- Μικροβιαμία με μικροοργανισμούς που προκαλούν ΛΕ εμφανίζεται συχνά σε σχέση με οδοντιατρικές επεμβάσεις.
- Ο κίνδυνος σημαντικών δυσμενών αντιδράσεων σε ένα μεμονωμένο ασθενή από ένα αντιβιοτικό είναι χαμηλός ενώ η νοσηρότητα και η θνησιμότητα λόγω ΛΕ γενικά είναι υψηλός.

Παρόλα αυτά, δεν υπάρχουν αρκετά δημοσιευμένα δεδομένα που να υποστηρίζουν το όφελος από την χημειοπροφύλαξη στην πρόληψη της ΛΕ<sup>1</sup>. Για τον λόγο αυτό στις τελευταίες οδηγίες έχουν περιοριστεί πάρα πολύ οι κατηγορίες των ασθενών στους οποίους συνιστάται αντιβιοτική προφύλαξη πριν από μια οδοντιατρική επέμβαση.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά των βιβλιογραφικών δεδομένων σχετικά με την πιθανότητα πρόκλησης ΛΕ από μικροβιαμία ως απότοκο της οδοντιατρικής παρέμβασης καθώς και η παρουσίαση των νεότερων οδηγιών που αφορούν στην χορήγηση χημειοπροφύλαξης (ομάδες ασθενών, είδος επέμβασης, δοσολογικά σχήματα) πριν από μια οδοντιατρική επέμβαση.

### **ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑΣ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ**

Είναι γνωστό ότι η στοματική κοιλότητα είναι αποικισμέ-

νη με περισσότερα από 700 είδη αερόβιων και αναερόβιων Gram (+) και Gram (-) μικροοργανισμών, ιδιαίτερα στην περιοχή της ουλοδοντικής σχισμής, από τους οποίους το 30% περίπου είναι στρεπτόκοκκοι viridans, που αποτελεί και το επικρατέστερο είδος μικροοργανισμών που έχουν ενοχοποιηθεί ως αίτιο πρόκλησης ΛΕ (τουλάχιστον 50% των περιπτώσεων)<sup>4,6-10</sup>. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να προκαλείται μικροβιαμία παροδική στις περισσότερες οδοντιατρικές εργασίες.

Στα πλαίσια των συστάσεων χορήγησης χημειοπροφύλαξης για πρόληψη ΛΕ πριν από μια οδοντιατρική επέμβαση, η ΑΗΑ εξέτασε τους ακόλουθους παράγοντες: Την συχνότητα, τη φύση και το βαθμό της μικροβιαμίας που προκύπτει από μια οδοντιατρική επέμβαση, το επίπεδο στοματικής υγιεινής καθώς και την έκθεση σε μικροβιαμία από τις καθημερινές δραστηριότητες των ατόμων<sup>6</sup>.

Μικροβιαμία παροδική παρατηρείται συχνά σε επεμβάσεις που αφορούν οδοντικούς ή περιοδοντικούς ιστούς. Σύμφωνα με μελέτες η συχνότητα εμφάνισης μικροβιαμίας σε εξαγωγή δοντιού φθάνει από 10% έως 100%, στη χειρουργική του περιοδοντίου από 36% έως 88%, στην αποτρύγωση και τη ριζική απόξεση, από 8% έως 80% στην τοποθέτηση αρπάγης, απομονωτήρα ή σφηνών από 9% έως 32% και στην ενδοδοντική θεραπεία μέχρι 20%. Εκτός όμως από τις οδοντιατρικές επεμβάσεις παροδική μικροβιαμία παρατηρείται και κατά την διάρκεια των συνήθων καθημερινών δραστηριοτήτων<sup>2</sup>. Έτσι η συχνότητα εμφάνισης μικροβιαμίας στο βούρτσισμα των δοντιών φθάνει από 20% έως 68%, στην χρήση οδοντογλυφιδών 20% έως 40%, στην χρήση καταιονισμού ύδατος 7% έως 50% και στη μάσηση των τροφών 7% έως 51%<sup>4,6,11-13</sup>.

Όσον αφορά στο βαθμό της μικροβιαμίας, δεν υπάρχει ικανός αριθμός δημοσιευμένων μελετών που να τον προσδιορίζει σε σχέση με τις καθημερινές δραστηριότητες ή τις οδοντιατρικές επεμβάσεις. Φαίνεται όμως ότι εξαρτάται από το είδος της επέμβασης. Γενικά ο βαθμός της βακτηριαμίας ως αποτέλεσμα μιας οδοντιατρικής εργασίας θεωρείται σχετικά χαμηλός και δεν διαφέρει από αυτόν των καθημερινών δραστηριοτήτων. Παρόλα αυτά δεν υπάρχει καμία τεκμηριωμένη μελέτη που να αποδεικνύει ότι μεγαλύτερος βαθμός μικροβιαμίας μπορεί να προκαλέσει ΛΕ. Η συσχέτιση ανάμεσα στη διάρκεια της μικροβιαμίας και την ανάπτυξη ΛΕ, ότι δηλ. όσο περισσότερη διάρκεια έχει η μικροβιαμία, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος για ανάπτυξη ΛΕ ενώ φαίνεται λογική, δεν έχει αποδειχθεί βιβλιογραφικά. Παλιότερες μελέτες ανέφεραν ότι διαδοχικές αιμοκαλλιέργειες ήταν θετικές μέχρι και 10 min μετά από εξαγωγή δοντιού και ότι ο αριθμός των θετικών αιμοκαλλιεργειών μειώθηκε αισθητά μετά από 10-30 min<sup>8,17</sup>. Πιο πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν τα παραπάνω στοιχεία, αλλά συμπληρώνουν ότι ένα μικρό ποσοστό των αιμοκαλλιεργειών παραμένει θετικό 30-60 min μετά την εξαγωγή του δοντιού<sup>6,18</sup>.

Η κακή στοματική υγιεινή, η έκταση των νόσων των οδοντικών και των περιοδοντικών ιστών και η βαρύτητα των οδοντιατρικών επεμβάσεων θεωρείται λογικό να συσχετίζονται με την συχνότητα, το είδος, τον βαθμό και τη

διάρκεια της μικροβιαμίας. Ο βαθμός της μικροβιαμίας που προκαλείται από τις καθημερινές δραστηριότητες δεν έχει το ίδιο μέγεθος με μια αιματηρή οδοντιατρική επέμβαση σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Η συνολική όμως έκθεση στη μικροβιαμία από τις καθημερινές δραστηριότητες για ένα έτος μπορεί να είναι αρκετά υψηλή (5,6X10<sup>6</sup> φορές μεγαλύτερη από ότι προκαλεί μια απλή εξαγωγή)<sup>2, 19</sup>. Υπάρχουν μελέτες που αμφισβητούν την θεωρούμενη συσχέτιση μεταξύ κακής στοματικής υγιεινής και μικροβιαμίας. Υπάρχει, όμως, σήμερα μια διεθνής συναίνεση που αντικατοπτρίζεται σε όλες τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες, ότι η διατήρηση καλής στοματικής υγιεινής σε ευπαθή άτομα, είναι υψίστης σημασίας για την πρόληψη της ΛΕ<sup>14, 20-22</sup>.

### ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

Είναι γεγονός ότι το ποσοστό της ΛΕ που μπορεί να οφείλεται σε προηγηθείσα οδοντιατρική επέμβαση είναι δύσκολο να προσδιορισθεί. Γενικά ο κίνδυνος προσβολής ΛΕ του ασθενή μετά από μια οδοντιατρική επέμβαση είναι πολύ χαμηλός: 1 περίπτωση/14 εκατομμύρια οδοντιατρικές επεμβάσεις<sup>4</sup>. Πιο αναλυτικά, τα ποσοστά κινδύνου εμφάνισης ΛΕ είναι: σε ασθενείς με πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας 1/1,1 εκατομμύριο οδοντιατρικές επεμβάσεις, σε ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια 1/475.000 οδοντιατρικές επεμβάσεις, σε ασθενείς με ιστορικό ρευματικής καρδιοπάθειας 1/142.000, σε ασθενείς με προσθετική βαλβίδα 1/114.000 και σε ασθενείς με ιστορικό προηγηθείσας ΛΕ 1/95.000 οδοντιατρικές επεμβάσεις<sup>6, 23</sup>.

Η αποτελεσματικότητα των αντιμικροβιακών παραγόντων που χορηγούνται με μορφή διαλύματος για στοματικές πλύσεις στις οδοντιατρικές επεμβάσεις μάλλον δεν θεωρείται ικανοποιητική, σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα<sup>6</sup>. Μία μόνο μελέτη αναφέρει ότι στοματοδιάλυμα με χλωρεξιδίνη και ιωδιούχο ποβιδόνη ήταν αποτελεσματικό<sup>24</sup> ενώ σε άλλες δεν αναφέρεται κανένα στατιστικά σημαντικό όφελος<sup>6, 25</sup>. Παρόλα αυτά δεν αποκλείονται γιατί θεωρητικά βοηθούν στην μείωση του μικροβιακού φορτίου της στοματικής κοιλότητας την δεδομένη στιγμή. Επίσης, ενώ θεωρητικά η χρήση της κατάλληλης χημειοπροφύλαξης μειώνει την μικροβιαμία που προκαλούν οι διάφορες οδοντιατρικές εργασίες, άρα και τον κίνδυνο για πρόκληση ΛΕ, αυτό δεν έχει επιβεβαιωθεί στις ανάλογες μελέτες. Υπάρχει σύγκλιση απόψεων ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό περιπτώσεων ΛΕ που προκαλούνται από οδοντιατρικές επεμβάσεις μπορεί να αποφευχθεί, ακόμα και αν το χορηγούμενο αντιβιοτικό είναι το ενδεικνυόμενο. Αντίθετα η εφαρμογή των κανόνων ασηψίας-αντισηψίας βοηθά σημαντικά στη μείωση της μικροβιαμίας σε μια χειρουργική οδοντιατρική επέμβαση<sup>25, 26, 27</sup>.

Για την πρόληψη της ΛΕ το αντιβιοτικό εκλογής μέχρι το 1990 ήταν η πενικιλίνη. Από το 1990 και μετά αντικαταστάθηκε από μια ημισυνθετική πενικιλίνη, την αμοξυκιλίνη, η οποία επιτυγχάνει υψηλότερες συγκεντρώσεις στον ορό και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα<sup>28</sup>. Στις τελευταίες οδηγίες της ΑΗΑ συνιστάται μία εφ'άπαξ δό-

ση 2gr αμοξυκιλίνης, 1 ώρα πριν από μια οδοντιατρική επέμβαση από το στόμα, αρκεί οι ασθενείς να μην έχουν ιστορικό αντίδρασης υπερευαισθησίας τύπου 1 όπως αναφυλαξία, κνίδωση ή αγγειοοίδημα<sup>6</sup>. Επαναληπτική δόση χορηγείται μόνο σε μεγάλης διάρκειας επέμβαση. Χορήγηση αντιβιοτικών για χρονικό διάστημα > 12-24 ωρών δεν θεωρείται προφύλαξη αλλά θεραπεία.

Οι δυσμενείς επιπτώσεις από την χορήγηση μιας δόσης χημειοπροφύλαξης είναι σπάνιες και χαμηλού κινδύνου. Δεν υπάρχει τεκμηριωμένη αναφορά θανάτου από αναφυλακτική αντίδραση που να οφείλεται σε χορήγηση χημειοπροφύλαξης για πρόληψη ΛΕ<sup>6</sup>. Εντούτοις, η αλόγιστη χρήση των αντιβιοτικών εκδηλώνεται με γαστρεντερικές διαταραχές, εξανθήματα ή αναφυλακτικές αντιδράσεις (που είναι και οι σοβαρότερες γιατί μπορεί να αποβούν μοιραίες για τη ζωή του ασθενή). Θανατηφόρα αναφυλακτική αντίδραση σε πενικιλίνη εκτιμάται ότι συμβαίνει σε 15-25 περιστατικά/1.000.000 ασθενείς, στις κεφαλοσπορίνες 1 περιστατικό/1.000.000 ασθενείς ενώ στις μακρολίδες και στην κλινδαμυκίνη είναι πολύ σπάνιο<sup>6</sup>. Σε ποσοστό 36% οι ασθενείς με μοιραία αναφυλακτική αντίδραση από πενικιλίνη ή αμοξυκιλίνη είχαν γνωστή αλλεργία, ενώ σε ποσοστό 64% δεν υπήρχε γνωστό ιστορικό στην πενικιλίνη. Μια επίσης σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια της κατάχρησης των αντιβιοτικών, είναι ο κίνδυνος ανάπτυξης ανθεκτικών στελεχών των μικροβίων. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχουν αυξηθεί τα ανθεκτικά στελέχη των στρεπτόκοκκων, μειώνοντας έτσι την δραστηριότητα ικανού αριθμού αντιβιοτικών που εθεωρούντο αποτελεσματικά στην πρόληψη της ΛΕ<sup>6, 29</sup>. Σε μελέτη δοκιμασίας ευαισθησίας του στρεπτόκοκκου viridans σε ασθενείς που έπασχαν από ΛΕ το χρονικό διάστημα 1971-1986 με στελέχη στρεπτόκοκκου viridans και σε ασθενείς με ΛΕ την περίοδο 1994-2002 διαπιστώθηκε ότι η ανθεκτικότητα στα μακρολίδια αυξήθηκε από 11% σε 26% και στην κλινδαμυκίνη από 0% σε 4%<sup>5</sup>.

Στις προηγούμενες οδηγίες της ΑΗΑ οι καρδιολογικοί ασθενείς που έπρεπε να πάρουν χημειοπροφύλαξη είχαν ταξινομηθεί σε υψηλού, μετρίου και χαμηλού κινδύνου. Απαραίτητη εθεωρείτο η αντιβιοτική προφύλαξη για την πρόληψη της ΛΕ πριν από οδοντιατρική επέμβαση στους ασθενείς υψηλού και μετρίου κινδύνου. Μετά από μεγάλο αριθμό μελετών, στις περισσότερες από τις οποίες η αποτελεσματικότητα της χημειοπροφύλαξης αμφισβητείται, η ΑΗΑ (2007) αναθεώρησε τις προηγούμενες οδηγίες και υιοθέτησε νέες.

### ΟΔΗΓΙΕΣ ΑΗΑ (AMERICAN HEART ASSOCIATION) 2007

Οι αναθεωρημένες οδηγίες της ΑΗΑ (2007)<sup>6</sup> αφορούν στον περιορισμό των ομάδων των ασθενών στους οποίους απαιτείται χημειοπροφύλαξη, αλλαγή της οδού χορήγησης από ενδομυϊκή ή ενδοφλέβια σε από του στόματος και μείωση του διαστήματος χορήγησης των αντιμικροβιακών.

Οι αναθεωρήσεις<sup>1, 6</sup> που οδήγησαν στις νεότερες οδηγίες οφείλονται στο ότι:

- Θεωρείται πως ένας πολύ μικρός αριθμός περιπτώσε-



ων ΛΕ μπορεί να αποτραπεί από την χορήγηση αντιβιοτικών για οδοντιατρικές επεμβάσεις, ακόμα και αν αυτή η προφυλακτική θεραπεία είναι η ενδεδειγμένη.

- Η χημειοπροφύλαξη για ΛΕ κατά τις οδοντιατρικές επεμβάσεις θεωρείται λογική μόνο για ασθενείς με καρδιακή νόσο που συνδέεται με υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση ΛΕ.
- Στους παραπάνω ασθενείς χημειοπροφύλαξη δικαιολογούν οι επεμβάσεις που αφορούν στους περιοδοντικούς ιστούς, στην περιακροριζική περιοχή ή προκαλούν διάτρηση του στοματικού βλεννογόνου.

Η λογική για αυτές τις αναθεωρήσεις είναι βασισμένη στα εξής:

- Η μικροβιαμία που προκαλείται από τις καθημερινές δραστηριότητες έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να προκαλέσει ΛΕ από τη μικροβιαμία που προκαλείται από μια οδοντιατρική επέμβαση.
- Η χημειοπροφύλαξη μπορεί να αποτρέψει ένα εξαιρετικά μικρό αριθμό περιπτώσεων ΛΕ σε άτομα που υποβάλλονται σε οδοντιατρικές επεμβάσεις.
- Ο κίνδυνος από τις δυσμενείς αντιδράσεις που οφείλονται στα αντιβιοτικά υπερβαίνει ενδεχομένως το όφελος από την προφύλαξη για ΛΕ.
- Η εφαρμογή σωστής στοματικής υγιεινής μπορεί να μειώσει την επίπτωση της βακτηριαμίας από τις καθημερινές δραστηριότητες και θεωρείται σημαντικότερη από την χημειοπροφύλαξη για τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης ΛΕ μετά από μια οδοντιατρική επέμβαση.

Σήμερα, σύμφωνα με τις οδηγίες της ΑΗΑ, χημειοπροφύλαξη χορηγείται πριν από μια οδοντιατρική επέμβαση σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, όχι με βάση τον αυξημένο κίνδυνο για ΛΕ αλλά εκεί όπου αναμένεται δυσμενής έκβαση σε περίπτωση προσβολής από ΛΕ<sup>5, 6, 26</sup>. Οι οδηγίες αναφέρουν ποιες κατηγορίες ασθενών έχουν ανάγκη χημειοπροφύλαξης, το είδος των επεμβάσεων καθώς επίσης και τα δοσολογικά σχήματα που πρέπει να εφαρμοσθούν<sup>1, 6</sup>. Παρόμοιες με τις οδηγίες της ΑΗΑ εξέδωσε και η ESC (European Society of Cardiology) το 2009<sup>30, 31</sup>.

Αντίθετα, η NICE (National Institute For Health and Clinical Excellence) το 2008<sup>32</sup> εξέδωσε οδηγίες, στις οποίες δεν συνιστά αντιβίωση για την πρόληψη της ΛΕ στις οδοντιατρικές επεμβάσεις, σε καμιά κατηγορία ασθενών, ακόμα και σε αυτούς που θεωρούνται υψηλού κινδύνου. Τις οδηγίες αυτές στην συνέχεια υιοθέτησε και η BSAC (British Society for Antimicrobial Chemotherapy)<sup>22</sup>. Αυτές οι συστάσεις της NICE και της BSAC δεν είναι απόλυτα αποδεκτές από την καρδιολογική κοινότητα, η οποία θεωρεί ότι, παρόλο που ένα μικρό ποσοστό ασθενών κινδυνεύει από ΛΕ λόγω στρεπτόκοκκων και έχει ανάγκη χημειοπροφύλαξης, μία δόση αντιβίωσης πριν από μια επεμβατική οδοντιατρική εργασία, είναι εξαιρετικά απίθανο να προκαλέσει οποιαδήποτε σοβαρή βλάβη στον ασθενή<sup>22</sup>.

Οι καρδιακές παθήσεις που σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο δυσμενούς έκβασης ΛΕ για τις οποίες συνιστάται χημειοπροφύλαξη κατά τις οδοντιατρικές επεμβάσεις σύμφωνα με τις τελευταίες οδηγίες της ΑΗΑ<sup>6</sup>, αναφέρονται στον πίν. 1. Όπως βλέπουμε, έχει περιορισθεί ο αριθμός

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 1

##### **Καρδιακές καταστάσεις που σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο δυσμενούς έκβασης ΛΕ, στις οποίες συνιστάται αντιβιοτική χημειοπροφύλαξη για οδοντιατρικές επεμβάσεις (ΑΗΑ)<sup>6</sup>.**

Προσθετικές καρδιακές βαλβίδες

Ιστορικό προηγούμενης ΛΕ

Συγγενείς καρδιοπάθειες

Μη διορθωμένες ή ατελώς διορθωμένες που προκαλούν κυάνωση. Συμπεριλαμβάνονται και τα ανακουφιστικά αγγειακά μοσχεύματα (shunts και conduits)

Πλήρως διορθωμένες, με προσθετικό υλικό ή συσκευή, που τοποθετήθηκαν με χειρουργική επέμβαση ή καθετήρα, τους πρώτους 6 μήνες μετά την επέμβαση

Συγγενείς καρδιοπάθειες που έχουν διορθωθεί χειρουργικά αλλά η διόρθωση είναι ατελής στην περιοχή του μοσχεύματος ή σε παρακείμενη περιοχή  
Καρδιακό μόσχευμα το οποίο προκαλεί πρόβλημα στη λειτουργία των βαλβίδων

των καρδιακών νόσων που έχουν ένδειξη για χημειοπροφύλαξη. Έτσι δεν συνιστάται πλέον η χορήγηση αντιβιοτικών προληπτικά στους ασθενείς με πρόπτωση της μιτροειδούς, σε ρευματική καρδιοπάθεια, σε μεσοκοιλιακή ή μεσοκοιλιακή επικοινωνία. Για τους ασθενείς με πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας ή υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια υπάρχει προβληματισμός αν θα έπρεπε να συμπεριληφθούν εκ νέου στις ομάδες υψηλού κινδύνου<sup>33, 34</sup>. Βέβαια ο οδοντίατρος, εκτός από τον πραγματικό κίνδυνο για ανάπτυξη ΛΕ θα πρέπει να συνεκτιμήσει και άλλους παράγοντες, όπως οι συνυπάρχουσες παθήσεις καθώς και η αντίδραση του ασθενή, που είχε συνηθίσει να τού χορηγείται αντιβίωση σε προηγούμενες οδοντιατρικές επεμβάσεις.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 2

##### **Οδοντιατρικές επεμβάσεις στις οποίες συνιστάται χημειοπροφύλαξη (ΑΗΑ)<sup>6</sup>.**

Όσες απαιτούν χειρισμούς στους περιοδοντικούς ιστούς, την περιακροριζική περιοχή ή πρόκειται να προκαλέσουν διάτρηση του βλεννογόνου του στόματος

- Εξαγωγές δοντιών
- Αποτρίγωση δοντιών όταν αναμένεται αιμορραγία
- Ανοικτή χειρουργική απόξεση στο περιοδόντιο
- Ακρορριζεκτομή
- Οδοντικά εμφυτεύματα
- Λήψη ιστοτεμαχίου για βιοψία
- Αφαίρεση ραμμάτων
- Αρχική τοποθέτηση ορθοδοντικών δακτυλίων
- Ενδοσυνδεσμική ένεση τοπικού αναισθητικού

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3**

**Οδοντιατρικές επεμβάσεις στις οποίες δεν συνιστάται χημειοπροφύλαξη (ΑΗΑ)<sup>1,6</sup>.**

- Ενέσεις τοπικού αναισθητικού σε ιστούς που δεν φλεγμαίνου
- Ενδοστοματικές ακτινογραφίες
- Τοποθέτηση προσαρμογή ή αφαίρεση προσθετικών ή ορθοδοντικών συσκευών
- Τοποθέτηση ορθοδοντικών «brackets»
- Απόπτωση νεογιλών δοντιών
- Αιμορραγία από τραύμα στα χείλη ή στον βλεννογόνο του στόματος

Οι οδοντιατρικές εργασίες που απαιτούν χημειοπροφύλαξη για την πρόληψη της ΛΕ σύμφωνα με την ΑΗΑ<sup>6</sup> παρατίθενται στον πίν. 2 ενώ οι οδοντιατρικές εργασίες που δεν απαιτούν χημειοπροφύλαξη παρατίθενται στον πίν. 3.

Τα προτεινόμενα σχήματα αντιβιοτικών, η δοσολογία τους και η οδός χορήγησης σύμφωνα με την ΑΗΑ (2007)<sup>6</sup>, ESC (2009)<sup>31</sup>, NICE (2008)<sup>22</sup> και BSAC (2008)<sup>22</sup> καταγράφονται στους πίν. 4 και 5. Οι νεότερες οδηγίες της ΑΗΑ<sup>6</sup>, με τις οποίες συναινεί και η ESC, συστήνουν εφάπαξ δόση του αντιβιοτικού 1 ώρα πριν την επέμβαση αν η λήψη γίνει από το στόμα ή 30 λεπτά εάν χορηγηθεί ενδομυϊκά ή ενδοφλέβια.

Η αμοξικιλίνη θεωρείται το αντιβιοτικό πρώτης επιλογής γιατί έχει πολύ καλή απορρόφηση από τον γαστρεντερικό σωλήνα με αποτέλεσμα να επιτυγχάνονται υψηλές συγκεντρώσεις του αντιβιοτικού στον ορό του αίματος. Επίσης είναι αρκετά δραστικό εναντίον των στρεπτόκοκκων. Πρέπει να επισημανθεί, όμως, ότι σε ασθενείς με ιστορικό αναφυλαξίας, κνίδωσης ή αγγειοοιδήματος μετά από λήψη αμοξικιλίνης ή αμπικιλίνης, δεν πρέπει να χορηγούνται εναλλακτικά κεφαλοσπορίνες γιατί υπάρχει ο κίνδυνος της διασταυρούμενης αλλεργίας.

Συνιστάται να αποφεύγεται η ενδομυϊκή χορήγηση των αντιβιοτικών στους ασθενείς που παίρνουν αντιπηκτικά (κίνδυνος αιματώματος) αλλά να προτιμάται η λήψη τους από το στόμα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4**

**Δοσολογικά σχήματα αντιμικροβιακής χημειοπροφύλαξης πριν από οδοντιατρικές επεμβάσεις (ΑΗΑ)<sup>6</sup>.**

Οδός χορήγησης	Φάρμακο	Εφ άπαξ δόση 30-60 λεπτά πριν την επέμβαση	
		Ενήλικες	Παιδιά
Από το στόμα	Αμοξικιλίνη	2 g	50 mg/kg
Αδυναμία λήψης από το στόμα	Αμπικιλίνη ή Κεφαζολίνη ή Κεφτριαξόνη	2 g IM ή IV	50 mg/kg IM ή IV
		1 g IM ή IV	50 mg/kg IM ή IV
Αλλεργία στην πενικιλίνη ή αμπικιλίνη	Κεφαλεξίνη	2 g	50 mg/kg
	Κλινδαμυκίνη	600 mg	20 mg/kg
	Αζιθρομυκίνη ή Κλαριθρομυκίνη	500 mg	15 mg/kg
Αλλεργία στην πενικιλίνη ή αμπικιλίνη και αδυναμία λήψης από το στόμα	Κεφαζολίνη ή Κεφτριαξόνη ή Κλινδαμυκίνη	1 g IM ή IV	50 mg/kg IM ή IV
		600 mg IM ή IV	20 mg/kg IM ή IV

IM: Ενδομυϊκά  
IV: Ενδοφλέβια  
Δεν πρέπει να χορηγούνται κεφαλοσπορίνες σε ασθενείς με ιστορικό αναφυλαξίας, αγγειοοιδήματος ή κνίδωσης στην πενικιλίνη ή την αμπικιλίνη

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 5</b>				
<b>Δοσολογικά σχήματα αντιμικροβιακής χημειοπροφύλαξης πριν από οδοντιατρικές επεμβάσεις (ESC<sup>31</sup>, NICE<sup>22</sup>, BSAC<sup>23</sup>)</b>				
	Οδός χορήγησης	Φάρμακο	Εφ'άπαξ δόση 30-60 λεπτά πριν την επέμβαση	
			Ενήλικες	Παιδιά
	Από το στόμα	Αμοξικιλίνη	2 g	50 mg/kg
	Αδυναμία λήψης από το στόμα	Αμπικιλίνη Κεφαζολίνη ή Κεφτριαξόνη 1 g IV	2 g IM ή IV  50 mg/kg IV	50 mg/kg IM ή IV
<b>ESC</b>	Αλλεργία στην πενικιλίνη ή αμπικιλίνη  Από το στόμα	Κλινδαμυκίνη	600 mg	20 mg/kg
	Αλλεργία στην πενικιλίνη ή αμπικιλίνη και αδυναμία λήψης από το στόμα	Κλινδαμυκίνη	600 mg IV	20 mg/kg IV
<b>NICE</b>		Κανέναν	-	-
<b>BSAC</b>		Κανέναν	-	-
IV: Ενδοφλέβια Δεν πρέπει να χορηγούνται κεφαλοσπορίνες σε ασθενείς με ιστορικό αναφυλαξίας, αγγειοοιδήματος ή κνίδωσης στην πενικιλίνη ή την αμπικιλίνη				

Εάν ένας ασθενής λαμβάνει μακροχρόνια θεραπεία με ένα αντιβιοτικό, είναι προτιμότερο πριν από μια οδοντιατρική επέμβαση να επιλέξει ένα αντιβιοτικό από διαφορετική κατηγορία, παρά να αυξήσει τη δόση του αντιβιοτικού που ήδη λαμβάνει<sup>5</sup>. Επίσης, μεσοδιάστημα τουλάχιστον 10 ημερών πρέπει να παρεμβάλλεται προκειμένου το ίδιο αντιβιοτικό να μπορεί να χορηγηθεί ως χημειοπροφύλαξη.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η πιθανότητα πρόκλησης ΛΕ από μικροβαιμία μετά από οδοντιατρική παρέμβαση είναι εξαιρετικά μικρή
- Οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη της ΛΕ περιορίζουν την συνεχώς αυξανόμενη χρήση, ίσως και την κατάχρηση των αντιβιοτικών κατά τις οδοντιατρικές επεμβάσεις, ο ρόλος των οποίων πιθανόν είχε

υπερεκτιμηθεί. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση των ανεπιθύμητων ενεργειών τους (αύξηση ανθεκτικών στελεχών, εκδήλωση αλλεργικών αντιδράσεων).

- Ουσιαστική σημασία για την αποφυγή της ΛΕ έχει η προληπτική χορήγηση χημειοπροφύλαξης μόνο σε ασθενείς με σοβαρές καρδιακές παθήσεις που σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο δυσμενούς έκβασης εάν εκδηλώσουν ΛΕ και μόνο σε εκείνες τις οδοντιατρικές επεμβάσεις στις οποίες αναμένεται αυξημένη μικροβιαμία.
- Η αντιβίωση χορηγείται σε εφάπαξ δόση λίγο πριν την επέμβαση. Επαναληπτική δόση χορηγείται μόνο σε μεγάλης διάρκειας επέμβαση. Χορήγηση αντιβιοτικών για χρονικό διάστημα > 12-24 ωρών δεν θεωρείται προφύλαξη αλλά θεραπεία.
- Στις χειρουργικές επεμβάσεις απαιτείται από τους ο-



δοντιάτρους η τήρηση των κανόνων ασηψίας-αντισηψίας. Η έλλειψη ασηψίας δεν υποκαθίσταται από τα αντιβιοτικά.

- Πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην τήρηση των κανόνων στοματικής υγιεινής ιδιαίτερα στους ασθενείς υψηλού κινδύνου.
- Οι οδοντίατροι καλούνται να ενημερωθούν και συγχρόνως να ενημερώσουν και να ευαισθητοποιήσουν τους ασθενείς τους στην υιοθέτηση των νέων οδηγιών.

## SUMMARY

### Antimicrobial chemoprophylaxis for prevention of infective endocarditis in Dentistry

T. Zouridakí, F. Zervou-Valvi

*hellenic hospital dentistry 3: 13-20, 2010*

*In Dentistry, antimicrobial chemoprophylaxis is widely used for prevention of infective endocarditis (IE). IE is a rare but serious and often life-threatening disease, which mainly results from the combination of bacteraemia (sometimes provoked) and a predisposing cardiac condition.*

*Invasive dental procedures involving bone and/or soft tissues such as extractions or periodontal therapy may provoke transient bacteremia. Transient bacteremia may also be noticed during routine daily activities such as toothbrushing and chewing food.*

*There is still a lack of convincing clinical evidence supporting the efficacy of providing chemoprophylaxis for prevention of IE. So, during the last years a considerable change is developing in the relevant attitude.*

*The last guidelines of AHA developed in 2007, which seem to be widely accepted, recommend prophylaxis only for patients having an adverse outcome if IE occurs. This category includes patients with a prosthetic cardiac valve, prosthetic material used for cardiac valve repair, a past history of IE or cardiac valvulopathy following cardiac transplantation.*

*This study aims to review a) the literature data referring the risk of developing IE due to dental procedures, and b) the current tendencies of antimicrobial chemoprophylaxis for prevention of IE related to dental procedures.*

**Key words:** antimicrobial chemoprophylaxis, infective endocarditis, dental procedures

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Nishimura RA, Carabello BA, Faxon DP, Freed MD, Lytle BW, O'Gara PT et al: ACC/AHA 2008 Guideline update on valvular heart disease: focused update on infective endocarditis: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52: 676-685.
2. Gopalakrishnan PP, Shukla SK, Tak T: Infective Endocarditis: Rationale for Revised Guidelines for Antibiotic Prophylaxis. *Clin Med Res* 2009; 7(3): 63-68.
3. Tleyjeh IM, Steckelberg JM, Murad HS et al: Temporal trends in infective endocarditis: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *JAMA* 2005; 293(24): 3022-3028.
4. Βρεττός Α, Πεπελάση Ε: Νεότερα δεδομένα σχετικά με την πρόληψη της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας στον οδοντιατρικό ασθενή. *Ελλ Στομ Χρον* 2009; 53: 59-69.
5. Mazokopakis EE, Karefilakis CM, Starakis IK: Prevention of Bacterial Endocarditis. *Cardiovasc Hematol Disord Drug Targets* 2009; 9(4): 236-239
6. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al: Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2007; 116: 1736-1754.
7. Paster BJ, Boches SK, Galvin JL, Ericson RE, Lau CN, Levanos VA et al: Bacterial diversity in human subgingival plaque. *J Bacteriol* 2001; 183: 3770-3783.
8. Lockhart PB, Durack DT: Oral microflora as a cause of endocarditis and other distant site infections. *Infect Dis Clin North Am* 1999; 13: 833-850.
9. Socransky SS, Haffajee AD, Smith GL, Dzink JL: Difficulties encountered in the search for the etiology agents of destructive periodontal diseases. *J Clin Periodontol* 1987; 14: 588-593.
10. Aas JA, Paster BJ, Stokes LN, Olsen I, Dewhirst FE: Defining the normal bacterial flora of the oral cavity. *J Clin Microbiol* 2005; 43: 5725-5732.
11. Lockhart PB: The risk for endocarditis in dental practice. *Periodontol* 2000 2000; 23: 127-135.
12. Pallasch TJ, Slots J: Antibiotic prophylaxis and the medically compromised patient. *Periodontol* 2000 1996; 10: 107-138.
13. Roberts GJ, Holzel HS, Sury MR, Simmons NA, Gardner P, Longhurst P: Dental bacteremia in children. *Pediatr Cardiol* 1997; 18: 24-27.
14. Forner L, Larsen T, Kilian M, Holmstrup P: Incidence of bacteremia after chewing, tooth brushing and scaling in individuals with periodontal inflammation. *J Clin Periodontol* 2006; 33: 401-407.
15. Sconyers JR, Crawford JJ, Moriarty JD: Relationship of bacteremia to toothbrushing in patients with periodontitis. *J Am Dent Assoc* 1973; 87: 616-622.
16. Schlein RA, Kudlick EM, Reindorf GA, Gregory J, Royal GC: Tooth-brushing and transient bacteremia in patients undergoing orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1991; 99: 466-472.
17. Heimdahl A, Hall G, Hedberg M, Sandberg H, Soder PQ, Tuner K, Nord CE: Detection and quantitation by lysis-filtration of bacteremia after different oral surgical procedures. *J Clin Microbiol* 1990; 28: 2205-2209.
18. Roberts GJ, Jaffray EC, Spratt DA, Petrie A, Greville C, Wilson M, et al: Duration, prevalence and intensity of bacteremia after dental extractions in children. *Heart* 2006; 92: 1274-1277.
19. Roberts GJ: Dentists are innocent! Everyday bacteremia is

- the real culprit: a review and assessment of the evidence that dental surgical procedures are a principal cause of bacterial endocarditis in children. *Pediatr Cardiol* 1999; 20: 317-325.
20. *Embil JM, Chan KL*: The American Heart Association 2007 endocarditis prophylaxis guidelines: A compromise between science and common sense. *Can J Cardiol* 2008; 24(9):673-675.
  21. *Lockhart PB, Brennan MT, Throrhill M, Michalowicz BS, Bahrani-Mougeot FK, Sasser HC*: Poor oral hygiene as a risk factor for infective endocarditis-related bacteremia. *J Am Dent Assoc* 2009; 140 (10): 1238-1244
  22. *Shanson D*: New guidelines and the development of an international consensus on recommendations for the antibiotic prophylaxis of infective endocarditis. *International Health* 2010; 2: 231-238.
  23. *Pallasch TJ, Wahl MJ*: Focal infection: new age or ancient history? *Endodontic Topics* 2003; 4: 32-45.
  24. *Marfariane TW, Ferguson MM, Mulgrew CJ*: Post-extraction bacteremia: role of antiseptics and antibiotics. *Br Dent J* 1984; 156: 179-181.
  25. *Oliver R, Roberts GJ, Hooper L*: Penicillins for the prophylaxis of bacterial endocarditis in dentistry. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD003813.
  26. *Πατρικίου Α, Μελακόπουλος Ι*: Πενήντα χρόνια αντιμικροβιακή χημειοπροφύλαξη για την πρόληψη της Λοιμώδους Ενδοκαρδίτιδας. Τι έχει αλλάξει από το 1997. *Στοματολογία* 2008; 65: 83-88.
  27. *Tsolka P, Katritsis D*: Infective Endocarditis Prophylaxis for Dental Procedures in 2009: What Has Changed. *Hellenic J Cardiol* 2009; 50: 493-397.
  28. *Σακελλάρη Δ*: Νέες οδηγίες για αντιμικροβιακή χημειοπροφύλαξη σε ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα στην Οδοντιατρική. *Ελλ Στομ Χρον* 2008; 52: 103-107.
  29. *Prabhu RM, Piper KE, Baddour LM, Steckelberg JM, Wilson WR, Patel R*: Antimicrobial susceptibility patterns among viridans group streptococcal isolates from infective endocarditis patients 1971 to 1986 and 1994 to 2002. *Antimicrob Agents Chemother* 2004; 48 (11): 4463-4465.
  30. *Harrison JL, Prendergast BD, Habib G*: The European Society of Cardiology 2009 guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis. *Pol Arch Med Wewn* 2009; 119(12): 773-776.
  31. *Habib G, Hoen B, Tornos P, Thuny F, Prendergast B, Vilacosta I, et al*: Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of infective endocarditis (new version 2009). The Task Force on the Prevention, Diagnosis and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology. *European Heart J* 2009; 30: 2369-2413.
  32. *Rickey R, Wray D, Stokes T*: Prophylaxis against infective endocarditis: summary of NICE guidance. *BMJ* 2008; 336: 770-771.
  33. *Dhoble A, Vedre A, Abdelmoneim SS, Sudini SR, Ghose A, Abela GS et al*: Prophylaxis to prevent infective endocarditis: to use or not to use? *Clin Cardiol* 2009; 32(8): 429-33.
  34. *Maron BJ, Lever H*: In Defense of Antimicrobial Prophylaxis for Prevention of Infective Endocarditis in Patients With Hypertrophic Cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol* 2009; 54: 2339-2340.

---

### Διεύθυνση για επικοινωνία:

Θ. Ζουριδάκη

Λ. Ιωνίας 128, 713 05 Ηράκλειο

Τηλ: 2810 210282

e-mail: tzouridaki@gmail.com

# Συγγειλίτιδα σε ηλικιωμένους ασθενείς με κινητές προσθετικές εργασίες

A. E. Κοσιώνη\*

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης της συγγειλίτιδας σε ηλικιωμένους ασθενείς με κινητές προσθετικές εργασίες.

Εξετάστηκαν 85 ασθενείς (33 άνδρες και 52 γυναίκες) με μέση ηλικία τα 71,4 έτη (εύρος διακυμαίνσης: 60-90 έτη), οι οποίοι έφεραν κινητές προσθέσεις. Όλοι έφεραν ολική οδοντοστοιχία στην άνω γνάθο και 78,8% στην κάτω γνάθο. Στους ασθενείς έγινε λήψη ιστορικού και κλινική εξέταση. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με δοκιμασίες  $\chi$  τετράγωνο, t-tests, Fishers exact tests, Mann-Whitney tests και με πολλαπλή λογαριθμιστική εξάρτηση ( $p \leq 0.05$ ).

Συγγειλίτιδα παρατηρήθηκε στο 29,4% των συμμετεχόντων (34,6% των γυναικών και 21,2% των ανδρών). Η εμφάνισή της ήταν συχνότερη στις γυναίκες, σε ασθενείς με συνεχή χρήση της άνω οδοντοστοιχίας, με ελλιπή υποστήριξη του γωνιαίου μυϊκού κόμβου, μειωμένη κάθετη διάσταση και με ιστορικό αναιμίας, χωρίς όμως να καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μόνο με την ταυτόχρονη παρουσία στοματίτιδας από οδοντοστοιχίες ( $p < 0.05$ ).

Για την πρόληψη της βλάβης είναι σημαντικό πέρα από τον έλεγχο των γενικών αιτιολογικών παραγόντων να γίνεται και έλεγχος για την παρουσία στοματίτιδας αλλά και για τυχόν ατέλειες των οδοντοστοιχιών οι οποίες προδιαθέτουν στην ανάπτυξη πτυχώσεων στην περιστοματική περιοχή.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 3: 21-24, 2010

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συγγειλίτιδα χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδη αντίδραση στις γωνίες του στόματος. Η κλινική εικόνα παρουσιάζει διαφοροποιήσεις ως προς την εμφάνιση και τη σοβαρότητα μεταξύ των ασθενών<sup>1</sup>. Εμφανίζεται ως ερυθηματώδης βλάβη με ραγάδες στις συγγειλίες, συνήθως αμφίπλευρα, που ενίοτε καλύπτονται από εφελκίδες και συχνά αιμορραγούν<sup>2-4</sup>. Η συχνότητα εμφάνισης

ποικίλλει με βάση τη βιβλιογραφία από 3,4%-30%<sup>3,5-10</sup>. Η κυριότερη αιτία είναι η μόλυνση κυρίως από μύκητες (συνήθως *Candida albicans*), σταφυλόκοκκο *aureus* ή στρεπτόκοκκο αλλά ενοχοποιούνται και διάφοροι γενικοί παράγοντες όπως είναι η σιδηροπενική αναιμία, στερεητικές καταστάσεις (B12), η στοματική αναπνοή, η αλεργία εξ επαφής και η ατοπική δερματίτιδα<sup>1-6,11,12</sup>. Παρατηρείται ιδιαίτερα συχνά σε ασθενείς με ολικές οδοντοστοιχίες<sup>1,5,10,11</sup>.

Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συχνότητα εμφάνισης της συγγειλίτιδας σε δείγμα ηλικιωμένων ασθενών με οδοντοστοιχίες και να συσχετιστεί με διάφορους συνυπάρχοντες παράγοντες κινδύνου.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Εξετάστηκαν 85 άτομα που προσήλθαν για προσθετική θεραπεία στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών ηλικίας 60-90 ετών με μέση ηλικία τα 71,4 έτη (Sd=7.0). Οι 33 ήταν άνδρες και οι 52 γυναίκες. Όλοι έφεραν ολική άνω οδοντοστοιχία και το 78,8% ολική κάτω. Στους ασθενείς ελή-

**Λέξεις κλειδιά:** συγγειλίτιδα, στοματίτιδα, οδοντοστοιχίες, ηλικιωμένοι.

\* Επίκουρη Καθηγήτρια Κινητής Προσθετικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

**Ίδρυμα προέλευσης**  
Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε από τον ΕΛΚΕ του ΕΚΠΑ (70/4/7559)



φθη συνέντευξη βάσει συγκεκριμένου ερωτηματολογίου και ακολούθως έγινε κλινική εξέταση από τον ίδιο ερευνητή. Το ερωτηματολόγιο κατέγραψε την ηλικία, το ιατρικό ιστορικό, το κάπνισμα, τη διάρκεια χρήσης οδοντοστοιχιών, την ηλικία των τελευταίων οδοντοστοιχιών, τις συνήθειες χρήσεις τους και τη συχνότητα καθαρισμού τους. Η κλινική εξέταση περιλάμβανε επισκόπηση των συγγειλιών και του βλεννογόνου του στόματος για την παρουσία συγγειλίτιδας και στοματίτιδας καθώς και τον έλεγχο των οδοντοστοιχιών. Εξετάστηκαν η κάθετη διάσταση (με την παραδοχή ότι 2-4 χλ ελεύθερου μεσοφραγματικού χώρου ήταν αποδεκτά), η σύγκλιση (ταύτιση της κεντρικής σχέσης με τη μέγιστη συγγόμφωση), η υποστήριξη του γωνιαίου μυϊκού κόμβου, χελών και παρειών και η παρουσία πλάκας ή τρυγίας (άνω των 2/3 της οδοντοστοιχίας να καλύπτονται από ορατή πλάκα ή τρυγία).

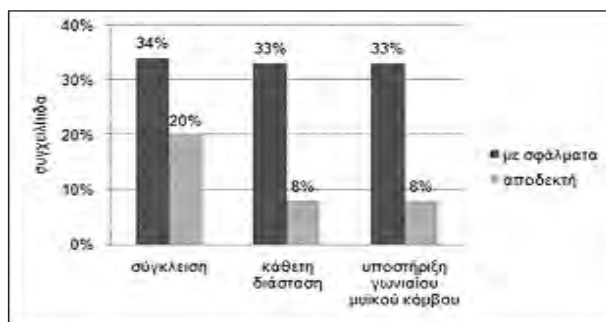
Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε περιγραφική στατιστική, δοκιμασίες χ τετράγωνο, t-tests, Mann-Whitney tests και Fisher Exact tests. Όσες από τις ανεξάρτητες μεταβλητές είχαν στατιστική συσχέτιση με την εξηρημένη μεταβλητή (παρουσία συγγειλίτιδας) μικρότερη από  $p < 0.25$  συμπεριλήφθησαν σε δοκιμασία πολλαπλής λογαριθμιστικής εξάρτησης. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο  $p \leq 0.05$ .

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Συγγειλίτιδα καταγράφηκε σε 25 άτομα (29,4%). Η συχνότητα εμφάνισης ήταν πιο συχνή στις γυναίκες (34,6%) σε σχέση με τους άνδρες (21,2%), χωρίς ωστόσο να καταγραφεί στατιστικά σημαντική διαφορά (χ τετράγωνο,  $p=0.281$ ). Η ηλικία επίσης δεν σχετιζόταν με την εμφάνιση συγγειλίτιδας (t-test,  $p=0.658$ ). Στατιστικά σημαντική διαφορά καταγράφηκε μόνο στη συχνότητα εμφάνισης της συγγειλίτιδας σε σχέση με τη στοματίτιδα (χ τετράγωνο,  $p=0.012$ ) (πίν. 1). Το 45,7% των ασθενών με στοματίτιδα εμφάνιζαν και συγγειλίτιδα σε σχέση με το 18% όσων δεν είχαν στοματίτιδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1		
Η σχέση μεταξύ της συχνότητας εμφάνισης της συγγειλίτιδας και της στοματίτιδας στο δείγμα των ασθενών με οδοντοστοιχίες		
	Στοματίτιδα	
Συγγειλίτιδα	ναι	όχι
ναι	16 (45.7%)	9 (18.0%)
όχι	19 (54.3%)	41 (82.0%)
p=0.012		

Σε ασθενείς με μειωμένη κάθετη διάσταση, ελλιπή υποστήριξη του γωνιαίου μυϊκού κόμβου και λανθασμένη σύγκλιση καταγράφηκαν αρκετά αυξημένα ποσοστά εμφάνισης συγγειλίτιδας, αλλά όχι σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ( $p > 0.05$ ) (εικ. 1). Επιπλέον το 38,6% όσων φορούσαν συνεχώς την άνω οδοντοστοιχία παρουσίαζε συγγειλίτιδα σε σχέση με το 19,5% όσων τη φορούσαν



**Εικόνα 1** Συχνότητα εμφάνισης συγγειλίτιδας σε σχέση με τις τεχνικές ατέλειες των οδοντοστοιχιών των εξεταζόμενων (μειωμένη κάθετη διάσταση, ελλιπής υποστήριξη γωνιαίου μυϊκού κόμβου, λανθασμένη σύγκλιση)

μόνο τη μέρα ή πιο σπάνια (χ τετράγωνο,  $p=0.090$ ). Η παρουσία πλάκας και τρυγίας στις οδοντοστοιχίες, οι συνήθειες καθαρισμού τους, η ηλικία των τελευταίων άνω οδοντοστοιχιών και τα έτη που παρήλθαν από την τοποθέτηση της πρώτης οδοντοστοιχίας δεν σχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με την παρουσία συγγειλίτιδας ( $p > 0.05$ ).

Το 50% των ασθενών με αναιμία και το 38,5% των ασθενών με διαβήτη είχαν συγγειλίτιδα (Fishers exact test,  $p=0.150$  και χ τετράγωνο,  $p=0.512$  αντίστοιχα). Η συγγειλίτιδα δεν σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με συμπτώματα καυσalgίας ή ξηροστομίας (χ τετράγωνο,  $p > 0.05$ ). Επίσης δεν σχετιζόταν με το κάπνισμα (χ τετράγωνο,  $p > 0.05$ ).

Στην πολλαπλή λογαριθμιστική εξάρτηση εξετάστηκε η εμφάνιση της συγγειλίτιδας σε σχέση με τη στοματίτιδα, το φύλο, την παρουσία αναιμίας, τη χρήση της άνω οδοντοστοιχίας, τη μειωμένη κάθετη διάσταση και την ελλιπή υποστήριξη του γωνιαίου μυϊκού κόμβου. Μόνο η στοματίτιδα σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την εμφάνιση της συγγειλίτιδας (odds ratio=0.260,  $p=0.031$ ).

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Η συχνότητα εμφάνισης της συγγειλίτιδας στην παρούσα μελέτη ήταν αυξημένη (29,4%) σε σχέση με άλλες μελέτες (26%<sup>6</sup>, 6%<sup>7</sup>, 4,8%<sup>8</sup>, 5,7%<sup>9</sup>, 10,2%<sup>10</sup>). Ωστόσο υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφόρων μελετών ως προς το υλικό και τη μεθοδολογία, όπως είναι η ηλικία των εξεταζόμενων και η οδοντική κατάσταση.

Η συνθεότερη πηγή μόλυνσης των συγγειλιών είναι η ενδοστοματική παρουσία μυκήτων και κυρίως της Candida Albicans<sup>6, 13</sup>. Η ενδοστοματική αυτή μόλυνση μπορεί να διαχυθεί εύκολα προς τις γωνίες του στόματος μέσω του σάλιου και να τις επιμολύνει<sup>5, 6</sup>. Επίσης αναφέρεται επιμολύνηση των συγγειλιών και από τη μύτη, κυρίως από σταφυλόκοκκους<sup>6, 13</sup>.

Η χρήση οδοντοστοιχιών κυρίως στην άνω γνάθο ευνοεί τις συνθήκες ανάπτυξης αναερόβιου περιβάλλοντος με χαμηλό οξυγόνο και χαμηλό pH και δημιουργεί συνθήκες ανάπτυξης της Candida<sup>13</sup>. Οι οδοντοστοιχίες οι οποίες έ-

χουν αποικιστεί από μικρόβια δρουν ως πηγές συνεχούς επιμόλυνσης τόσο για τις επιφάνειες έδρασής τους όσο και για τις γύρω περιοχές<sup>5</sup>. Γι' αυτό και στην παρούσα ό-πως και σε άλλες μελέτες<sup>6</sup> ο παράγοντας εκείνος που σχετίστηκε στατιστικά περισσότερο με την παρουσία συγγειλίτιδας ήταν η παρουσία στοματίτιδας από οδο-ντοστοιχίες. Στη μελέτη των Wilkieson et al<sup>6</sup> το 53% όσων είχαν στοματίτιδα από οδοντοστοιχίες έπασχε και από συγγειλίτιδα, σε αντίθεση με το 14% που έπασχε από συγγειλίτιδα χωρίς ταυτόχρονη παρουσία στοματίτιδας. Η στατιστική ανάλυση στην παρούσα μελέτη κατέδειξε ότι η παρουσία της στοματίτιδας ήταν πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την παρουσία συγγειλίτιδας από τα γενικά προβλήματα υγείας όπως είναι η σιδηροπε-νική αναιμία ή ο διαβήτης. Ένας επιπρόσθετος επιβαρυντικός παράγοντας κινδύ-νου για τους φέροντες οδοντοστοιχίες είναι και οι τυχόν τεχνικές τους ατέλειες και ιδιαίτερα η μειωμένη κάθετη διάσταση και η μειωμένη υποστήριξη του γωνιαίου μυϊ-κού κόμβου, των χειλέων και των παρειών. Οι παράγο-ντες αυτοί προδιαθέτουν στην ανάπτυξη πτυχώσεων στη ρινοχειλική αύλακα και στις συγγειλίες οι οποίες διαβρέ-χονται συνεχώς από το σάλιο και εύκολα μπορούν να ε-πιμολυνθούν από μικροοργανισμούς<sup>1, 5, 12, 13</sup>. Επιπλέον η κακή εφαρμογή με τους υποκείμενους ιστούς προκαλεί συχνό τραυματισμό τους και προδιαθέτει στην ανάπτυξη μόλυνσης<sup>13</sup>.

Αυτές οι καταστάσεις συνήθως παρατηρούνται μετά από μακροχρόνια χρήση των ίδιων οδοντοστοιχιών χωρίς ε-πανεξετάσεις και επιδιορθώσεις από τον Οδοντίατρο. Στις περιπτώσεις αυτές, ως αποτέλεσμα της συνεχούς απορρόφησης των φατνιακών ακρολοφιών και της φθο-ράς των οδοντοστοιχιών, καταγράφεται το φαινόμενο των εκτεταμένων αποτριβών των δοντιών, της μείωσης της κάθετης διάστασης, της προοίσθησης της κάτω γνάθου (γεροντικό προσωπείο) και της ελλιπούς υπο-στήριξης χειλέων και παρειών.

Στην παρούσα μελέτη αν και η συγγειλίτιδα ήταν πιο συ-χνή στους ασθενείς με ανάλογα προβλήματα στις οδο-ντοστοιχίες, αυτά δεν αποτέλεσαν ανεξάρτητους σημα-ντικούς παράγοντες αύξησης της εμφάνισής της, όπως άλλωστε καταγράφηκε και σε άλλες μελέτες<sup>1</sup>.

Ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ασθενείς όπου η ηλικία και η νόσος προδιαθέτουν στην ανάπτυξη μυκητιάσεων είναι σκόπιμο ο Οδοντίατρος να προσπαθεί να ελέγξει όλους εκείνους τους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου που είναι εύκολα αναστρέψιμοι και αφορούν στην κατά-σταση και χρήση των οδοντοστοιχιών. Οι χρήστες οδο-ντοστοιχιών θα πρέπει να λαμβάνουν κατάλληλες οδη-γίες ώστε να ελέγχεται κατά το δυνατόν η εμφάνιση της στοματίτιδας και της συγγειλίτιδας (πχ. να αποφεύγεται η συνεχής 24ωρη χρήση οδοντοστοιχιών και να γίνεται σωστή υγιεινή και απολύμανσή τους<sup>3, 12, 13, 14</sup>). Μία συμβου-λή για τους ηλικιωμένους ασθενείς με συχνή εμφάνιση στοματίτιδας και συγγειλίτιδας που σπανίως δίνεται είναι τουλάχιστον κατά τη διάρκεια της θεραπείας, να μην α-φήνουν τις οδοντοστοιχίες το βράδυ σε νερό αλλά να τις αφήνουν στον αέρα σε ξηρό περιβάλλον, καθώς έχει κα-ταδειχθεί ότι αυτή η πρακτική ελαττώνει το μικροβιακό

φορτίο<sup>15</sup>. Υπάρχει η άποψη ότι η παραπάνω οδηγία θα πρέπει να δίνεται και σε όλους τους ευάλωτους ηλικιω-μένους ασθενείς με οδοντοστοιχίες. Οι ασθενείς θα πρέ-πει επίσης να ενημερώνονται ότι οι οδοντοστοιχίες χρει-άζονται τακτικούς επανελέγχους για αναπροσαρμογή της βάσης τους ενώ μετά από κάποια χρόνια επιβάλλεται η αντικατάστασή τους.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη σε ασθενείς με κινητές προσθέ-σεις καταγράφηκαν υψηλά ποσοστά συγγειλίτιδας τα ο-ποία συσχετίστηκαν κυρίως με την ταυτόχρονη παρου-σία στοματίτιδας από οδοντοστοιχίες. Για τον έλεγχο και την πρόληψη του προβλήματος είναι σημαντικό πέρα από τον έλεγχο των γενικών αιτιολογικών παραγόντων να γίνεται και έλεγχος για την παρουσία στοματίτιδας αλλά και για τυχόν ατέλειες των οδοντοστοιχιών οι οποίες προδιαθέτουν στην ανάπτυξη πτυχώσεων στην περιστο-ματική περιοχή.

## SUMMARY

### Angular cheilitis in older denture wearers

A. E. Kossioni

*hellenic hospital dentistry 3: 21-24, 2010*

*Angular cheilitis is a common complaint affecting the angles of the mouth. The main cause seems to be infection by yeasts (Candida albicans), staphylococcus aureus or streptococci, but there are also other systemic causes (anemia, nutritional deficiencies). The condition is frequently observed in complete denture wearers. The aim of this study was to investigate the prevalence of angular cheilitis in a group of denture wearers and the association of the condition with various risk factors. Eighty-five denture patients of the Athens Dental School with a mean age of 71.3 years (range: 60-90 years) were interviewed and clinically examined by the same investigator. All the patients wore complete upper dentures and 78.8% a complete lower denture. The association of angular cheilitis with various potentially predisposing factors was investigated including medical condition, age, sex, smoking habits, duration of maxillary denture experience, age of the last maxillary dentures, wearing frequency, denture hygiene habits, presence of denture stomatitis, quality of dentures and denture hygiene. The results were statistically analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, t-tests, Fishers exact tests, Mann-Whitney tests and multiple logistic regression analysis. Angular cheilitis was recorded in 29.4% of the sample. Statistically significant associations using the chi-square tests and the multiple regressions analysis were recorded only between angular cheilitis and denture stomatitis ( $p < 0.05$ ): 45.7% of the participants with denture stomatitis also presented angular cheilitis. Angular cheilitis was more frequent in the females (34.6%), in patients with anemia (50%) and in*

those who continuously used their maxillary dentures (38.6%), but not significantly. It was also more frequent in patients with defective dentures (reduced occlusal vertical dimension, incorrect centric occlusion, inadequate modiolus support). The findings in the present study indicate that the prevention of denture stomatitis and the correction of dentures defects predisposing to skin folds at the corners of the mouth could reduce the risk for angular cheilitis in older denture wearers.

**Key words:** angular cheilitis, stomatitis, dentures, elderly

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Öhman S-C, Dahlén G, Möller Å, Öhman A: Angular cheilitis: a clinical and microbial study. *J Oral Pathol* 1986; 15:213-217.
2. Ζερβού-Βάλβη Φ: Παθολογία του στόματος στην τρίτη ηλικία. Στο: Η. Καρκαζής - Γ. Πολυζώης Εισαγωγή στη Γηροδοντιατρική και Γναθοπροσωπική Προσθητική, Εκδ. Μπιονισέλ, Αθήνα, 1998, σελ. 93-110.
3. Κοσιώνη ΑΕ, Ζερβού-Βάλβη Φ: Συνήθεις βλάβες του βλεννογόνου του στόματος σε ηλικιωμένους σχετιζόμενες με τη χρήση κινητών προσθετικών εργασιών. *Ελλ Νοσ Οδοντ* 2009; 2: 75-81.
4. Farah CS, Lynch N, McCullough MJ: Oral fungal infections: an update for the general practitioner. *Austr Dent J* 2010; 55: 4854.
5. Budtz-Jorgensen E: Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol* 1981; 10:65-80.
6. Wilkieson C, Samaranayake LP, MacFarlane TW, Lamey P-J, MacKenzie D: Oral candidosis in the elderly in long term hospital care. *J Oral Pathol Med* 1991; 20: 13-16.
7. MacEntee MI, Glick N, Stolar E: Age, gender, dentures and oral mucosal disorders. *Oral Diseases* 1998; 4: 32-36.
8. Jankittivong A, Aneksuk V, Langlais RP: Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Diseases* 2002; 8: 218-223.
9. Coelho CMP, Sousa YTCS, Daré AMZ: Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. *J Oral Rehabil* 2004; 31: 135-139.
10. Freitas JB, Gomez RS, de Abreu MHNG, Ferreira E, Ferreira E: Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. *J Oral Rehabil* 2008; 35:370-374.
11. Devani A, Barankin B. Angular cheilitis: *Can Fam Physician* 2007; 53: 1022-1023.
12. Sharon V, Fazel N: Oral candidiasis and angular cheilitis. *Dermatol Ther* 2010; 23: 230-242.
13. Akpan A, Morgan R: Oral candidiasis. *Postgrad Med J*. 2002; 78; 455-459.
14. Kossioni AE: The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in an older Greek population. *Gerodontology* 2011; 28: 85-90.
15. Stafford GD, Arendorf T, Huggett R: The effect of overnight drying and water immersion on candidal colonization and properties of complete dentures. *J Dent* 1986; 2: 52-56.

---

#### Διεύθυνση για επικοινωνία:

A. E. Κοσιώνη,  
Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών,  
Θηβών 2 Γουδί, Αθήνα 11527,  
Τηλ: 2107461212,  
e-mail: akossion@dent.uoa.gr



## Συγκοπτικό επεισόδιο: Η συχνότερη επείγουσα κατάσταση κατά την άσκηση της Οδοντιατρικής

Ε. Μπογοσιάν\*

*Ως συγκοπτικό επεισόδιο ορίζεται η παροδική απώλεια της συνείδησης, που οφείλεται σε πρόσκαιρη ελάττωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου και χαρακτηρίζεται από ταχεία έναρξη, σύντομη διάρκεια και αυτόματη πλήρη ανάρρωση. Τα συγκοπτικά επεισόδια αντιστοιχούν σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 53% των επειγουσών καταστάσεων που σημειώνονται κατά την άσκηση της οδοντιατρικής. Χαρακτηρίζονται από ξαφνική πτώση της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού.*

*Παράγοντες που συμβάλλουν στην έκλυση συγκοπτικού επεισοδίου είναι ο φόβος, το άγχος, ο ξαφνικός μη αναμενόμενος πόνος, η θέα του αίματος και των χειρουργικών εργαλείων. Κατά την άσκηση της οδοντιατρικής, συνήθως συμβαίνουν στη διάρκεια της τοπικής αναισθησίας, της ενδοδοντικής θεραπείας, των εξαγωγών των δοντιών ή και της φλεβοκέντησης.*

*Ο έλεγχος του φόβου και του άγχους του ασθενή με φαρμακευτικές ή άλλες τεχνικές, η οριζόντια ή ημικλινή θέση του στη διάρκεια της επέμβασης, η χρήση επιφανειακών αναισθητικών πριν την τοπική αναισθησία και ο έλεγχος του πόνου στη διάρκεια της επέμβασης συμβάλλουν στην πρόληψη των συγκοπτικών επεισοδίων.*

*Η αντιμετώπιση ενός συγκοπτικού επεισοδίου περιλαμβάνει την οριζοντίωση του ασθενή, χαλάρωση των ρούχων του, χορήγηση οξυγόνου, διεγερτικών του αναπνευστικού και σε ορισμένες περιπτώσεις φυσιολογικού ορού ή/και ατροπίνης. Παρά τη σχετικά αθώα φύση του απαιτείται άμεση, ψύχραμη και μεθοδική αντιμετώπιση για την ασφάλεια του ασθενή.*

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 3: 25-29, 2010

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως συγκοπτικό επεισόδιο ορίζεται η **παροδική** απώλεια της συνείδησης που οφείλεται σε πρόσκαιρη ελάττωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου και χαρακτηρίζεται από ταχεία έναρξη, σύντομη διάρκεια και αυτόματη πλήρη ανάρρωση. Άλλοι όροι που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν το συγκοπτικό επεισόδιο είναι οι όροι λιποθυμία, βαγοτονικό επεισόδιο ή νευροκαρδιογενής συγκο-

πή. Πρόκειται για συνήθως αθώα, επείγουσα ιατρική κατάσταση, που όμως αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά μπορεί να αποβεί απειλητική για την ανθρώπινη ζωή. Με βάση τις τελευταίες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης Καρδιολογίας τα συγκοπτικά κατατάσσονται στην ευρύτερη κατηγορία των παροδικών επεισοδίων απώλειας της συνείδησης<sup>1</sup>. Τα αίτια ενός συγκοπτικού επεισοδίου μπορεί να οφείλονται σε καρδιακή πάθηση ή να είναι εξωκαρδιακά. Σχεδόν όλες οι καρδιακές παθήσεις, καθώς και οι παθήσεις των καρωτίδων μπορεί να εκδηλωθούν με συγκοπτικό επεισόδιο. Συγκοπτικό επεισόδιο σε ηλικιωμένο ασθενή μπορεί να οφείλεται σε σοβαρή υποκείμενη αιτία και χρειάζεται διερεύνηση.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της επιδημιολογίας, των προδιαθεσικών παραγόντων, της πρόληψης, της παθοφυσιολογίας, της συμπτωματολογίας και της αντιμετώπισης των συγκοπτικών επεισοδίων μη καρδιακής αιτιολογίας.

**Λέξεις κλειδιά:** συγκοπτικό επεισόδιο, ιατρικό επειγόν, οδοντιατρική θεραπεία.

\* Επιμελήτρια Α' Οδοντιατρικής Κλινικής ΕΣΥ

### Ίδρυμα προέλευσης

Οδοντιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Τα συγκοπτικά επεισόδια είναι συχνά στο γενικό πληθυσμό. Συνήθως συμβαίνουν στις ηλικίες μεταξύ 10 και 30 ετών, με το μεγαλύτερο ποσοστό να σημειώνεται στην ηλικία των 15 ετών (47% στις γυναίκες και 31% στους άνδρες). Σε μελέτη βρέθηκε ότι μόνο το 5% των ενηλίκων είχαν το πρώτο τους συγκοπτικό επεισόδιο σε ηλικία μεγαλύτερη των 40 ετών. Στην πλειονότητά τους εκδηλώθηκε συγκοπτικό επεισόδιο για πρώτη φορά στη διάρκεια της εφηβείας. Αύξηση παρατηρείται και στις ηλικίες μετά τα 65 ή κατά άλλους τα 70 χρόνια τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Ποσοστό 1% των ασθενών που προσέρχονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των Ευρωπαϊκών Νοσοκομείων οφείλεται σε συγκοπτικά επεισόδια<sup>1</sup>. Αποτελούν τη συχνότερη μορφή ιατρικού επειγόντος που παρατηρείται κατά την άσκηση της οδοντιατρικής. Σύμφωνα με μελέτες περίπου το 53% των ιατρικών επειγόντων που σημειώνονται κατά την άσκηση της οδοντιατρικής είναι συγκοπτικά επεισόδια<sup>2-5</sup>.

### ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην έκλυση συγκοπτικού επεισοδίου διακρίνονται σε δυο κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία είναι οι ψυχογενείς παράγοντες. Εδώ ανήκουν ο φόβος, το άγχος, το στρες, το άκουσμα δυσάρεστων νέων. Επίσης ο πόνος -ιδιαίτερα ο ξαφνικός μη αναμενόμενος πόνος-, η θέα του αίματος και των χειρουργικών εργαλείων<sup>2,3,6,7</sup>.

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι μη ψυχογενείς παράγοντες. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται η παραμονή σε καθιστή ή όρθια θέση για μεγάλο χρονικό διάστημα, που ευνοεί τη λίμναση του αίματος στα κάτω άκρα. Επίσης η πείνα, που οφείλεται σε δίαιτα ή σε χαμένα γεύματα -πολλές φορές και εξαιτίας των οδοντιατρικών επεμβάσεων- που προκαλεί πτώση του σακχάρου του αίματος και υπογλυκαιμία. Η κόπωση, η κακή φυσική κατάσταση, καθώς και το περιβάλλον με υγρασία, ζέστη και συνωστισμό.

Συνήθως στο οδοντιατρείο τα συγκοπτικά επεισόδια φαίνεται να σχετίζονται με την τοπική αναισθησία, τις εξαγωγές δοντιών, τις ενδοδοντικές θεραπείες, τη φλεβοκέντηση και τη θέα του αίματος και των χειρουργικών εργαλείων. Ωστόσο έχουν συμβεί επεισόδια μόλις κάθισε ο ασθενής στην οδοντιατρική έδρα ή και με την είσοδο του στο οδοντιατρείο<sup>2,6,8</sup>.

### ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη επιτυγχάνεται με την ελαχιστοποίηση των προδιαθεσικών παραγόντων για την έκλυση συγκοπτικού επεισοδίου. Το περιβάλλον στο οδοντιατρείο συνήθως δεν είναι ούτε υγρό ούτε συνωστισμένο και δεν προδιαθέτει από αυτή την άποψη σε συγκοπτικά επεισόδια. Όμως, πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα για να τη σωστή θερμοκρασία του. Ο επαρκής κλιματισμός του είναι αναγκαίος και εξαλείφει τον δυσμενή παράγοντα της ζέστης. Επίσης στον ασθενή πρέπει να συνιστάται να έχει

λάβει ελαφρά τροφή πριν την επέμβαση, για να αποτρέπεται ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας<sup>2</sup>.

Βασική προϋπόθεση για την πρόληψη κάθε μορφής ιατρικού επειγόντος είναι η λεπτομερής λήψη ιατρικού ιστορικού και η εκτίμηση της φυσικής κατάστασης του ασθενή πριν την επέμβαση. Η γνώση του ιατρικού ιστορικού του ασθενή είναι σημαντική για την έγκαιρη αναγνώριση του ιατρικού επειγόντος. Γνωρίζοντας το ιστορικό του ασθενή ο οδοντίατρος είναι προετοιμασμένος για τις πιθανές αντιδράσεις του και είναι σε θέση να αντιδράσει ταχύτερα<sup>7,9-11</sup>. Η διαδικασία λήψης του ιστορικού πρέπει να συμπληρώνεται από την εκτίμηση της ικανότητας του ασθενή να ανεχθεί το σωματικό και ψυχολογικό στρες της επέμβασης. Έχει βρεθεί ότι ποσοστό 75% των ιατρικών επειγόντων στο οδοντιατρείο οφείλονται σε στρες. Γι' αυτό κατά τη λήψη του ιστορικού οι ασθενείς πρέπει να διερευνώνται για τη στάση τους προς την οδοντιατρική θεραπεία. Πολλοί ενήλικες οδοντιατρικοί ασθενείς έχουν άγχος και φόβο προς την οδοντιατρική θεραπεία που μάλιστα μπορεί να ντρέπονται να εκδηλώσουν<sup>2,6,7</sup>. Αν προκύψει τέτοιο στοιχείο πρέπει να ζητείται η συμπλήρωση των ειδικών ερωτηματολογίων μέτρησης της οδοντιατρικής ανησυχίας<sup>12,13</sup>. Εφόσον διαπιστωθεί αυξημένος φόβος, πρέπει να εφαρμόζονται τεχνικές ψυχολογικής υποστήριξης ή να χρησιμοποιούνται μέθοδοι ενσυνείδητης καταστολής για την ασφαλή αντιμετώπιση τους<sup>2,6,7,14</sup>. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζονται οι ασθενείς που από τη λήψη του ιστορικού τους κατατάσσονται στις κατηγορίες ASA III ή IV. Σε αυτούς ένα συγκοπτικό επεισόδιο μπορεί να εξελιχθεί σε κατάσταση απειλητική για τη ζωή. Το στρες που στον υγιή μπορεί να προκαλέσει συγκοπτικό επεισόδιο, είναι πιθανόν στον ασθενή με καρδιαγγειακά προβλήματα να προκαλέσει αρρυθμίες απειλητικές για τη ζωή και ξαφνικό θάνατο. Στους ασθενείς ASA III ή IV πρέπει να εφαρμόζονται ειδικές τροποποιήσεις της οδοντιατρικής θεραπείας και μέθοδοι ενσυνείδητης καταστολής<sup>2,14</sup>.

Οι ασθενείς με ιστορικό συγκοπτικού επεισοδίου στη διάρκεια προηγούμενης οδοντιατρικής επέμβασης, είναι πιθανόν να υποφέρουν από έντονο άγχος και φόβο ότι το επεισόδιο θα επαναληφθεί. Η οδοντιατρική επέμβαση πρέπει να είναι ανώδυνη και κατά το δυνατόν σύντομη. Οι ασθενείς στη διάρκειά της πρέπει να παρακολουθούνται και να υποστηρίζονται ψυχολογικά να την ανεχθούν. Και στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να χρησιμοποιηθεί κάποια μέθοδος ενσυνείδητης καταστολής<sup>14</sup>.

Ο κίνδυνος συγκοπτικού επεισοδίου είναι μεγαλύτερος για τον οδοντιατρικό ασθενή που είναι όρθιος ή σε καθιστή θέση. Η οδοντιατρική θεραπεία, όπως συνηθίζεται τα τελευταία χρόνια με τον ασθενή σε ύπτια ή ημικλινή θέση έχει αποτέλεσμα την πρόληψη πολλών επεισοδίων. Οι οδοντίατροι που εργάζονται σε όρθια θέση πρέπει να τροποποιούν τη συνήθειά τους αυτή τουλάχιστον για τη χορήγηση της τοπικής αναισθησίας. Η τοπική αναισθησία είναι η διαδικασία που περισσότερο από κάθε άλλη προκαλεί συγκοπτικά επεισόδια. Η ύπτια θέση του ασθενή στη διάρκεια της αποτρέπει την εκδήλωση της επιπλοκής. Στη συνέχεια η οδοντιατρική έδρα μπορεί να μετακινηθεί στη θέση εργασίας που συνηθίζει ο οδοντία-

τρος<sup>2,6,7</sup>.

Ο ξαφνικός και μη αναμενόμενος πόνος μπορεί να είναι αιτία συγκοπτικού επεισοδίου και πρέπει να αποφεύγεται από την αρχή της επέμβασης. Η τοπική αναισθησία πρέπει να είναι κατά το δυνατόν ανώδυνη. Είναι σκόπιμο να χρησιμοποιούνται επιφανειακά αναισθητικά στο σημείο έμπαρσης της βελόνας και η έγχυση του τοπικού αναισθητικού στους ιστούς να γίνεται όσο το δυνατό πιο αργά<sup>7,14</sup>. Είναι ευνόητο ότι σε όλη τη διάρκεια της οδοντιατρικής θεραπείας απαιτείται πλήρης έλεγχος του πόου με επαρκή σε βάθος και διάρκεια αναισθησία.

## ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η πρόκληση ενός συγκοπτικού επεισοδίου οφείλεται στην ελάττωση της ροής του αίματος στον εγκέφαλο κάτω από ένα κρίσιμο όριο και χαρακτηρίζεται από ξαφνική πτώση της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας. Το στρες που μπορεί να οφείλεται σε φόβο (ψυχολογικό στρες) ή σε μη αναμενόμενο πόνο (σωματικό-φυσιολογικό στρες) προκαλεί απελευθέρωση κατεχολαμινών (επινεφρίνης και νορ-επινεφρίνης) στην κυκλοφορία του αίματος. Η αύξηση των κατεχολαμινών προκαλεί αυξημένη αγγειοδιαστολή των περιφερικών αγγείων και αύξηση της αιμάτωσης των σκελετικών μυών, προκειμένου να διευκολύνουν τον οργανισμό να απαντήσει με αυξημένη μυϊκή δραστηριότητα (πάλη ή φυγή). Σε φυσιολογικές καταστάσεις, όπου η μυϊκή δραστηριότητα αυξάνεται (όταν δηλαδή ο άνθρωπος αντιδρά με πάλη ή φυγή), οι μύες που κινητοποιούνται δεν κρατούν το αίμα να λιμνάζει, αλλά το προωθούν πίσω στην κυκλοφορία του αίματος και στην καρδιά. Έτσι διατηρείται η αρτηριακή πίεση σε κανονικά επίπεδα. Αντίθετα στις περιπτώσεις που δεν ακολουθεί μυϊκή δραστηριότητα (όπως όταν ο ασθενής συνεχίζει να κάθεται φαινομενικά άταραχος στην οδοντιατρική έδρα), ο μεγάλος όγκος αίματος που συσσωρεύεται στους μύες προκαλεί ελάττωση του όγκου αίματος της κυκλοφορίας, πτώση της αρτηριακής πίεσης και ελάττωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου. Η αύξηση της καρδιακής συχνότητας στη φάση αυτή, που οφείλεται στη διέγερση των τασεοϋποδοχέων της αορτής, οφείλεται στην ανάπτυξη αντισταθμιστικών μηχανισμών που προσπαθούν να αυξήσουν την καρδιακή απόδοση και να διατηρήσουν στο φυσιολογικό την τιμή της αρτηριακής πίεσης. Οι μηχανισμοί αυτοί υφίστανται γρήγορα κόπωση και αναπτύσσεται αντανακλαστική βραδυκαρδία με λιγότερες από 50 σφύξεις το λεπτό, σημαντική πτώση του όγκου παλμού και μεγάλη πτώση της αρτηριακής πίεσης σε επίπεδα κάτω από αυτά που είναι κρίσιμα για τη διατήρηση της συνείδησης. Το αποτέλεσμα είναι εγκεφαλική ισχαιμία και απώλεια της συνείδησης<sup>2,6</sup>.

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η απώλεια της συνείδησης δεν επέρχεται απότομα. Συνήθως μεσολαβεί κάποιος χρόνος ικανός για να πάρει κάποιες προφυλάξεις ο ασθενής από μόνος του (να καθίσει αν είναι όρθιος) ή να ενημερώσει τον οδοντίατρο

για το ότι δεν αισθάνεται καλά ή για να αντιληφθεί ο οδοντίατρος τα πρώτα σημεία του επερχόμενου επεισοδίου. Ο ασθενής αρχικά μπορεί να αναφέρει αίσθημα θερμότητας στην τραχηλοπροσωπική χώρα, χάνει το χρώμα του (το δέρμα γίνεται ωχρο ή παίρνει γκρι απόχρωση), «λούζεται» από κρύο ιδρώτα, που εμφανίζεται πρώτα στο μέτωπο και αναφέρει ότι δεν αισθάνεται καλά ή ότι αισθάνεται πως θα λιποθυμήσει. Καθώς εξελίσσεται η κατάσταση παρατηρείται μυδρίαση, χασμουρητό, υπέρπνοια, ψυχρότητα στα άκρα, πτώση της αρτηριακής πίεσης και του αριθμού των σφύξεων. Η όραση θολώνει, ο ασθενής αισθάνεται ότι ζαλίζεται, μπορεί να έχει ναυτία και τάση προς έμετο και επέρχεται η απώλεια της συνείδησης<sup>2,7,8,15</sup>.

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ - ΠΡΟΣΥΓΚΟΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Ο όρος «προσυγκοπτικό» επεισόδιο αναφέρεται σε σημεία και συμπτώματα που συμβαίνουν πριν την απώλεια συνείδησης. Χρησιμοποιείται συχνά για να περιγράψει μια κατάσταση που μοιάζει με τα πρώιμα συμπτώματα της λιποθυμίας αλλά δεν ακολουθείται από απώλεια της συνείδησης. Δεν είναι βέβαιο ότι οι μηχανισμοί που το προκαλούν είναι ίδιοι με αυτούς του συγκοπτικού επεισοδίου<sup>1</sup>.

Με την εμφάνιση των πρώτων σημείων και συμπτωμάτων η οδοντιατρική επέμβαση διακόπτεται και απομακρύνονται τα ξένα σώματα από τη στοματική κοιλότητα. Ο ασθενής τοποθετείται σε οριζόντια θέση με τα πόδια ελαφρά ανυψωμένα (10-15°). Είναι δυνατόν μόνον η αλλαγή της θέσης να αναχαιτίσει την εξέλιξη των συμπτωμάτων. Οι μυϊκές κινήσεις βοηθούν στην επιστροφή του αίματος από την περιφέρεια. Εάν ο ασθενής μπορεί, οι εκούσιες κινήσεις των κάτω άκρων περιορίζουν τη λίμναση του αίματος στην περιφέρεια και ελαττώνουν τη σοβαρότητα του συμβάντος. Χορηγείται οξυγόνο, θραύεται μια αμπούλα αρωματικής αμμωνίας και εμποτίζεται μια γάζα που φέρεται κοντά στη μύτη του ασθενή. Μετά τη λήξη του συμβάντος πρέπει να διερευνηθούν οι αιτίες που το προκάλεσαν ώστε σε επόμενη συνεδρία να εφαρμοστούν κατάλληλες τροποποιήσεις της οδοντοθεραπείας για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος να επαναληφθεί. Η οδοντιατρική θεραπεία συνεχίζεται μόνον εφόσον και τα δυο μέρη - οδοντίατρος και ασθενής - θεωρούν ότι μπορεί να συνεχιστεί. Διαφορετικά η επέμβαση αναβάλλεται<sup>2</sup>.

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ - ΣΥΓΚΟΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Στην περίπτωση που το συμβάν εξελιχθεί σε απώλεια της συνείδησης και ο ασθενής δεν αποκρίνεται σε αισθητικά ερεθίσματα, η οδοντιατρική επέμβαση διακόπτεται, απομακρύνονται τα ξένα σώματα από τη στοματική κοιλότητα και ο ασθενής τοποθετείται αμέσως σε οριζόντια θέση με τα πόδια ελαφρά ανυψωμένα (10-15°). Η μη άμεση οριζοντίωση του ασθενή μπορεί να προκαλέσει σοβαρές μόνιμες νευρολογικές βλάβες ή και θάνατο οφειλόμενο στην εγκεφαλική ισχαιμία. Εξαιρούνται και δεν τοποθετούνται στη θέση αυτή οι γυναίκες σε προχωρημένη ε-



γκυμοσύνη. Στην περίπτωση αυτή η οδοντιατρική έδρα οριζοντιώνεται και η ασθενής μετακινείται στη δεξιά της πλευρά, ενώ μια διπλωμένη κουβέρτα ή ένα μαξιλάρι τοποθετείται αριστερά πίσω από την πλάτη της για να τη στηρίξει. Στη θέση αυτή η μήτρα με το έμβρυο δεν πιέζουν τα αγγεία και απελευθερώνεται η επιστροφή του φλεβικού αίματος στην καρδιά<sup>2,6,7</sup>.

Ενεργοποιείται το σύστημα αντιμετώπισης επειγόντων του οδοντιατρείου και κάθε μέλος αναλαμβάνει να εκτελέσει τα καθήκοντα του<sup>2,16,17</sup>. Ακολουθούνται τα βήματα ABC (Airway-Breathing-Circulation) της αντιμετώπισης του ασθενή με απώλεια συνείδησης<sup>2,6,15</sup>.

**Αεραγωγός (A):** Απελευθερώνεται ο αεραγωγός με υπερέκταση της κεφαλής και ανυψώνοντας το πηγούνι.

**Αναπνοή (B):** Διατηρώντας τον αεραγωγό ανοικτό, γίνεται έλεγχος αν υπάρχει την αναπνοή. Παρατηρείται αν μετακινείται ο θώρακας, οι ήχοι που παράγονται από την αναπνοή, ο αέρας που εκπνέεται. Συνήθως η οριζοντιώση του ασθενή και η διασφάλιση της αναπνευστικής λειτουργίας είναι αρκετά για να συνέλθει ο ασθενής.

**Κυκλοφορία (C):** Ψηλαφάται ο καρωτιδικός σφυγμός και ελέγχεται αν υπάρχει κυκλοφορία. Στις περισσότερες περιπτώσεις διαπιστώνεται αδύναμος, νηματώδης σφυγμός και χαμηλή καρδιακή συχνότητα. Συνήθως κατά τον έλεγχο της κυκλοφορίας ο ασθενής έχει αρχίσει ήδη να επανέρχεται.

Ταυτόχρονα χορηγείται οξυγόνο, καταγράφονται τα ζωτικά σημεία του ασθενή και συγκρίνονται με αυτά που έχουν καταγραφεί στη λήψη του ιστορικού, για να εκτιμηθεί η βαρύτητα του επεισοδίου και ο ρυθμός επανόδου. Χαλαρώνονται τυχόν σφιχτά ρούχα, όπως γραβάτες, κολάρα, που μπορεί να παρεμποδίζουν τη ροή του αίματος προς τον εγκέφαλο και ζώνες, που εμποδίζουν την επιστροφή του αίματος από τα πόδια. Μια αμπούλα αρωματικής αμμωνίας χρησιμοποιείται ως ερεθιστικό της αναπνοής. Άλλες αισθητικές διεγέρσεις προκαλούνται με πίεση των υπερκόγχων νεύρων με τον αντίχειρα, με έλξη του τριχωτού της προωτοκρατικής χώρας ή με τοποθέτηση βρεγμένης πετσέτας στο μέτωπο του ασθενή<sup>2,6,7</sup>. Η τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα και η χορήγηση ορού (φυσιολογικού ή Ringeræs Lactated 250-500ml/h) θα βοηθήσει στη βελτίωση των τιμών της αρτηριακής πίεσης<sup>14</sup>. Εάν η βραδυκαρδία επιμένει μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλέβια 0.5 mg ατροπίνη. Η δόση μπορεί να επαναληφθεί και δεύτερη φορά<sup>2,7,10,14,18</sup>. Αν ο ασθενής δεν επανέρχεται καλείται επείγουσα ιατρική βοήθεια και στη διάρκεια της αναμονής εφαρμόζεται Βασική Υποστήριξη της Ζωής (Basic Life Support) με βάση τις τρέχουσες οδηγίες<sup>19</sup>.

Μετά από ένα συγκοπτικό επεισόδιο η οδοντιατρική θεραπεία διακόπτεται. Στη φάση αυτή η πιθανότητα δεύτερου επεισοδίου είναι αυξημένη. Ο οργανισμός χρειάζεται περίπου 24 ώρες για να επανέλθει στην προηγούμενη φυσιολογική του κατάσταση. Καλό είναι να καθοριστεί ο πρωταρχικός, καθώς και πιθανοί δευτερεύοντες παράγοντες που συνέβαλαν στην έκλυση του επεισοδίου ώστε να αποφασιστούν τα μέτρα που θα βοηθήσουν να μην επαναληφθεί σε επόμενη συνεδρία. Μετά από ένα επεισόδιο απώλειας συνείδησης ο ασθενής πρέπει υ-

ποχρεωτικά να φύγει με συνοδεία από το ιατρείο.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, τα συγκοπτικά επεισόδια αποτελούν τη συχνότερη μορφή ιατρικού επειγόντος κατά την άσκηση της οδοντιατρικής. Παρά τη φαινομενικά αθώα φύση τους και τη συνήθως σύντομη διάρκεια τους, μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή. Γι' αυτό χρειάζεται άμεση, ψύχραιμη και μεθοδική αντιμετώπιση που θα εγγυάται την ασφάλεια του ασθενή.

## SUMMARY

### Syncope: The most frequent medical emergency in the dental practice

E. Bogosian

*hellenic hospital dentistry 3: 25-29, 2010*

*Syncope is a transient loss of consciousness due to transient global cerebral hypoperfusion characterized by a rapid onset, short duration and spontaneous complete recovery. It is precipitated by a decrease in cerebral blood flow below a critical level and characterized by a sudden drop in blood pressure and slowing of the heart rate. According to the European Society of Cardiology guidelines, syncope is classified in the larger framework of transient loss of consciousness. Syncope is the most frequently observed emergency in dental offices accounting for approximately 53% of all reported emergencies.*

*Predisposing factors to syncope are fear, stress, anxiety, sudden unexpected pain, the sight of blood and surgical instruments. In the dental office syncope is associated with the administration of local anesthesia, tooth extractions, endodontics and venipuncture.*

*Prevention is accomplished by conducting a thorough medical history of the patient. Patient's physical status should be classified in the American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status Classification System. Patient's ability of tolerating emotional stress should also be evaluated. If fear and anxiety are recognized stress reduction techniques must be used during dental treatment. Patient's proper positioning in a supine or semisupine position in the dental chair is preventive for many instances of syncope. Sufficient pain control is necessary to prevent syncope. Topical anesthesia can be used at the insertion point to anesthetize the tissue before the administration of local anesthetics. Adequate pain control should be accomplished during all dental treatments.*

*Pallor, nausea, dizziness, weakness, bradycardia, hypotension and finally loss of consciousness are progressive signs and symptoms of syncope.*

*When syncope occurs patient should be placed in a horizontal position with elevated legs, clothes should be loosened and oxygen administered. A respiratory stimulant as ammonia inhalant can be used. If signs and*

*symptoms insist an intravenous access should be established. For continuing hypotension a saline solution should be infused and for continuing bradycardia 0.5 ml atropine should be administered intravenously. Although innocuous syncope must be properly managed for patient's safety.*

**Key words:** medical emergency, syncope, dental treatment

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). The Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 30(21): 2631-2671.
- Malamed SF*: Medical Emergencies in the Dental Office. 6th ed. St. Louis. Mosby. 2007: 137-146.
- Greenwood M*: Medical emergencies in the dental practice. Periodontol 2000 2008; 46: 27-41.
- Fast TB, Martin MD, Ellis TM*: Emergency preparedness: a survey of dental practitioners. J Am Dent Assoc 1986; 112: 499-501.
- Atherton GJ, McCaul JA, Williams SA*: Medical emergencies in general dental practice in Great Britain Part 1: their prevalence over a 10-year period. Br Dent J 1999; 186(2): 72-79.
- Μάρτης ΧΣ*: Επιπλοκές και καταστάσεις ανάγκης στην οδοντιατρική πράξη. 1η εκδ. Θεσσαλονίκη. 1980: 119-128.
- Φραγκίσκος ΔΦ*: Επείγοντα περιστατικά στο οδοντιατρείο. 1η Έκδοση. Αθήνα. 1999: 97-99.
- Τσίρλης Α*: Επείγουσες καταστάσεις στο Οδοντιατρείο. Θεσσαλονίκη. Φωτοτυπωτική. 1997: 41-43.
- Reed KL*: Basic management of medical emergencies. Recognizing a patient's distress. J Am Dent Assoc 2010; 141: 20S -24S.
- Haas DA*: Management of Medical Emergencies in the Dental Office: Conditions in Each Country, the Extent of Treatment by the Dentist. Anesth Prog 2006; 53: 20-24.
- Smeets EC, Keur I, Oosting J, Abraham-Inpijn L*: Acute Medical Complications in 277 General Dental Practices. Prev Med 1999; 28: 481-487.
- Corah NL*: Development of a dental anxiety scale. J Dent Res 1969; 48(4): 596.
- Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ*: The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. Community Dent Health 1995; 12(3): 143-150.
- Niwa H, Hirota Y, Shibutani T, Matsuura H*: Systemic Emergencies and their Management in Dentistry: Complications Independent of Underlying Disease. Anesth Prog 1996; 43: 29-35.
- <http://www.resus.org.uk/pages/MEdental.pdf>/ Standards for clinical practice and training for dental practitioners and dental care professionals in general dental practice. A statement from the Resuscitation Council (UK). July 2006. Revised May 2008, όπως αυτό εμφανίζεται την 16/11/2009.
- Haas D.A.*: The Dental Team Approach to Medical Emergencies. Inside Dentistry 2011; 7(3): 117.
- Haas D.A.*: Preparing dental office staff members for emergencies. Developing a basic action plan. J Am Dent Assoc 2010; 141: 8S -13S.
- Βουρβαχάκης Δ*: Πρωτόκολλα Εξειδικευμένης Αντιμετώπισης Επείγοντων Περιστατικών. 1η Έκδοση. Αθήνα. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. 2004: Ε4.3.
- Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, Koster RW, Wyllie J, Böttiger B*: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. Resuscitation 2010; 81: 1219-1276.

### Διεύθυνση για επικοινωνία:

*Ε. Μπογοσιάν*  
*Στεργιογιάννη 45,*  
*713 05 Ηράκλειο*  
*Τηλ: 2810 392473 και 2810 392475*  
*e-mail: evbogolian@gmail.com*





# Η σημασία της πολυσταδιακής προσθετικής αποκατάστασης σε ασθενή με καρκίνο κεφαλής-τραχήλου

Θ. Τασόπουλος\*, Β. Καραθανάση\*\*, Σ. Γλυκοφρύδης\*\*\*, Β. Καπορδέλης\*\*\*\*,  
Γ. Τασόπουλος\*\*\*\*\*, Ο. Παρασκευοπούλου\*\*\*\*\*

Στα πλαίσια της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου κεφαλής-τραχήλου εφαρμόζεται η χειρουργική αφαίρεση, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία μόνες τους ή σε συνδυασμό. Η στοματογναθική προσθετική αποκατάσταση του ασθενούς κατά τα διάφορα στάδια της θεραπείας βοηθά σημαντικά στη διατήρηση της λειτουργίας και της αισθητικής.

Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή και η ανάδειξη της αναγκαιότητας της πολυσταδιακής προσθετικής αποκατάστασης ασθενούς με καρκίνο κεφαλής-τραχήλου.

Ασθενής, άνδρας 65 ετών με καρκίνο κεφαλής-τραχήλου, μερικά νωδός, προσήλθε για προεγχειρητική προσθετική εκτίμηση και κατασκευή χειρουργικού νάρθηκα. Ακολούθησε ετερόπλευρη άνω ημιγναθεκτομή και κατασκευή ενδιάμεσης προσθετικής εργασίας. Παράλληλα ο ασθενής υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία (συνολική δόση 60 Gray) που προκάλεσε κλείδωμα της ΚΓΔ, για την αντιμετώπιση του οποίου εφαρμόστηκε κινησιοθεραπεία και υπέρηχοι. Σταδιακά βελτιώθηκε η στοματική διάνοιξη και μετά από 3 μήνες παραδόθηκε η μόνιμη πρόσθεση στον ασθενή.

Η πολυσταδιακή προσθετική εκτίμηση και αποκατάσταση συνέβαλε καθοριστικά στην απρόσκοπτη στοματική λειτουργία, στη διατήρηση της αισθητικής και της ποιότητας ζωής του ογκολογικού ασθενούς. Ο χειρουργικός νάρθηκας επέτρεψε την εκτέλεση βασικών λειτουργιών, όπως η φώνηση, η μάσηση και η κατάποση ενώ οι διαδοχικές αναπροσαρμογές του και η ενδιάμεση οδοντοστοιχία μείωσαν την πιθανότητα επιμόλυνσης της πάσχουσας περιοχής, συμβάλλοντας σε μία ομαλή μετεγχειρητική πορεία και στην απρόσκοπτη συνέχιση της ογκολογικής θεραπείας.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 3: 31-38, 2010

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Γναθοπροσωπική Προσθετική (Maxillofacial Prosthetics) ασχολείται με αποκατάσταση ή και την αντικατάσταση συγγενών ή επίκτητων ελλειμμάτων τμήματος ή ολόκληρου του στοματογναθικού και κρανιοπρο-

σωπικού συμπλέγματος με την χρήση προσθέσεων, οι οποίες είτε τοποθετούνται μόνιμα είτε μπορούν να αφαιρούνται<sup>1</sup>.

Οι πρώτες προσπάθειες προσθετικής αποκατάστασης ελλειμμάτων τμήματος ή ολόκληρης της υπερώας έγιναν από τον Ambroise Pare στις αρχές του 1500 και αφο-

**Λέξεις κλειδιά:** ογκολογικός ασθενής, καρκίνος κεφαλής τραχήλου, ακτινοθεραπεία, ετερόπλευρη γναθεκτομή, χειρουργικός νάρθηκας, προσθετική αποκατάσταση, διαταραχές ΚΓΔ, μόνιμη πρόσθεση, ποιότητα ζωής.

- \* Οδοντίατρος-Εξειδικευμένος Προσθετολόγος, Υποψήφιος Διδάκτωρ Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
- \*\* Οδοντίατρος-Στοματολόγος, Υποψήφια Διδάκτωρ Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
- \*\*\* Εξειδικευμένος Φυσικοθεραπευτής

\*\*\*\* Επικουρικός Επιμελητής Β, Α.Ο.Ν.Α., Νοσοκομείου Ο Άγιος Σάββας

\*\*\*\*\* Διευθυντής ΩΡΛ Τμήματος Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιά ΜΕΤΑΞΑ

\*\*\*\*\* Επίκουρη Καθηγήτρια, Εργαστήριο Προσθετικής, Οδοντιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Αθηνών

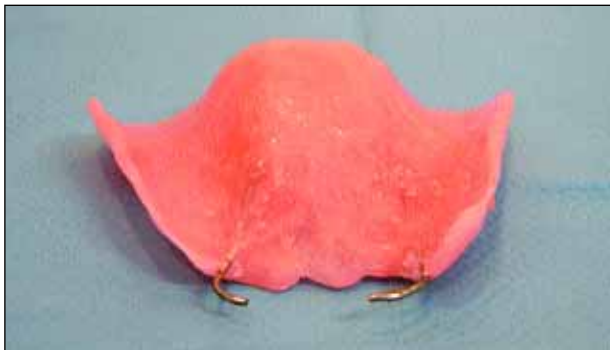
Ίδρυμα προέλευσης  
Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ  
Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά ΜΕΤΑΞΑ  
Ιδιωτικό ιατρείο

ρούσαν σε συγγενή προβλήματα. Ο Claude Martin περιέγραψε για πρώτη φορά το 1875 τον χειρουργικό νάρθηκα. Το 1927, ο Fry επισήμανε την σημασία λήψης αρχικών αποτυπωμάτων πριν την χειρουργική επέμβαση ενώ ο Steadman περιέγραψε την χρήση ακρυλικών προσθέσεων αναπροσαρμοζόμενες με γουταπέρκα σε συγγενές έλλειμμα της άνω γνάθου<sup>2</sup>. Σήμερα η χρήση του νάρθηκα είναι ευρέως διαδεδομένη και απαραίτητη αμέσως μετά την χειρουργική αποκατάσταση συγγενών ή επίκτητων ελλειμμάτων.

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής άνδρας ηλικίας 65 ετών με καρκίνο κεφαλής - τραχήλου προσήλθε στο οδοντιατρείο για προεγχειρητική εκτίμηση προσθετικής αποκατάστασης. Ο ασθενής ήταν μερικά νωδός και έφερε ζεύγος μερικών οδοντοστοιχιών για περισσότερα από 20 χρόνια. Το πιο πρόσφατο ζευγάρι των οδοντοστοιχιών είχε κατασκευαστεί πριν 5 χρόνια και τα υπάρχοντα δόντια στην άνω γνάθο ήταν ο 11, 12 και 21 ενώ στην κάτω γνάθο ήταν οι 33, 34, 42, 44, 45 και 47.

Κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής επίσκεψης στο οδοντιατρείο πραγματοποιήθηκε<sup>3</sup>: 1) λεπτομερής λήψη ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού, 2) πλήρης οδοντοστοματολογική κλινική εξέταση, 3) λήψη αποτυπωμάτων με τη χρήση αλγινικού για την κατασκευή διαγνωστικών εκμαγείων, και 4) σχεδιασμός και κατασκευή της χειρουργικής πρόσθεσης (surgical obturator), (εικ. 1), από εν ψυχρώ αυτοπολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη σε συνεργασία πάντα με τον θεράποντα χειρουργό του ασθενή.



**Εικόνα 1:** Χειρουργικός νάρθηκας (surgical obturator) από εν ψυχρώ αυτοπολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη (Unifast III, GC Corp, Tokyo, Japan).

Στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο ΜΕΤΑΞΑ πραγματοποιήθηκε χειρουργική αφαίρεση της βλάβης και διενέργεια βιοψίας. Το χειρουργικό παρασκεύασμα που λήφθηκε περιλάμβανε τμήμα της υπερώας (κάτω όριο) με την δεξιά σύστοιχη αμυγδαλή, τμήμα οστού του ιγμορείου και σύστοιχο λεμφαδενικό καθαρισμό.

Συγκεκριμένα το είδος της χειρουργικής επέμβασης που επιλέχθηκε ήταν εκτεταμένη, ετερόπλευρη άνω γναθοκτομή (εικ. 2), με συναφαίρεση τμήματος της μαλακής υπερώας, πλάγια ρινοτομία με διατομή του άνω χείλους στη μέση γραμμή και τραχηλικός λεμφαδενικός καθαρι-

σμός (ΔΕ). Διεγχειρητικά παρατηρήθηκε ότι η βλάβη είχε επεκταθεί α) στη σκληρή υπερώα και εισερχόταν στην κοιλότητα του ιγμορείου, 2) στη μαλακή υπερώα μέχρι το όριο της σταφυλής, και 3) στην παρίσθια κάμαρα μέχρι το ύψος του αμυγδαλικού βόθρου.

Παρά την μεγάλη επέκταση του όγκου κατορθώθηκε να διατηρηθεί ένα αρκετά μεγάλο τμήμα της υπερώας και το οπίσθιο τριτημόριό της, γεγονός που συνέβαλε καθοριστικά στη μεταγενέστερη καλύτερη στήριξη της πρόσθεσης<sup>4</sup>.



**Εικόνα 2:** Ετεροπλευρη γναθοκτομή στην περιοχή της υπερώας με έκταση έως την αγκιστρογναθική εντομή.

Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης πραγματοποιήθηκε η προσαρμογή της χειρουργικής πρόσθεσης βάσει των ορίων της εκτομής και η άμεση τοποθέτησή της. Η προσθετική εργασία συγκρατήθηκε με συρμάτινα άγκιστρα γύρω από τα εναπομείναντα πρόσθια δόντια και ακολούθησε πωματισμός με χρήση βαζελινούχας γάζας και συρραφή του τραύματος.

Η ιστολογική εξέταση του όγκου αποκάλυψε την παρουσία ακανθοκυτταρικού καρκινώματος της υπερώας διηθητικού χαρακτήρα το οποίο σταδιοποιήθηκε ως T3 No M1. Τα πλάγια χειρουργικά όρια εκτομής, η αμυγδαλή, ο σιελογόνος αδένας και το οστόν του ιγμορείου ήταν ελεύθερα νεοπλασματικής διήθησης. Από τους 10 λεμφαδένες που εξετάστηκαν ο ένας είχε στοιχεία νεοπλασματικής διήθησης. Τα τμήματα του βλενογόννου της υπερώας και της αμυγδαλής είχαν καλυφθεί μερικώς από φυσιολογικό επιθήλιο αναπνευστικού τύπου, το οποίο παρουσίαζε οίδημα υποεπιθηλιακών ιστών και ήταν ελεύθερο νεοπλασματικής διήθησης.

Μετά την χειρουργική αφαίρεση του κακοήθους όγκου ο ασθενής υποβλήθηκε σε 35 συνεδρίες ακτινοθεραπείας στην περιοχή κεφαλής - τραχήλου (συνολική δόση 6000 cGy). Οι μασητήρες, ο στερνοκλειδομαστοειδής και οι πτερυγοειδείς μύες, όπως και η κροταφογναθική άρθρωση συμπεριλαμβάνονταν στο πεδίο ακτινοβολήσης με αποτέλεσμα τον μυϊκό σπασμό των ακτινοβοληθέντων μυών, τον περιορισμό της διάνοιξης του στόματος και το περιοδικό κλειδωμα της κροταφογναθικής άρθρωσης. Η κατάσταση αυτή δημιούργησε λειτουργικά προβλήματα αναφορικά με τη λήψη τροφής και τη μάσηση ενώ ο περιορισμός της κινητικότητας της κάτω γνάθου και η μειωμένη διάνοιξη του στόματος προκάλεσαν δυσκολία στις οδοντιατρικές πράξεις που ακολούθησαν. Η ογκολογική θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς

συμπληρώθηκε με τη χορήγηση 3 κύκλων χημειοθεραπείας αμέσως μετά τη λήξη της ακτινοθεραπείας. Ο κάθε κύκλος διήρκησε 21 ημέρες και τα χημειοθεραπευτικά σκευάσματα που χορηγήθηκαν ήταν το cis Platinum και το Erbitux..

Μια εβδομάδα μετά το τέλος της μετεγχειρητικής νοσηλείας του, ο ασθενής, προσήλθε στο οδοντιατρείο για την αναπροσαρμογή της χειρουργικής πρόσθεσης με την χρήση προσωρινών μαλακών επιστρωμάτων (tissue conditioners)<sup>5</sup>. Η χρήση τους διαρκούσε 2-3 ημέρες κάθε φορά βελτιώνοντας με αυτόν τον τρόπο την πρόσφυση και την εφαρμογή της προσθετικής εργασίας στους μαλακούς ιστούς.

Οι διαδοχικές αναπροσαρμογές της χειρουργικής πρόσθεσης διήρκησαν περίπου 10 ημέρες και εν συνεχεία κατασκευάστηκε μια ενδιάμεση προσθετική εργασία (interim postsurgical prosthesis)<sup>6</sup>, η οποία βοηθά στην αποφυγή πολλαπλών αναπροσαρμογών και στην προοδευτική μείωση της κατακράτησης τροφών από το χειρουργικό νάρθηκα. Επίσης, η πρόσθεση αυτή επεκτεινόταν περισσότερο στην περιοχή του χειρουργικού ελλείμματος, βελτιώνοντας την απόφραξη και την συγκράτηση της οδοντοστοιχίας για ένα διάστημα τουλάχιστον 3-4 μηνών<sup>6</sup>. Η ολοκλήρωση της διαδικασίας των αναπροσαρμογών και η κατασκευή της ενδιάμεσης πρόσθεσης του ασθενούς ήταν εξαιρετικά δυσχερές λόγω του έντονου πόνου κατά την ψηλάφηση, της περιορισμένης διάνοιξης του στόματος και του περιοδικού κλειδώματος της κροταφογναθικής άρθρωσης που είχαν προκληθεί από την ακτινοθεραπεία (radiation-induced trismus). Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αποδιοργάνωσης της άρθρωσης του ασθενούς και κυρίως της περιορισμένης ανάσπασης, κατάσπασης και πλάγιας ολίσθησης (side gliding) της κάτω γνάθου, προτάθηκε και η χρήση υπερήχων (Phyaction 190, Uniphyl) (εικ. 3), προκειμένου να αμβλυνθεί ο μυϊκός σπασμός των μασητήρων και του πτερυγοειδούς μυός. Εφαρμόστηκαν υπέρηχοι χαμηλής έντασης στη μυϊκή μάζα (0,6 w/cm<sup>2</sup>) και συχνότητας 3 Mhz, διακοπτόμενοι 1:2, ώστε να έχουν μικρή διεισδυτικότητα και να



**Εικόνα 3:** Χρήση συσκευής υπερήχων (Phyaction 190 κ.3, Uniphyl) , διακοπτόμενης έντασης 1:2, συχνότητας 3 MHz, έντασης 0,6 w/cm<sup>2</sup>.

εξαλείφονται τα θερμικά φαινόμενα. Για την καταστολή του ερεθισμού της περιοχής της άρθρωσης εφαρμόστηκε σημειακό laser IR 904 nm (υπέρυθρο) με ένταση 0,5 J/cm<sup>2</sup> προκειμένου να ασκεί ήπια βιοδιέγερση αφήνοντας ανεπηρέαστο το κυτταρικό DNA. Σχε-

τικές μελέτες περί αυτού και της επίδρασης των κυτταρικών συχνοτήτων καθώς και των εντάσεων των χαμηλής ισχύος laser επί του βιολογικού ιστού έχουν δοθεί, αρχής γενομένης από τον Baxter στην δεκαετία του 80<sup>7</sup>. Η όλη διαδικασία, υπερήχων και laser είχε συνολικό χρόνο διάρκειας 10 - 12 λεπτά.

Ως κύρια θεραπεία αποκατάστασης εφαρμόστηκαν δυο διπλές εναλλαγές μάλαξης και κινησιοθεραπείας. Αρχικά, για την καλύτερη αντιμετώπιση του μυϊκού σπασμού εφαρμόστηκε ελαφρά μάλαξη και πιέσεις επί των σημείων σκανδάλης του μασητήρα και του πτερυγοειδούς μυός. Η καλή ανταπόκριση επί των σημείων trigger αναγνωρίζεται από το χαρακτηριστικό γεγονός ότι μετά από 20-30 sec πίεσης, το ελαφρώς επώδυνο σημείο της πίεσης υποχωρεί, θεωρώντας ο ασθενής ότι το συνήθισε ή του ασκείται μικρότερη πίεση. Εδώ ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στη επακριβή επιλογή των σημείων, διότι τα trigger points είναι επώδυνα, όμως δεν είναι όλα τα επώδυνα σημεία trigger, καθώς στερούνται περιοχής καταστολής και στόχου<sup>8</sup>.

Για τη βελτίωση της κινητικότητας της άρθρωσης εφαρμόστηκε στον ασθενή μια μικτή τεχνική κινητοποίησης (Kalterborn-Mulligan) ενεργοπαθητικών ασκήσεων ("MWM"-mobilization with movements), που συνίσταται στην ενεργοποίηση των φυσικών και διατηρούμενων φυσικών αποφυσιακών ολισθήσεων ("NAGs"-Natural Arophyseal Glides and "SNAGs"-Sustained Natural Arophyseal Glides)<sup>9</sup>. Οι κινήσεις αυτές χαρακτηρίζονται ως ενεργο-παθητικές με υποβοήθηση της άρθρωσης στην τάση ολίσθησης της κίνησής της (side gliding). Το σκεπτικό που ακολουθείται είναι ότι η οποιαδήποτε κίνηση, έστω και αν φαίνεται μονοεπίπεδη, στην πραγματικότητα δεν είναι, καθόσον παρουσιάζει και ολίσθηση. Επίσης στην κινητοποίηση εφαρμόστηκε και μια μικρή κίνηση έλξης και αποσυμπίεσης λόγω της συχνής φθοράς του χόνδρου ή του διάρθριου δίσκου που παρατηρείται<sup>10</sup>.

Η όλη διαδικασία, μάλαξης και κινησιοθεραπείας (εικ. 4) διαρκούσε περί τα 20-25 λεπτά. Ο αριθμός των επισκέψεων ήταν 12 και η συχνότητα τους ήταν ανά δύο μέρες, ενώ η αντικειμενική βελτίωση της διάνοιξης του στόματος (μετρική-ανατομική-λειτουργική) εμφανίστηκε από την πέμπτη συνεδρία. Ειδικότερα, παρατηρήθηκε σταδιακή χαλάρωση των ανασπώντων και των κατασπώντων μυών και ο ασθενής βελτίωσε στοματική του διάνοιξη, γεγονός που επέτρεψε στο θεράποντα οδοντίατρο να πραγματοποιήσει διαδοχικές αναπροσαρμογές του χειρουργικού νάρθηκα, και εν συνεχεία να κατασκευάσει



**Εικόνα 4:** Ασκήσεις προοδευτικής αντίστασης με λάστιχο στην κάτω γνάθο.



την ενδιάμεση πρόσθεση.

Στη συνέχεια, για την κατασκευή της ενδιάμεσης προσθετικής εργασίας (εικ.5) λήφθηκε αποτύπωμα με χρήση πολυβινυλοσιλοξάνης (Express 2, Regular Body, 3M ESPE AG, Seefeld, Germany) και την παράλληλη χρήση ατομικού δισκαρίου. Η σύνταξη των τεχνητών δοντιών αφορούσε μόνο στην πρόσθια περιοχή για καθαρά ψυχολογικούς λόγους. Τα οπίσθια δόντια δεν συντάχθηκαν προκειμένου να αποφευχθούν έντονες μασητικές φορτίσεις του στοματικού βλενογόνου, εξαιτίας της περιορισμένης ελαστικότητας που προκλήθηκε από την ακτινοθεραπεία. Η απόφαση αυτή, συνέβαλε επιπρόσθετα στην καλύτερη επούλωση του τραύματος<sup>6</sup>.

Από τότε και κάθε 2 εβδομάδες, ο ασθενής προσερχόταν στο οδοντιατρείο για επανεξέταση λόγω της ταχύτατης επούλωσης των μαλακών ιστών. Κατά τις επανεξετάσεις γινόταν λεπτομερής κλινική εξέταση της περιοχής του ελλείμματος και της εφαρμογής της ενδιάμεσης πρόσθεσης. Η ενδιάμεση προσθετική εργασία αναπροσαρμοζόταν διαδοχικά για 3 μήνες με την χρήση σιλικονούχων μόνιμων μαλακών επιστρωμάτων. Αυτό βοήθησε στην καλύτερη πρόσφυση της προσθετικής εργασίας στους μαλακούς ιστούς, στη μείωση της πιθανότητας επιμόλυνσης της περιοχής λόγω της προσκόλλησης μικροοργανισμών όπως η *Candida*



**Εικόνα 5:** Ενδιάμεση πρόσθεση (interim obturator) με την τοποθέτηση σιλικονούχου μαλακού επιστρώματος στην περιοχή του ελλείματος.

*albicans*<sup>10</sup> και στην εκτέλεση βασικών λειτουργιών όπως η μάσηση και η κατάποση.

Παράλληλα ο ασθενής παρακολούθησε μαθήματα λογοθεραπείας 3 φορές την εβδομάδα για 3 μήνες προσπαθώντας να προφέρει σωστά τα οδοντικά ή φατνιακά σύμφωνα (τ, δ, θ) χωρίς να αντιμετωπίζει δυσκολίες κατά την κατάποση. Το επόμενο βήμα ήταν η άρθρωση μικρών λέξεων ή εκφράσεων και τέλος ολοκληρωμένων προτάσεων συντονίζοντας κατάλληλα το νευρομυϊκό παράγοντα<sup>11</sup>.

Η επούλωση και η σταθεροποίηση της διάστασης του ελλείμματος ολοκληρώθηκε 4 μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση. Ο ασθενής προσήλθε στο οδοντιατρείο για την κατασκευή της μόνιμης πρόσθεσης<sup>5</sup>. Για τη συγκράτηση, τη στήριξη και τη σταθερότητα της πρόσθεσης χρησιμοποιήθηκαν τα δόντια, οι φατνιακές ακροαφίες, το παραμένον τμήμα της σκληρής υπερώας και οι περιοχές του ελλείμματος που εκτείνονται μέχρι την περιοχή

της αγκιστρογεννητικής εντομής. Το παρειακό τμήμα της πρόσθεσης επεκτεινόταν στο βάθος της ουλοπαρειακής αύλακας παρεμποδίζοντας έτσι την παρεκτόπιση της οδοντοστοιχίας<sup>4</sup>. Το συγκλειστικό σχήμα που επελέγη, ακολουθούσε τους κανόνες κατασκευής ολικών οδοντοστοιχιών (ισόρροπη σύγκλειση) και ήταν η σύμπτωση της κεντρικής σχέσης με την κεντρική σύγκλειση ενώ ο αποφρακτήρας του ελλείμματος κατασκευάστηκε κούλος<sup>12</sup>.

### ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΟΡΙΣΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΘΕΣΗΣ

Η κατασκευή της μερικής οδοντοστοιχίας έγινε σε δύο φάσεις. Στην πρώτη κατασκευάστηκε η προσθετική εργασία (μεταλλικός σκελετός, ακρυλική βάση και δόντια) κατά τα γνωστά και εν συνεχεία ο αποφρακτήρας με την λήψη λειτουργικού αποτυπώματος. Η λήψη του αρχικού αποτυπώματος πραγματοποιήθηκε με την χρήση παχύρρευστης σιλικόνης (Express 2, Penta H, 3M ESPE AG, Seefeld, Germany) ενώ του οριστικού πραγματοποιήθηκε με τη συνδυαστική μονοφασική χρήση παχύρρευστης βινυλοπολυσιλοξάνης (Express 2, Penta H, 3M ESPE AG, Seefeld, Germany) και λεπτόρρευστης (Express 2, light body standard, 3M ESPE AG, Seefeld, Germany) με την βοήθεια μηχανήματος αυτόματης ανάμειξης σιλικονών αθροιστικού τύπου (Pentamix 3, 3M ESPE AG, Seefeld, Germany). Η κατασκευή των βασικών πλακών που χρησιμοποιήθηκαν για την φάση των καταγραφών έγινε από φωτοπολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη (Triad VLC System, Dentsply, York, USA)<sup>12</sup>.

Με την λήψη αρχικών αποτυπωμάτων κατασκευάστηκαν τα εκμαγεία εργασίας και αυτά με την σειρά τους αναλύθηκαν στον παραλληλογράφο για τον προσδιορισμό των οδηγών επιπέδων (guided surfaces), όπως και των συγκρατητικών εσοχών των δοντιών στηριγμάτων (retentive undercuts). Ακολούθησε η σχεδίαση του μεταλλικού σκελετού με την τοποθέτηση μασητικών εφαιπτήρων στα δύο πρόσθια δόντια (12, 21)<sup>13</sup>. Αποφύγαμε την χρησιμοποίηση συνεχών εφαιπτήρων σε δύο γειτονικά δόντια διότι η ενσφήνωση τροφών μεταξύ αγκίστρου και δοντιού θα δημιουργούσε περιοδοντικά προβλήματα. Στα δύο αυτά δόντια, θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε άγκιστρα τύπου δοκού-I (I-bar) για να αυξήσουμε την άμεση συγκράτηση και να πραγματοποιηθεί καλύτερη κατανομή των δυνάμεων<sup>14</sup>. Τελικά στα ίδια δόντια χρησιμοποιήθηκαν συμβατικά άγκιστρα αυξάνοντας τελικά την συγκράτηση και παράλληλα παρατηρήθηκε καλή τασηοθραυστική συμπεριφορά<sup>15</sup>.

Μετά τον έλεγχο της εφαρμογής του μεταλλικού σκελετού στο στόμα του ασθενούς κατασκευάστηκε με αυτοπολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη στο συγκρατητικό πλέγμα μια μορφή βασικής πλάκας και τοποθετήθηκαν κέρια ύψη που βοήθησαν στο στάδιο των καταγραφών. Ακολούθησαν οι καταγραφές και η σύνταξη των τεχνητών δοντιών κατά τα γνωστά<sup>13</sup>. Η καταγραφή της κεντρικής σχέσης πραγματοποιήθηκε με σιλικόνη (βινυλοπολυσιλοξάνη) δήξης (Futar D, Kettenbach GmbH and Co.KG, Eschenburg, Germany). Στην δεύτερη φάση, με την χρησιμοποίηση της τελικής προσθετικής εργασίας (εικ. 6) πραγματοποιήθηκε η δυναμική αποτύπωση του φαρυγγι-



**Εικόνα 6:** Τελική πρόσθεση (definite prosthesis) με τοποθέτηση σιλικονούχου μαλακού επιστρώματος στην περιοχή του ελλείμματος.

κού τμήματος της πρόσθεσης, επιλέγοντας πολυβινυλοξάνη (regular body)<sup>14</sup>. Στην περιοχή του ελλείμματος τοποθετήθηκε σκεύασμα (Jelonet) για την αποφυγή ροής του υλικού πέρα από το 1/3 του οπισθίου τμήματος του στοματοφάρυγγα και στην περιοχή της ρινικής κοιλότητας. Η επέκταση της οδοντοστοιχίας στο αναπνευστικό επιθήλιο του ρινικού βλεννογόνου λόγω της ευαισθησίας της περιοχής προκαλεί πόνο και έντονη δυσανεξία με αποτέλεσμα ο ασθενής να μην μπορεί να φοράει την οδοντοστοιχία<sup>12</sup>.

Στο περιστατικό, το υλικό εκλογής για την κατασκευή του αποφρακτήρα της οριστικής προσθετικής εργασίας ήταν η «εν θερμώ» πολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη, ενώ πραγματοποιήθηκαν αναπροσαρμογές μετά την αρχική τοποθέτηση της και εν συνεχεία ανά 2-3 μήνες με μόνιμα σιλικονούχα μαλακά επιστρώματα<sup>16</sup>.

Μετά από ένα μήνα, ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση στην λειτουργία της μάσησης και της κατάποσης με αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού του βάρους, ενώ η διαδικασία των επανεξετάσεων (follow-up) του ασθενούς συνεχίστηκε για τους επόμενους 2, 4, 6 μήνες και 1 χρόνο. Η λειτουργική και αισθητική βελτίωση του ασθενούς σε όλες τις παραπάνω παραμέτρους ήταν αρκετά μεγάλη και αυτό είχε ως άμεση συνέπεια την εξάλειψη κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετώπιζε αμέσως μετά την χειρουργική διαδικασία.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο χειρουργικός νάρθηκας μπορεί να κατασκευαστεί όχι μόνο από αυτοπολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη, όπως έγινε στο συγκεκριμένο περιστατικό αλλά και από φωτοπολυμεριζόμενες ακρυλικές ρητίνες (VLC)<sup>17</sup>. Για να εξυπηρετεί το σκοπό του θα πρέπει να διέπεται από τις εξής αρχές : 1) τα όρια της πρόσθεσης στην περιοχή του ελλείμματος πρέπει είναι ομαλά και λεία, 2) να είναι απλός, ελαφρύς και οικονομικός, 3) σε ενόδοντες, πρέπει να διαθέτει συρμάτινα άγκιστρα για την περίδεση του γύρω από τα εναπομείναντα δόντια μετά το τέλος της χει-

ρουργικής επέμβασης αυξάνοντας έτσι τη συγκράτηση της πρόσθεσης, 4) το υπερίω περίγραμμα (contour) του νάρθηκα πρέπει να ευνοεί την κατάποση και την ομιλία, 5) να μην συντάσσονται οπίσθια δόντια, ώστε να μην χρειαστεί να τεθούν εκτός σύγκλεισης, 6) σε κάποιες περιπτώσεις οι παλαιές μερικές ή ολικές οδοντοστοιχίες μπορούν να προσαρμοστούν και να χρησιμοποιηθούν ως άμεσοι χειρουργικοί νάρθηκες<sup>10</sup>.

Στη συνέχεια η άμεση προσαρμογή της χειρουργικής πρόσθεσης προσφέρει<sup>6</sup> σωστότερη τοποθέτηση του χειρουργικού πωματισμού και καλύτερη προστασία του χειρουργικού πεδίου από πιθανές τοπικές φλεγμονές ή επιμόλυνση της περιοχής. Επίσης, συμβάλλει στη διευκόλυνση βασικών λειτουργιών όπως η μάσηση, η ομιλία και η κατάποση κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο και στην καλύτερη στήριξη δερματικών μοσχευμάτων, προωθώντας γρηγορότερα και ταχύτερα την ιστική επούλωση και μειώνοντας την δημιουργία ουλώδους ιστού<sup>5</sup>. Τέλος, προκαλεί μείωση της μετεγχειρητικής νοσηλείας του ασθενούς ενώ παράλληλα τον ενισχύει ψυχολογικά<sup>6</sup>. Αναφορικά με τα προβλήματα της ΚΓΔ αυτά μπορούν να ταξινομηθούν από μηχανικής πλευράς σε προβλήματα στάσης, δυσλειτουργίας και αποδιοργάνωσης της άρθρωσης. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις κοινός παρανομαστής της φυσικοθεραπείας είναι η βελτίωση της κινητικότητας της άρθρωσης και η άρση του φαύλου κύκλου: φλεγμονή- πόνος - μυϊκός σπασμός<sup>18</sup>.

Συγκεκριμένα, για την αντιμετώπιση μιας φλεγμονής ή ερεθισμού μιας άρθρωσης, μπορούν να χρησιμοποιηθούν από το οξύ ακόμη στάδιο laser χαμηλής ισχύος και διαβίβαση αντιφλεγμονωδών ουσιών μέσω ηλεκτρικού ρεύματος (ιοντοφόρηση) και ηχητικής διήθησης (φωνοφόρηση)<sup>19</sup>. Σε χρόνια περιστατικά, εκεί που υπάρχουν αποτιτανώσεις και συμφύσεις ιδιαίτερη ένδειξη έχουν οι διαθερμίες των βραχέων ή των μικροκυμάτων (shortwave diathermy)<sup>20</sup>. Για την αντιμετώπιση του πόνου, συνήθως εφαρμόζονται ήπιες μαλάξεις με βάση τη θεωρία της θυρίδας (gate control)<sup>21</sup> και τελευταίως η τεχνική των πιέσεων επί των σημείων της σκανδάλης (trigger points) που αποσκοπούν στον κατευνασμό μιας επώδυνης περιοχής (target area)<sup>22</sup>. Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ο βελονισμός (acupuncture) ως ασφαλές και εποικοδομητικό μέσο φυσικοθεραπείας<sup>23,24</sup>.

Επιπλέον, ο ασθενής μπορεί να διδαχθεί τεχνικές χαλάρωσης μέσω συσκευής επανατροφοδότησης BioFeedBack και να του δοθούν για το σπίτι ασκήσεις (homework) τόνωσης των ανταγωνιστών μυών της σύγκλεισης της γνάθου, ιστονικές (στατικές), μειομετρικές (concentric) ή πλειομετρικές (eccentric)<sup>25-27</sup>.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση οι κύριες επιπλοκές που προέκυψαν από την ακτινοθεραπεία αφορούσαν στο μυϊκό σπασμό των μυών της ΚΓΔ και την περιορισμένη, επώδυνη στοματική διάνοιξη. Αυτό παρατηρήθηκε διότι λόγω της εντόπισης του κακοήθους όγκου και των λεμφαδενικών μεταστάσεων το πεδίο ακτινοβολήσης ήταν η περιοχή κεφαλής-τραχήλου, που περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τον πτερυγοειδή μυ, το στερνοκλειδομαστοειδή μυ και την ΚΓΔ με αποτέλεσμα τη μεταγενέστερη πρόκληση τριζμού<sup>25, 26, 28</sup>.

Όμως, η ακτινοθεραπεία μπορεί να συνοδεύεται και από άλλες άμεσες ή έμμεσες επιπλοκές της στοματικής κοιλότητας όπως είναι η μειωμένη έκκριση σιέλου, η ξηροστομία, η βλεννογονίτιδα, η οστεακτινονέκρωση, η περιοδοντίτιδα, η δυσφαγία, ο πολυτερεθρονισμός, η στοματοδυνία και η απώλεια ή η διαταραχή της γεύσης<sup>25, 26, 29</sup>. Ανάμεσα στα θεραπευτικά μέσα κινησιοθεραπείας που ακολουθήθηκαν, ήταν και οι ασκήσεις ενδυνάμωσης που αποσκοπούσαν στην ενίσχυση των ανταγωνιστών των μασητήρων (κατασπώντες), με την εφαρμογή ασκήσεων προοδευτικής αντίστασης: με λάστιχο στην κάτω γνάθο κατά την κατάσπασή της. Στην αύξηση της κινητικότητας της άρθρωσης, με την εκτέλεση ισομετρικών ασκήσεων και απότομη άρση της αντίστασης. Είναι γνωστό ότι οι ισομετρικές ασκήσεις βοηθούν στη σταθεροποίηση μιας άρθρωσης με παράλληλη καταστολή του τόνου των ανταγωνιστών, που εδώ ήταν οι μασητήρες<sup>27</sup>. Η απότομη άρση της αντίστασης έγινε για να εξαναγκάσει τη γνάθο σε μερικές μοίρες ανοίγματος πέραν του ορίου της τροχιάς της (Range of Motion overlay condition). Ως όριο τέθηκε το κατώφλι της ουδού του πόνου<sup>23</sup>.

Ο αποφρακτήρας του ελλείμματος κατασκευάστηκε κούλος προκειμένου να μειωθεί το βάρος της πρόσθεσης, περιορίζοντας έτσι την παρεκτόπισή της λόγω βαρύτητας και για βελτίωση της συγκράτησής της. Επίσης, αυτός ο σχεδιασμός περιορίζει την άσκοπη διάταση των μαλθακών ιστών και την πίεση που ασκείται στους παραμένοντες ιστούς εξμηρητώντας την κατάσπαση και την ιστική αναγέννηση<sup>2</sup>. Ο κούλος αποφρακτήρας δεν προκαλεί μυϊκή ατροφία ή μεταβολή του μυϊκού τόνου και βοηθάει στην βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή, αφού δε γίνεται αντιληπτό το βάρος της πρόσθεσης<sup>2</sup>.

Γενικότερα, ο βαθμός κινητικότητας της γναθοπροσωπικής πρόσθεσης εξαρτάται από τα παραμένοντα ανατομικά στοιχεία μετά την εκτομή τμήματος της γνάθου όπως είναι: ο αριθμός και η θέση των υπάρχοντων δοντιών που προσφέρονται για την βελτίωση της συγκράτησης, της ευστάθειας και της στήριξης της προσθετικής εργασίας, το παραμένον τμήμα της σκληρής υπερώας, τα ανατομικά στοιχεία στην περιοχή του ελλείμματος, όπως το ρινικό διάφραγμα και οι κόγχες, η πτερυγοειδής απόφυση του σφηνοειδούς οστού, ο υποκροτάφιος βόθρος και το έδαφος του οφθαλμικού κόγχου, το ύψος της φατνιακής ακρολοφίας, η ύπαρξη εσοχών, η έκταση και η θέση του ελλείματος<sup>2</sup>.

Στην περίπτωση που παρουσιάζουμε επιλέξαμε τη λήψη αποτυπώματος με τη χρήση σιλικονών αθροιστικού τύπου γιατί εμφανίζουν ιδιαίτερη ελαστικότητα με αποτέλεσμα να ασκούν λιγότερη πίεση και ερεθισμό στους μαλθακούς ιστούς σε σχέση με άλλα αποτυπωτικά υλικά κατά την φάση της αποτύπωσης<sup>13</sup>. Η επιλογή αυτή ενισχύεται επίσης από το γεγονός ότι οι σιλικόνες αυτού του είδους παρέχουν λεπτομερή καταγραφή της περιοχής του ελλείματος, σταθερότητα διαστάσεων και ευκολία κατά την τοποθέτηση και την αφαίρεση μετά την αποτύπωση<sup>30</sup>.

Σύμφωνα με τους Baek et al, κάποια άλλα υλικά που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την λήψη αρχικού

αποτυπώματος είναι το αποτυπωτικό κερί (Utility wax, Daedong In., Daegu, Korea) και το αλγινικό με την τεχνική άσκησης πίεσης στην αποτυπούμενη επιφάνεια (wash impression technique). Επιλέγοντας την ίδια τεχνική, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε θερμοπλαστικό (Modeling compound medium, GC Co., Tokyo, Japan) και σιλικόνη αθροιστικού τύπου για την λήψη οριστικού αποτυπώματος. Η χρήση θερμοπλαστικού υλικού (Polysar) και βινυλοπολυσιλοξάνης μειώνουν κατά πολύ το βάρος της προσθετικής εργασίας και καθιστούν πιο εύκολη την είσοδο και την αφαίρεση της τελικής πρόσθεσης<sup>31</sup>.

Σε μερικά νωδούς ασθενείς, με αμφοτερόπλευρα ελλείμματα γνάθων μπορούν να χρησιμοποιηθούν και ενδορριζικοί σύνδεσμοι ακριβείας (τύπου Dalla Bona) σε κάποια από τα δόντια στηρίγματα, αυξάνοντας έτσι τη συγκράτηση της γναθοπροσωπικής πρόσθεσης<sup>13</sup>. Επιπρόσθετα, η εφαρμογή συστήματος μαγνητών ενισχύει τη συγκράτηση του αποφρακτήρα. Η τοποθέτηση τους γίνεται in vivo στο τμήμα της οδοντοστοιχίας και του αποφρακτήρα, με την βοήθεια αυτο-πολυμεριζόμενης ακρυλικής ρητίνης, μετά την όπτηση της οδοντοστοιχίας και την δοκιμή στο στόμα του ασθενή. Πλεονεκτήματα αυτής της τεχνικής είναι η αύξηση της συγκράτησης και της ευστάθειας της πρόσθεσης, όπως και σε περίπτωση πιθανής ανακατασκευής του αποφρακτήρα, δεν χρειάζεται να κατασκευαστεί ολόκληρη η πρόσθεση από την αρχή<sup>31</sup>. Η είσοδος της προσθετικής εργασίας σε δύο κομμάτια βοηθάει επιπλέον ασθενείς με περιορισμένη διάνοιξη στόματος<sup>32</sup>. Όμως, η σταδιακή οξειδωτική και ο απομαγνητισμός τους λόγω του σάλιου και των φθοριούχων σκευασμάτων συνιστά σημαντικό μειονέκτημα αυτής της μεθόδου, καθώς η διάβρωση μπορεί να προκαλέσει αποχρωματισμό της προσθετικής εργασίας. Συνήθως συστήματα μαγνητών ή συγκρατητικές μπάρες χρησιμοποιούνται σε εξωστοματικές προσθέσεις<sup>33, 34</sup>.

Μια διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση αποκατάστασης σε ελλείμματα γνάθων ογκολογικών ασθενών θα μπορούσαν να αποτελέσουν τα ενδοοστικά εμφυτεύματα και κυρίως τα εμφυτεύματα ζυγωματικού (zygomatic implants) σε σοβαρή έλλειψη οστού στην οπίσθια περιοχή τοποθετούμενα στην αντίθετη πλευρά από αυτή του ελλείματος προσφέροντας στήριξη σε μελλοντικές επένθετες οδοντοστοιχίες επί εμφυτευμάτων<sup>35</sup>. Η χειρουργική τοποθέτησή τους εμφανίζει περισσότερα πλεονεκτήματα αν προηγηθεί της ακτινοθεραπείας ή τουλάχιστον 6 μήνες μετά τη λήξη της, ενώ για την τελική φόρτιση και την προσθετική επί των εμφυτευμάτων απαιτείται διπλάσιος χρόνος επούλωσης<sup>29, 35</sup>.

Αν και πάντα ελλοχεύει ο κίνδυνος της οστεοακτινονέκρωσης, μελέτες έδειξαν ότι το ποσοστό επιτυχίας έφτανε το 86% σε ασθενείς που ακτινοβλήθηκαν (μέγιστη δόση 55 Gy) μετά την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων. Το ποσοστό αυτό μειώνεται στο 64% όταν τα εμφυτεύματα τοποθετούνται σε περιοχές του οστού που ήδη έχει ακτινοβληθεί, με δόση ακτινοβολίας άνω των 55 Gray<sup>33, 35-40</sup>. Τα ποσοστά οστεοενσωμάτωσης των εμφυτευμάτων σε ακτινοβλημένους ασθενείς, με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζουν μείωση (όσο αυξάνεται ο



αριθμός των επανεξετάσεων), σε αντίθεση με τα ποσοστά επιτυχίας εμφυτευμάτων σε μη ακτινοβολημένους ασθενείς, που τείνουν να σταθεροποιηθούν 2 χρόνια μετά την τοποθέτησή τους. Παρ' όλα αυτά είναι αναγκαίο να γίνει περαιτέρω διερεύνηση με μεγαλύτερο δείγμα ασθενών<sup>33</sup>.

Οι κυριότεροι παράγοντες επιτυχούς οστεοενσωμάτωσης ακτινοβοληθέντων ασθενών είναι η δόση της ακτινοθεραπείας για την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων, η ανατομική περιοχή τοποθέτησης των εμφυτευμάτων (άνω/κάτω γνάθο, περιοχή τοποθέτησης κοντά στο έλλειμμα), η χρήση ή μη υπερβαρικού οξυγόνου (HBO) (αν και ακόμα διατηρούνται επιφυλάξεις κατά πόσο επηρεάζει), και η λήψη χημειοπροφύλαξης πριν την χειρουργική τοποθέτησή τους<sup>29, 33, 35, 36, 40</sup>. Πάντως, η προσθετική αντιμετώπιση περιστατικών, σε ασθενείς με συγγενή ή επίκτητα ελλείμματα του στοματοπροσωπικού συμπλέγματος αποτελεί πρόκληση για τον σύγχρονο οδοντίατρο, καθώς βελτιώνει ουσιαστικά την ποιότητα ζωής των ασθενών<sup>29</sup>.

Η αδιαφορία τήρησης ενός αυστηρού προεγχειρητικού πρωτοκόλλου σε σχέση με την άμεση προσθετική αποκατάσταση ογκολογικών αλλά και άλλων ασθενών με ελλείμματα γνάθων, μπορεί να επηρεάσει σοβαρά την αισθητική αλλά και την λειτουργική αποκατάσταση του στοματοπροσωπικού τους συστήματος<sup>5</sup>.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών δεν εξαντλείται στην προσθετική αποκατάστασή τους. Ολοκληρώνεται με ένα αυστηρό πρόγραμμα καθημερινής στοματικής υγιεινής και τακτικών επανεξετάσεων (recall system) από τον θεράποντα οδοντίατρο, με σκοπό την βελτίωση της αισθητικής και της απρόσκοπτης εκτέλεσης βασικών λειτουργιών όπως η μάσηση, η ομιλία και η κατάποση, συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο καθοριστικά στη βελτίωση και διατήρηση της ποιότητας ζωής του ογκολογικού ασθενούς<sup>42, 43</sup>.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο χειρουργικός νάρθηκας επέτρεψε την αρχική εκτέλεση βασικών λειτουργιών, όπως η φώνηση, η μάσηση, η κατάποση, ενώ οι διαδοχικές αναπροσαρμογές βάσης της οδοντοστοιχίας με μαλακά επιστρώματα και η ενδιάμεση πρόσθεση μείωσαν την πιθανότητα επιμόλυνσης της πάσχουσας περιοχής και βελτίωσαν σημαντικά την ποιότητα ζωής του ογκολογικού ασθενή.

## SUMMARY

### The importance of a multistage prosthetic rehabilitation in a head and neck cancer patient

T. Tasopoulos, V. Karathanasi, S. Glykofridis, B. Kapordelis, G. Tasopoulos, O. Paraskevopoulou

*hellenic hospital dentistry 3: 31-38, 20010*

*Head and neck cancer patient therapy consists of surgical resection, radiotherapy (RT) and chemotherapy combined*

*ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 3: 31-38, 2010*

*or applying individually. During the therapeutic management, the stomatognathic prosthetic rehabilitation of a patient assists significantly in restoring function and facial appearance. The purpose of this article is the description and the prominence of the necessity of a multistage prosthetic rehabilitation of a head and cancer patient.*

*A 65-years old head and neck cancer patient, partially edentulous, came into a private dental clinic for pre-prosthetic clinical evaluation and construction of a surgical splint. A unilateral maxillectomy was then held and the construction of the interim obturator was done. The patient received 60 Gray dosage of radiation during radiotherapy and that caused locking of the temporomandibular joint (postradiation trismus). A combined therapy using ultrasound treatment and exercise therapy (kinisiotherapy) was chosen. There was an improvement in jaw opening and 3 months later the patient used the final (definite) prosthesis. The multistage prosthetic evaluation and rehabilitation contributes definitely in normal function of the stomatognathic system, in restoration of the facial appearance and improving the quality of life of the oral cancer patient. The surgical obturator assisted in restoring speech, mastication and swallowing to normal. The continuous relining and the intermediate obturator reduced the possibility of local tissue inflammation enhancing the healing of the post-surgical defect and providing the continuation of the oncologic therapy.*

**Key words:** head and neck cancer, maxillary defect, obturator prosthesis, quality of life

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. The Glossary of prosthodontic terms. 7th ed. J Prosthet Dent 2005; 94: 10-92.
2. Keyf F: Obturator prostheses for hemimaxillectomy patients. J Oral Rehabil 2001; 28: 821-829.
3. Omondi B, Guthua S, Awange D, Odhiambo W: Maxillary obturator prosthesis rehabilitation following maxillectomy for ameloblastoma: case series of five patients. Int J Prosthodont 2004; 17: 464-468.
4. Karkazis H, Polyzois G: Introduction in Gerodontology and Maxillofacial Prosthetics. 2nd ed. Athens: Bonisel; 1998.
5. Turkaslan S, Baykul T, Aydin M, Ozarslan M: Influence of immediate and permanent obturators on facial contours: a case series. Cases Journal 2009; 2: 1-5.
6. Haraquchi M, Mukohyama H, Taniuchi H: A simple method of fabricating an interim obturator prosthesis by duplicating the existing teeth and palatal form. J Prosthet Dent 2006; 95: 469-472.
7. Baxter D: Therapeutic lasers: theory and practise. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1994.
8. Davies C: The trigger point therapy workbook. 2nd ed. Oakland (CA): New Harbinger Publications Inc; 2004.
9. Wilson E: The Mulligan concept: NAGS, SNAGS and mobilizations with movement. Journal of Bodywork and Movement Therapies 2001; 5: 81-89.
10. Wieckiewicz W, Baran E, Zenczak-Wieckiewicz D, Proniewicz A: Adherence of candida to prosthesis obturator and post-surgical cavity in the maxilla as the reason of chronic



- stomatitis in patients with surgical removal of maxillary tumours. *Rev Iberoam Micol* 2004; 21: 187-190.
11. *Dholam K, Quazi G, Bachher G*: Rehabilitation and assessment of speech and mastication in bilateral total maxillectomy patient. *J Indian Prosthodont Soc* 2006; 6: 206-208.
  12. *Basker R, Davenport J*: Prosthetic treatment of the edentulous patient. 4th ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2002.
  13. *Davenport J, Basker R, Heath J, Ralph J, Glantz P*: A clinical guide to removable partial dentures. 2nd ed. London: British Dental Journal; 2000.
  14. *Padmanabhan T, Mohammad K, Gupta R*: Radicular attachment assisted prosthetic rehabilitation of a patient with a unilateral maxillectomy defect secondary to adenocystic carcinoma. *J Indian Prosthodont Soc* 2009; 9: 28-32.
  15. *Dimitriou P, Zisis A, Karkazis H, Polyzois G, Stavrakis G*: Removable prosthodontics: partial dentures. 1st ed. Athens: Bonisel; 1996.
  16. *Srinivasan M, Padmanabhan T*: Rehabilitation of an acquired maxillary defect. *J Indian Prosthodont Soc* 2005; 5: 155-157.
  17. *Yalug S, Yazicioglu H*: An alternative approach to fabricating a meatus obturator prosthesis. *J Oral Sci* 2003; 45: 43-45.
  18. *Jagger R, Bates J, Kopp S*: Temporomandibular joint dysfunction. 1st ed. Oxford: Wright; 1994.
  19. *Giokaris P*: Clinical Electrotherapy. Athens; Parissianou Maria; 1999.
  20. *Dumoulin J and Bisschop G*. Electrotherapy. 3rd ed. Paris: Maloine S. A. Editor; 1980.
  21. *Melzack R, Wall D*: Pain mechanisms: a new theory. *Sci* 1965; 150: 971-979.
  22. *Travell G, Simons G*: Trigger point flip charts. Maryland: Williams and Wilkins; 1992.
  23. *Shulman D, Shipman B, Willis F*: Treating trismus with dynamic splinting: a case report. *J Oral Sci* 2009; 51: 141-144.
  24. *Konstadopoulou E, Karavis M, Kanellopoulou A, Droukas B*: Acupuncture as an additional mean of therapy in patients with temporomandibular disorders. *Stomatol* 1996; 53: 174-184.
  25. *Vissink A, Burlage F, Spijkervet F, Jansma J, Coppes R*: Prevention and treatment of the consequences of head and neck radiotherapy. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14: 213-225.
  26. *Grandi G, Silva M, Streit C, Wagner J*: A mobilization regimen to prevent mandibular hypomobility in irradiated patients: an analysis and comparison of two techniques. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12: E105-109.
  27. *Droukas B*: Function and dysfunction of the stomatognathic system. Athens; Parissianou Maria; 1996.
  28. *Ichimura K, Tanaka T*: Trismus in patients with malignant tumours in the head and neck. *J Laryn and Otol* 1993; 107: 1017-1020.
  29. *Schoen P, Reintsema H, Raghoobar G, Vissink A, Roodenburg G*: The use of implant retained mandibular prostheses in the oral rehabilitation of head and neck cancer patients. A review and rationale for treatment planning. *Oral Oncology* 2004; 40: 862-871.
  30. *Van Noort R*: Introduction to dental materials. 3rd ed. Edinburgh: Mosby Elsevier; 2007.
  31. *Bae H, Jeon J, Chung M*: Rehabilitation of a patient with a post radiotherapy trismus with an obturator and a maxillary denture using magnet attachments. *J Korean Acad Prosthodont* 2008; 46: 586-590.
  32. *Srinivasan M, Padmanabhan T*: Rehabilitation of an acquired maxillary defect. *J Indian Prosthodont Soc* 2005; 5: 155-157.
  33. *Cheng A, Leong E, Khin N, Wee A, Fung C, Lee C*: Osseointegrated implants in craniofacial application: current status. *SDJ* 2007; 29: 1-11.
  34. *Dimitriou P, Zisis A, Karkazis H, Polyzois G, Stavrakis G*: Removable prosthodontics: complete dentures. 4th ed. Athens: Bonisel; 2001.
  35. *Roumanas E, Chang T, Beumer J*: Use of osseointegrated implants in the restoration of head and neck defects. *JCDA* 2006; 34: 711-718.
  36. *OFearraigh P*: The modern methods in the surgical reconstruction and rehabilitation of the orofacial region: a review of the literature. *TSMJ* 2008; 9: 44-47.
  37. *Visch L, Waas M, Schmitz P, Levendag P*: A clinical evaluation of implants in irradiated oral cancer patients. *J Dent Res* 2002; 81: 856-859.
  38. *Lauciello F, Casey D, Crowther D*: Flexible temporary obturators for patients with severely limited jaw opening. *J Prosthet Dent* 1983; 49: 523-526.
  39. *Marunick M, Oh W*: Prosthodontic treatment considerations for patients with oral sinonasal mucosal malignant melanoma: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2009; 101:85-91.
  40. *Schoen P, Raghoobar G, Bouma J, Reintsema H, Vissink A, Sterk W, Roodenburg J*: Rehabilitation of oral function in head and neck cancer patients after radiotherapy with implant-retained dentures: Effects of hyperbaric oxygen therapy. *Oral Oncology* 2007; 43: 379-388.
  41. *Mukohyama H, Sasaki M, Taniguchi H*: Chairside modification of a surgical obturator: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2004; 91: 518-520.
  42. *Oates J, Clark J, Read J, Reeves N, Gao K, Jackson M, Boyer M, O'Brien C*: Prospective evaluation of quality of life and nutrition before and after treatment for nasopharyngeal carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 133: 533-540.
  43. *Rogers S, Lowe D, Brown J, Vaughan E*: Health-related quality of life after maxillectomy: a comparison between prosthetic obturation and free flap. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 174-181.
  44. *Sharma A, Beumer J*: Reconstruction of maxillary defects: The case of prosthetic rehabilitation. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63:1770-1773.

### Διεύθυνση για επικοινωνία:

Θ. Τασόπουλος  
Λ. Κύπρου 86, Α  
16452  
Αργυρούπολη  
Αθήνα

# Πολυεπίπεδη στοματική αποκατάσταση ενήλικα ασθενή με εξωδερμική δυσπλασία

A. Βίλλιας\*, H. Καρκαζής\*\*, Γ. Λογοθέτης\*\*\*

Στην εργασία αυτή περιγράφουμε την στοματική αποκατάσταση ενός ενήλικα ασθενή με εξωδερμική δυσπλασία, μέσα από τέσσερα διακριτά κλινικά στάδια συνολικής διάρκειας επτά ετών. Σε πρώτη φάση και για την άμεση αντιμετώπιση των αισθητικών και λειτουργικών προβλημάτων του ασθενή, τοποθετήθηκε μία επένθετη οδοντοστοιχία στην κάτω γνάθο που τον εξυπηρέτησε για μια περίοδο έξη ετών. Στο τέλος της περιόδου αυτής οι αναπλαστικές τεχνικές για τη βελτίωση του οστικού υποβάθρου της άνω γνάθου, ακολουθήθηκαν από την τοποθέτηση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων και τέλος την κατασκευή ακίνητων συγκολλούμενων εργασιών. Στα πλεονεκτήματα του προτεινόμενου πρωτοκόλλου καταχωρούνται η μυϊκή προσαρμογή μέσω της παρατεταμένης χρήσης της επένθετης οδοντοστοιχίας, ο επαρκής χρόνος για τη καλύτερη οργάνωση και εκτέλεση των κλινικών σταδίων και τέλος η δραστική βελτίωση της αισθητικής του προσώπου, της μασητικής λειτουργίας αλλά και της αυτοεκτίμησης του ασθενή.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 3: 39-43, 2010

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο εξωδερμική δυσπλασία νοείται ένα σύνολο κληρονομικών διαταραχών που χαρακτηρίζεται από διαταραχή ανάπτυξης δύο τουλάχιστον δομών εξωδερμικής προέλευσης όπως οι τρίχες (τριχοδυσπλασία), τα νύχια (ονυχοδυσπλασία), ιδρωτοποιοί αδένες (υφίδρωση) και τα δόντια (ανοδοντία, ολιγοδοντία και ατελώς διαμορφωμένα δόντια). Οι διάφοροι τύποι της εξωδερμικής δυσπλασίας (περισσότεροι από 150) κληρονομούνται είτε με αυτοσωματικό επικρατούντα ή υπολειπόμενο, είτε με φυλοσύνδετο υπολειπόμενο χαρακτήρα. Στο

κλασικό υφιδρωτικό σύνδρομο πέραν των άλλων διαταραχών παρατηρούνται ελαττωμένη κάθετη διάσταση του προσώπου, επιπυοειδής μύτη, προέχοντα χείλη, ατελής ανάπτυξη των φατνιακών αποφύσεων και τελικά συγκλεισιακή κατάρρευση με δυσκολίες στη μάσηση λόγω της ολικής ή μερικής ανοδοντίας<sup>1,4</sup>. Στο άρθρο αυτό περιγράφεται κατά στάδια η προσθετική αποκατάσταση ενός ενήλικα ασθενή με εξωδερμική δυσπλασία.

## ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ασθενής ηλικίας 18 ετών παραπέμφθηκε στο εργαστήριο της Κινητής Προσθετικής λόγω της έλλειψης αρκετών δοντιών, αδυναμίας ικανοποιητικής μάσησης, δυσκολίας στην ομιλία και μη αποδεκτής εμφάνισης του προσώπου του. Ο ασθενής αυτός είχε προηγουμένως διαγνωσθεί ως πάσχων από μορφή εξωδερμικής δυσπλασίας και το οικογενειακό ιστορικό του αποκάλυψε έναν ακόμα εξ αίματος συγγενή με παρόμοιο φαινότυπο. Η γενική κατάσταση της υγείας του ήταν καλή ενώ στην αρχική συνέντευξη έδειξε ψυχολογική ωριμότητα συμβατή με την ηλικία του, επαρκείς κοινωνικές δεξιότητες και θετική στάση απέναντι στα προτεινόμενα σύνθετα θεραπευτικά σχήματα. Η εξωστοματική εξέταση αποκάλυψε την τυπική εικόνα του υφιδρωτικού συνδρόμου

**Λέξεις κλειδιά:** εξωδερμική δυσπλασία, επένθετη οδοντοστοιχία, οστεοενσωμάτωση.

\* Οδοντίατρος, Συνεργάτης Κινητής Προσθετικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

\*\* Αναπληρωτής Καθηγητής Κινητής Προσθετικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

\*\*\* Γναθοχειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

## Ίδρυμα προέλευσης

Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ και Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

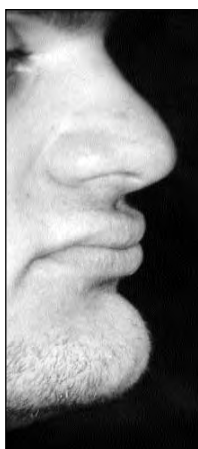
με μειωμένη κάθετη διάσταση του προσώπου, προέχοντα και παχιά χείλη, και μία συνολική έκφραση γεροντικού προσωπείου (εικ. 1). Η ενδοστοματική εξέταση και αξιολόγηση εκμαγείων μελέτης έδειξε υγιή αλλά στεγνό στοματικό βλεννογόνο, μερική νωδότητα στην άνω και κάτω γνάθο, σποραδική παρουσία ατελώς διαμορφωμένων κωνικών δοντιών και νωδές περιοχές με λεπτές και ανεπαρκώς ανεπτυγμένες ακρολοφίες (εικ. 2). Σύμφωνα με τα πρόσφατα διαγνωστικά κριτήρια ταξινόμησης των ολιγοδοντιών των S.L. Singer et al (2010)<sup>5</sup> το περιστατικό αυτό θα μπορούσε να ταξινομηθεί στην κατηγορία 2, με απαιτήσεις σύνθετης προσθετικής και χειρουργικής αποκατάστασης. Το συνολικό σχέδιο θεραπείας περιελάμβανε 4 διακριτά κλινικά στάδια με συνολική διάρκεια τα 7 χρόνια.

#### Στάδιο I

Εξ αιτίας σοβαρών οικονομικών δυσχερειών και με σκοπό την άμεση βελτίωση της εμφάνισης του προσώπου, της μάσησης και της ομιλίας η προσθετική αποκατάσταση ξεκίνησε με την κατασκευή μίας επένθετης οδοντοστοιχίας. Η παρουσία μεγαλύτερου αριθμού δοντιών και μάλιστα στην πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου (εικ. 2) που κάλυπταν έστω και στοιχειωδώς τις αισθητικές απαιτήσεις της περιοχής, οδήγησε στην επιλογή της κάτω γνάθου για την έδραση της επένθετης οδοντοστοιχίας. Στην κατασκευή της οδοντοστοιχίας αυτής προτιμήθηκαν οι νεογιλές φόρμες τεχνητών δοντιών για την ευκολότερη διευθέτηση της κατασκευής στον περιορισμένο μεσογναθικό χώρο αλλά και την καλύτερη αισθητική ομοιογένεια με τα υπάρχοντα δόντια (εικ. 3, 4).

#### Στάδιο II

Μετά από περίοδο 6 ετών κατά την οποία ο ασθενής ολοκλήρωσε τις σπουδές του, προχωρήσαμε στη δεύτερη φάση της θεραπείας. Ο λεπτομερής ακτινογραφικός έλεγχος με σύγχρονες απεικονιστικές τεχνικές αποκάλυψε επαρκές οστικό υπόβαθρο για την τοποθέτηση πέντε εμφυτευμάτων στην κάτω γνάθο, αλλά σοβαρές οστικές ελλείψεις στις πλάγιες και οπίσθιες περιοχές της άνω γνάθου. Κατά την πρώτη χειρουργική φάση πραγματοποιήθηκαν: α) η εξαγωγή των υπαρχόντων δοντιών και η άμεση τοποθέτηση 5 εμφυτευμάτων (Nobel Replace,



**Εικ. 1:** Πλάγια εικόνα του προσώπου του ασθενή σε καθ' ἑξιν σύγκλιση. Είναι εμφανής η μειωμένη κάθετη διάσταση του προσώπου και τα προέχοντα χείλη.



**Εικ. 2:** Ενδοστοματική εικόνα σε καθ' ἑξιν σύγκλιση. Πλήρης απουσία συγκλεισιακών επαφών στις οπίσθιες περιοχές.



**Εικ. 3:** Η επένθετη οδοντοστοιχία της κάτω γνάθου.



**Εικ. 4:** Αποκατάσταση της κάθετης διάστασης του προσώπου μετά την τοποθέτηση της επένθετης οδοντοστοιχίας της κάτω γνάθου.

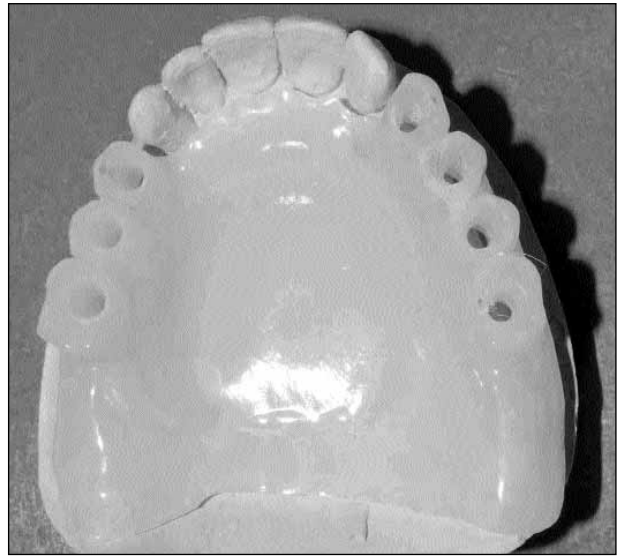
Nobel Biocare, Goteborg, Sweden) στην κάτω γνάθο και β) η βελτίωση του οστικού υποβάθρου των πλάγιων περιοχών της άνω γνάθου με αναπλαστικές τεχνικές. Κατά την φάση αυτή και για τη διατήρηση της αισθητικής εμφάνισης του προσώπου, παρέμειναν ανέπαφοι οι 13, 12, 11, 21, 22. Μετά την αφαίρεση των ραμμάτων η επένθετη οδοντοστοιχία επανατοποθετήθηκε στην κάτω γνάθο του ασθενή μετά από τροχισμό της εσωτερικής της επιφάνειας και εφαρμογή υλικού αποκατάστασης των ιστών (Visco-gel Dentsply Surrey, UK).

#### Στάδιο III

Μετά την πάροδο 4 μηνών και επαναξιολόγηση της δότριας περιοχής, τοποθετήθηκαν στην άνω γνάθο 6 εμφυτεύματα, τρία σε κάθε πλευρά (Nobel Replace, Nobel Biocare, Goteborg, Sweden). Η θέση των εμφυτευμάτων είχε προσεκτικά σχεδιαστεί στον αρθρωτήρα μετά από διαγνωστικό κέρωμα αναρτημένων εκμαγείων μελέτης



**Εικ. 5:** Διαγνωστικό κέρωμα στο εκμαγείο της άνω γνάθου. Στις οπίσθιες νωδές περιοχές το κέρωμα έγινε σε κινητή ακρυλική βάση.



**Εικ. 6:** Ο ακρυλικός χειρουργικός νάρθηκας της άνω γνάθου με τα οδηγία φρεάτια στις θέσεις των εμφυτευμάτων. Πρόκειται για ακρυλικό αντίγραφο του διαγνωστικού κερώματος της εικόνας 5.

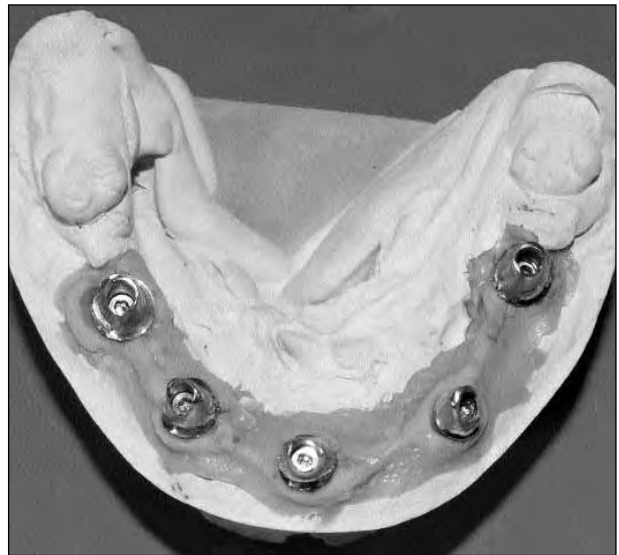


**Εικ. 7:** Το εκμαγείο εργασίας της άνω γνάθου με τα παρασκευασμένα κολοβώματα τιτανίου και τους 11 και 21.

και είχε μεταφερθεί στο χειρουργικό πεδίο με ακρυλικό νάρθηκα (εικ. 5, 6) κατασκευασμένο με τη μέθοδο των ομοιότυπων οδοντοστοιχιών<sup>6</sup>. Στην ίδια χειρουργική συνεδρία έγινε η αποκάλυψη των εμφυτευμάτων της κάτω γνάθου και η ανάρτηση των διαβλενογονίων κολοβωμάτων επούλωσης. Μια αναπροσαρμογή της βάσης επέτρεψε την εκ νέου έδραση της επένθετης οδοντοστοιχίας στην τροποποιημένη φατνιακή ακρολοφία (Viscogel Dentsply Surrey, UK).

#### Στάδιο IV

Τρείς μήνες αργότερα αποκάλυφθηκαν και τα εμφυτεύματα της άνω γνάθου και ξεκίνησε το τελικό στάδιο της προσθετικής αποκατάστασης, ακολουθώντας



**Εικ. 8:** Το εκμαγείο εργασίας της κάτω γνάθου με τα παρασκευασμένα κολοβώματα τιτανίου.

συνήθεις προσθετικές διαδικασίες. Από τα παραμένοντα 5 δόντια στην άνω γνάθο διατηρήθηκαν μόνο οι 11 και 21 λόγω της επαρκούς στηρικτικής τους ικανότητας και της στρατηγικής τους θέσης στο φραγμό. Το τελικό προσθετικό σχέδιο περιελάμβανε την κατασκευή δύο ανεξάρτητων συγκολλούμενων μεταλλοκεραμικών γεφυρών με πρόσθια στηρίγματα τους 11 και 21 στην άνω γνάθο και μία ενιαία μεταλλοκεραμική γέφυρα στην κάτω γνάθο. Μετά την παρασκευή των 11 και 21 και την ανάρτηση των αξόνων αποτύπωσης έγινε η οριστική αποτύπωση με πολυαιθέρα (Impregum Penta, 3M Espe, Seefeld, Germany) και τεχνική ανοικτού δισκαρίου. Η κατασκευή βασικών πλακών, οι καταγραφές και η ανάρτηση σε ημιπροσαρμοζόμενο αρ-





Εικ. 9: Οι μεταλλοκεραμικές γέφυρες της άνω γνάθου.



Εικ. 10: Η μεταλλοκεραμική γέφυρα της κάτω γνάθου.



Εικ. 11: Οι προσθετικές εργασίες κατά την τοποθέτηση στο στόμα του ασθενή.



Εικ. 12: Η εικόνα του κάτω τριτημορίου προσώπου μετά την ολοκλήρωση της αποκατάστασης.

θρωπήρα έγινε κατά τα γνωστά (εικ. 7, 8)<sup>7</sup>. Ακολούθησε η ανάρτηση και ο παραλληλισμός (φρεζάρισμα) των προκατασκευασμένων διαβλεννογονίων στηριγμάτων τιτανίου και τέλος η κατασκευή των μεταλλικών υπερκατασκευών σύμφωνα με το διαγνωστικό κέρωμα και τη βοήθεια προστομιακού νάρθηκα οπισθόδρομης κοπής (cut back guide). Μετά την ολοκλήρωση των εργαστηριακών σταδίων, την κοχλίωση των διαβλεννογονίων στηριγμάτων με τις προβλεπόμενες ροπές και τους απαραίτητους κλινικούς ελέγχους, οι εργασίες τοποθετήθηκαν με προσωρινή κονία συγκόλλησης (Temp Bond-Kerr, Orange, USA) για μια δοκιμαστική περίοδο ενός μηνός (εικ. 9, 10). Ο ασθενής αποχώρησε με σαφείς οδηγίες στοματικής υγιεινής και α-

ναλυτικό πρόγραμμα επανεξέτασης (εικ. 11, 12).

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο άρθρο αυτό περιγράφουμε την στοματική αποκατάσταση ενός ενήλικα ασθενή με εξωδερμική δυσπλασία. Η ηλικία του ασθενή κατά την προσέλευσή του ήταν 18 έτη και η ωριμότητα του χαρακτήρα του σε συνδυασμό με την θετική του στάση επέτρεψαν τη δόμηση και αποπεράτωση ενός περίπλοκου σχεδίου θεραπείας διάρκειας επτά ετών. Η σε πρώτη φάση τοποθέτηση μιας επένθετης οδοντοστοιχίας στην κάτω γνάθο χωρίς εξαγωγές δοντιών, βελτίωσε την αισθητική του προσώπου και την μασητική λειτουργία, ενώ συνέβαλε στη

διατήρηση του όγκου των φατνιακών ακρολοφιών στις αντίστοιχες περιοχές. Κατά τη δεύτερη επεμβατική φάση πραγματοποιήθηκαν αναπλαστικές τεχνικές και τοποθετήθηκαν οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα για τη στήριξη ακίνητων συγκολλούμενων εργασιών. Η αναφερόμενη στη διεθνή βιβλιογραφία πιθανότητα ενταφιασμού ή αποκάλυψης τμήματος των σπειρών των εμφυτευμάτων θεωρήθηκε στην περίπτωση μας αμελητέα, λόγω της περατωμένης ανάπτυξης αλλά και ωρίμανσης του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος του ασθενή κατά τη χρονική περίοδο των επεμβάσεων. Τέλος η διατήρηση των δύο κεντρικών τομέων εξασφάλισε την άριστη αισθητική απόδοση στην ευαίσθητη αισθητική ζώνη της άνω γνάθου, με μειωμένες πιθανότητες μη αντιμετωπίσιμων μελλοντικών επιπλοκών. Η παρουσία τριών εμφυτευμάτων ανά ημιμόριο της άνω γνάθου προσδίδει στις εργασίες χαρακτήρα αμιγώς εμφυτευματικής στήριξης και παρέχει τη δυνατότητα μελλοντικής ενοποίησης των δύο τμημάτων χωρίς περαιτέρω τροποποιήσεις.

## SUMMARY

### **A multistage oral rehabilitation of an adult ectodermal dysplasia patient: a case report** Aristides Villias, Hercules Karkazis, John Logothetis

*hellenic hospital dentistry 3: 39-43, 2010*

*Ectodermal dysplasia is a group of inherited disorders characterized by abnormal development of at least two structures of ectodermal origin such as, hair (trichodysplasia), nails (onychodysplasia), sweat glands (dyshidrosis), and dentition (anodontia, oligodontia or malformed teeth). The most frequently reported condition among the EDs is the X-linked hypohidrotic dysplasia associated with certain oral and facial manifestations such as reduced vertical dimension of occlusion, abnormal alveolar ridge formation protuberant lips, and depressed nasal bridge.*

*Inadequate dental support and lack of normal ridge development commonly results in occlusal collapse with severe chewing difficulties. The present report describes the prosthetic rehabilitation of a patient with ED who presented maxillary and mandibular oligodontia combined with severe atrophy of the residual alveolar ridges. The prosthetic rehabilitation including a mandibular overdenture as an interim prosthesis, maxillary augmentation and finally implant retained fixed dental prostheses on both jaws, was carried out on four separate occasions. The advantages of this protocol include muscular adaptation through the prolonged use of the mandibular overdenture, provision of adequate time for the completion of the various steps, and finally improved esthetics, mastication and psychological confidence.*

**Key words:** ectodermal, dysplasia, overdenture, osseointegration

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Guckes AD, Brahim JS, McCarthy GR, et al: Using endosseous implants for patients with ectodermal dysplasia. J Am Dent Assoc 1991; 122: 59-62.
2. Pigno MA, Blackman RB, Cronin RJ, Cavazos E: Prosthodontic management of ectodermal dysplasia: A review of the literature. J Prosthet Dent 1996; 76: 541-5.
3. Kearns G, Sharma A, Perrott D, Schmidt B, Kaban L, Vargervik K: Placement of endosseous implants in children and adolescents with hereditary ectodermal dysplasia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999; 88: 5-10.
4. Gorlin RJ, Pindborg JS, Cohen MM: Hypohidrotic ectodermal dysplasia. In: Syndrome of the head and neck. NY McGraw Hill, pp 375-385, 1978.
5. Singer SL, Henry PJ, Lander ID: A treatment planning classification for oligodontia. Int J Prosthodont 2010; 23: 99-106.
6. Karkazis HC, Kossioni A: A copy-denture technique: Laboratory and clinical procedures. Quintessence of Dental Technology (QDT) 1995; 159-164.
7. Γιαννικάκης Σ, Καρκαζής Η: Προσθετική επί εμφυτευμάτων. Εργαστήριο. Αθήνα. Μπονισέλ. 2007.

**Διεύθυνση για επικοινωνία:**  
Η. Καρκαζής  
e-mail: hkarkaz@dent.uoa.gr



## Αντιμετώπιση περιεμφυτευματίτιδας με συνδυασμό χειρουργικής και φωτοδυναμικής θεραπείας: αναφορά περιστατικού

Ν. Χριστοδουλίδης\*, Δ. Νικολιδάκης\*\*

Η περιεμφυτευματίτιδα αποτελεί μια φλεγμονώδη διεργασία όπου επηρεάζει τους ιστούς γύρω από ένα οστεοενσωματούμενο εμφύτευμα σε λειτουργία και αν δεν αντιμετωπισθεί, καταλήγει σε απώλεια της στήριξης του εμφυτεύματος. Τα τελευταία χρόνια, λόγω του αυξημένου αριθμού περιστατικών, η θεραπεία της περιεμφυτευματίτιδας έχει αποκτήσει μεγάλο ενδιαφέρον στην κλινική πράξη. Πολλές θεραπευτικές μέθοδοι έχουν προταθεί για την αντιμετώπιση της, αλλά μέχρι και σήμερα καμία θεραπευτική λύση δεν φαίνεται να υπερέχει έναντι των υπολοίπων. Στην παρούσα αναφορά, θα αναλυθεί ένα περιστατικό περιεμφυτευματίτιδας μαζί με όλα τα στοιχεία που αφορούν το ιστορικό, τα κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα. Στη συνέχεια, θα περιγραφεί η θεραπευτική αντιμετώπιση του περιστατικού η οποία συμπεριλαμβάνει χειρουργική παρέμβαση με επιπρόσθετη εφαρμογή φωτοδυναμικής θεραπείας μέσω της χρήσης διοδικού laser. Η φωτοδυναμική θεραπεία είναι μια υποσχόμενη νέα θεραπεία η οποία στηρίζεται στην εφαρμογή συνδυασμού εκπομπής ορατού κύματος φωτός και ενεργοποίησης ενός φωτοευαίσθητου χημικού παράγοντα στην περιοχή της βλάβης ικανό να οδηγήσει σε σημαντική μείωση του μικροβιακού αιτιολογικού παράγοντα.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 3: 45-50, 2010

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η περιεμφυτευματίτιδα έχει οριστεί ως μια φλεγμονώδης διεργασία που επηρεάζει τους ιστούς γύρω από ένα οστεοενσωματούμενο εμφύτευμα σε λειτουργία και καταλήγει σε απώλεια του σπληνικού οστού<sup>1</sup>. Στην περιεμφυτευματίτιδα η οστική αλλοίωση παρουσιάζεται στο αυχενικό μέρος του εμφυτεύματος και έχει το σχήμα κρατήρα σε ακτινογραφικό έλεγχο ενώ το ακρορριζικό μέρος της επιφάνειας οστού-εμφυτεύματος παραμένει άθικτο μέχρι το τελικό στάδιο εξέλιξης της νόσου<sup>2</sup>. Λόγω του γεγονότος ότι το ακρορριζικό τμήμα του εμφυτεύ-

ματος παραμένει αρχικά σε κατάσταση οστεοενσωμάτωσης, η οστική καταστροφή μπορεί να προχωρήσει χωρίς ιδιαίτερα συμπτώματα κινητικότητας του εμφυτεύματος μέχρι τελικής απώλειας της οστικής στήριξης. Παράλληλα, παρατηρείται φλεγμονή των μαλακών ιστών γύρω από το εμφύτευμα και συσχετίζεται με αιμορραγία κατά την ανίχνευση με περιοδοντική μύλη. Πιθανόν να συνοδεύεται και από παραγωγή και έξοδο πύου από τον βαθύ θύλακο γύρω από το εμφύτευμα. Πάντως οίδημα και ερυθρότητα των μαλακών ιστών δεν είναι πάντα εμφανή σημεία και συνήθως δεν υπάρχει πόνος<sup>3</sup>. Η αιτιοπαθογένεια της περιεμφυτευματίτιδας δεν είναι ξεκάθαρα κατανοητή μέχρι και σήμερα. Όμως είναι ευρέως αποδεκτό ότι υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ των ενδοστοματικών παθογόνων και της περιεμφυτευματικής βλεννογονίτιδας και περιεμφυτευματίτιδας<sup>3,4</sup>. Ως εκ τούτου, η απομάκρυνση της μικροβιακής πλάκας είναι ένα σημαντικό βήμα στην θεραπεία των περιεμφυτευματικών λοιμώξεων<sup>5</sup>.

Έχουν περιγραφεί διάφορες τεχνικές απομάκρυνσης της μικροβιακής πλάκας όσο αφορά την απόξεση των επιφανειών των εμφυτευμάτων που εμφανίζουν περιεμφυ-

**Λέξεις κλειδιά:** περιεμφυτευματίτιδα, φωτοδυναμική θεραπεία, διοδικό laser.

\* Εξειδικευμένος στην Περιοδοντολογία (MSc) Πανεπιστημίου Radboud Nijmegen Ολλανδίας, ιδιωτικό ιατρείο Λευκωσία

\*\* Εξειδικευμένος στην Περιοδοντολογία (MSc, PhD) Πανεπιστημίου Radboud Nijmegen Ολλανδίας, ιδιωτικό ιατρείο Ηράκλειο



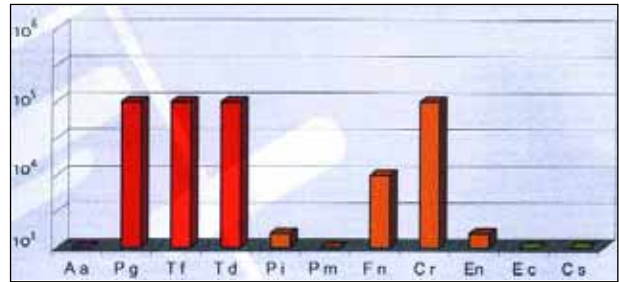


**Εικόνα 1:** Κατά την κλινική εξέταση της ασθενούς, είναι εμφανής η αύξηση του όγκου των μαλακών ιστών με πυορροή παρειακά του εμφυτεύματος στη θέση του δεξιού κάτω κυνόδοντα.



**Εικόνα 2:** Η ακτινογραφική εξέταση της ασθενούς με πανοραμική ακτινογραφία υπέδειξε γωνιώδη οστική βλάβη του εμφυτεύματος στη θέση του δεξιού κάτω κυνόδοντα.

τευματίτιδα. Μεταξύ άλλων έχει προταθεί η χρήση κιτρικού οξέος, η εφαρμογή αμμοβολής, ο μηχανικός καθαρισμός με χρήση πλαστικών ξέστρων, ή η απόξεση μέσω ειδικών εργαλείων υπερήχων<sup>6,8</sup>. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η χρήση συσκευών αμμοβολής θεωρείται αρκετά αποδοτική μηχανική μέθοδος<sup>9,10</sup>. Παρόλ' αυτά, η απόξεση των ανώμαλων επιφανειών των εμφυτευμάτων λόγω της αδρότητας τους φαίνεται να είναι δύσκολη ή ακόμη και αδύνατη. Εκτός από τις τεχνικές καθαρισμού των εμφυτευματικών επιφανειών, η επιπρόσθετη χορήγηση αντιβιοτικών θεωρείται ότι παρέχει μια επιπλέον βοήθεια<sup>11</sup>. Η φωτοδυναμική θεραπεία (photodynamic therapy: PDT) που επίσης ονομάζεται φωτοενεργοποιούμενη θεραπεία ή φωτοθεραπεία είναι μια υποσχόμενη νέα θεραπεία η οποία αποτελείται από το συνδυασμό χρήσης ορατού κύματος φωτός και ενός φωτοευαίσθητου χημικού παράγοντα. Η εισαγωγή της φωτοδυναμικής θεραπείας στην ιατρική έγινε το 1904<sup>12</sup>. Πρόκειται για μία τροποποιημένη εφαρμογή laser όπου βασίζεται στην ενεργοποίηση μιας φωτοευαίσθητης χρωστικής μέσω ακτινοβολίας της περιοχής δράσης χρησιμοποιώντας ειδικού μήκους κύματος laser. Το laser αυτό είναι χαμηλότερης ενέργειας και δεν προκαλεί θερμικό έγκαυμα. Η ενεργοποίηση της φωτοευαίσθητης χρωστικής (πχ. μπλε της τολουιδίνης) οδηγεί στην απελευθέρωση ελεύθερων ριζών οξυγόνου και άλλων δραστικών παραγόντων που είναι τοξικά για τα μικρόβια και οδηγούν στην καταστροφή τους<sup>13,14</sup>. Έρευνες έχουν δείξει ότι με την χρήση φωτοδυναμικής θεραπείας μπορεί να επιτευχθεί θάνατος βακτηριδίων in vitro χωρίς καμία αλλαγή στην σταθερότητα ή ζημία στις θεραπευμένες επιφάνειες<sup>15</sup>. Οι Dobson & Wilson



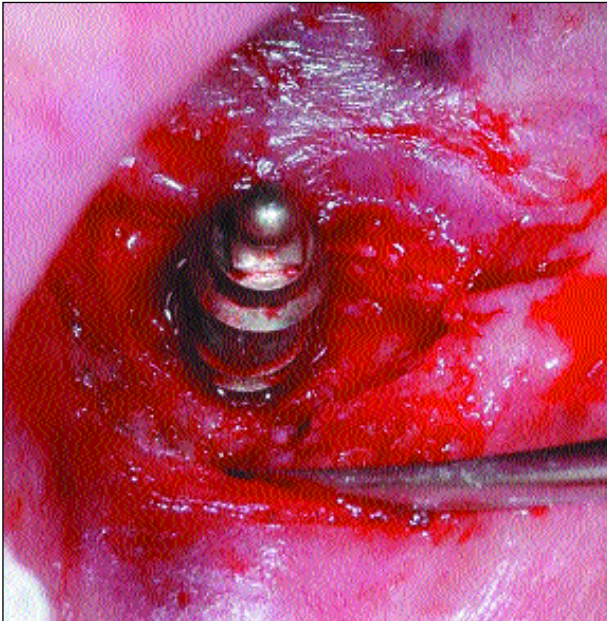
**Εικόνα 3:** Ο μικροβιολογικός έλεγχος (DNA-probe test) με λήψη δειγμάτων από τη περιοχή της περιεμφυτευματίτιδας έδειξε αυξημένα επίπεδα περιοπαθογόνων μικροβίων.

(1992) απέδειξαν ότι τα βακτήρια που έχουν συσχετιστεί με την περιοδοντική νόσο μπορούν να θανατωθούν με τη χρήση της φωτοευαίσθητης χρωστικής μπλε της τολουιδίνης και παράλληλη χρήση laser Ηλίου-Νέου<sup>16</sup>. Στην παρούσα αναφορά, θα αναλυθεί ένα περιστατικό περιεμφυτευματίτιδας μαζί με όλα τα στοιχεία που αφορούν το ιστορικό, τα κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα. Στη συνέχεια, θα περιγραφεί η θεραπευτική αντιμετώπιση του περιστατικού η οποία συμπεριλαμβάνει χειρουργική παρέμβαση με επιπρόσθετη εφαρμογή φωτοδυναμικής θεραπείας μέσω της χρήσης διοδικού laser.

### ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ασθενής 71 ετών παραπέμφθηκε πρόσφατα από τον οδοντίατρο της σε περιοδοντική κλινική λόγω φλεγμονής και οστικής βλάβης από ένα εμφύτευμα (Standard Implant SLA, Straumann Dental Implant System, Basel, Switzerland) στην περιοχή του κάτω δεξιού κυνόδοντα. Η ασθενής δεν είχε προβλήματα γενικής υγείας, ήταν νωδή προ δεκαετίας και έφερε ολική οδοντοστοιχία στην άνω γνάθο και ολική επένθετη οδοντοστοιχία επί δύο εμφυτευμάτων στην κάτω γνάθο. Τα δύο εμφυτεύματα τοποθετήθηκαν πριν έξι χρόνια στην περιοχή των κάτω κυνόδοντων, στις θέσεις 43 και 33, για αυξημένη συγκράτηση της οδοντοστοιχίας. Η ασθενής παρουσιάστηκε αρχικά στον οδοντίατρό της παραπονούμενη για υπερπλαστικούς μαλακούς ιστούς γύρω από τα εμφυτεύματα που προκαλούσαν πόνο κατά τη χρήση της οδοντοστοιχίας (εικ. 1). Η κλινική εξέταση του οδοντίατρου υπέδειξε βαθείς περιεμφυτευματικούς θυλάκους γύρω από το ένα εκ των δύο εμφυτευμάτων και ο ακτινογραφικό έλεγχος εμφάνισε μεγάλη οστική απώλεια γύρω από το εμφύτευμα (εικ. 2).

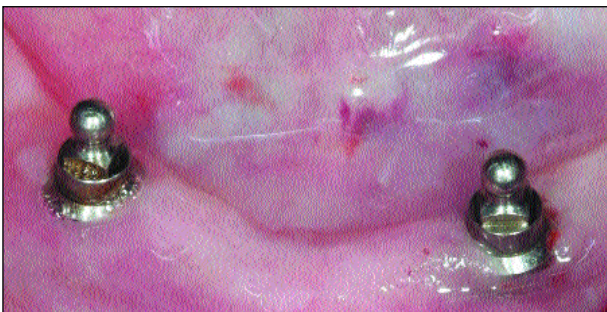
Μετά την παραπομπή της ασθενούς, επιβεβαιώθηκαν τα κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα της αρχικής εξέτασης. Η στοματική υγιεινή ήταν μέτρια, χωρίς την παρουσία υπερβλεννογόνιας τρυγίας γύρω από τα εμφυτεύματα. Το εμφύτευμα στη θέση 33 δεν παρουσίασε αιμορραγία και το βάθος θυλάκου περιμετρικά δεν υπερέβαινε τα 3 χιλιοστά. Σε αντίθεση, το εμφύτευμα στην θέση 43 παρουσίαζε θυλάκους όπου αιμορραγούσαν και το βάθος τους μετρήθηκε 13 χιλιοστά στην παρειακή επιφάνεια, 10 χιλιοστά στην εγγύς και άπω επιφάνεια και



**Εικόνα 4:** Κατά την χειρουργική επέμβαση, πραγματοποιήθηκε αναπέταση του κρημνού και ακολούθησε καθαρισμός της επιφάνειας του εμφυτεύματος.



**Εικόνα 5:** Εφαρμογή του laser σε επαφή με την επιφάνεια του εμφυτεύματος και μετακίνηση του γύρω από την περιεμφυτευματική βλάβη.



**Εικόνα 6:** Ικανοποιητική επούλωση του χειρουργικού τραύματος με εμφανείς ενδείξεις κλινικής βελτίωσης, τρεις μήνες μετά την επέμβαση.

8 χιλιοστά στην γλωσσική επιφάνεια. Ο ακτινογραφικός έλεγχος έδειξε οστική απώλεια σε σχήμα κρατήρα γύρω από το εμφύτευμα αυτό η οποία έφτανε μέχρι το μέσο της επιφάνειας του. Με τη βοήθεια αποστειρωμένων κώνων χάρτου έγινε λήψη δείγματος μικροβιακής πλάκας. Αναλυτικότερα, έγινε τοποθέτηση των κώνων για ένα δευτερόλεπτα σε τέσσερα σημεία-θυλάκους στην περιφέρεια του εμφυτεύματος και στη συνέχεια στάλθηκαν στο εργαστήριο για μικροβιολογικό έλεγχο. Ο μικροβιολογικός έλεγχος (DNA-probe test) έδειξε αυξημένα επίπεδα των περιοπαθογόνων μικροβίων *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsynthesis* και *Treponema denticola* (εικ. 3).

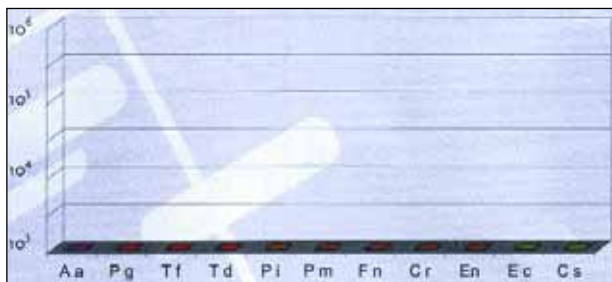
Βασισμένοι στις κλινικές, ακτινογραφικές και μικροβιολογικές εξετάσεις, η διάγνωση ήταν περιεμφυτευματίτιδα.

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το σχέδιο θεραπείας περιελάμβανε αρχικά ενίσχυση της στοματικής υγιεινής της ασθενούς, με συγκεκριμένες οδηγίες καθαρισμού των υπερβλεννογόνιων τμημάτων των εμφυτευμάτων, τοπική εφαρμογή χλωρεξιδίνης και στη συνέχεια υποβλεννογόνια αποτρίγωση και αφαίρεση της μικροβιακής πλάκας με τη χρήση πλαστικών ξέστρων αλλά και υπερήχων με πλαστικό άκρο καθώς και διακλυσμούς του περιεμφυτευματικού χώρου με φυσιολογικό ορό. Επίσης, προτάθηκε στην ασθενή τρίμηνο πρόγραμμα επανελέγχων και είχε προγραμματιστεί επανεξέταση σε τρεις μήνες. Κατά τον επανέλεγχο μετά την αρχική συντηρητική φάση της θεραπείας, υπήρξε περιορισμός της τοπικής φλεγμονής και η ασθενής παρουσίαζε μειωμένο βάθος θυλάκων όπου η μεγαλύτερη μέτρηση ήταν 7 χιλιοστά και παρουσιάζοταν στην παρειακή επιφάνεια του εμφυτεύματος. Ως εκ τούτου, κρίθηκε απαραίτητη η χειρουργική παρέμβαση με σκοπό την περαιτέρω εξάλειψη της φλεγμονής και των θυλάκων.

Κατά την χειρουργική επέμβαση, πραγματοποιήθηκε αναπέταση του κρημνού όπου απομακρύνθηκε ο κοκκιωματώδης ιστός γύρω από το εμφύτευμα και ακολούθησε καθαρισμός της επιφάνειας του εμφυτεύματος με τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν κατά την μη-χειρουργική φάση (εικ. 4). Ακολούθως, η επιφάνεια του εμφυτεύματος ξεπλύθηκε με φυσιολογικό ορό. Δεν έγινε προσπάθεια να λειανθεί η αδρή επιφάνεια του εμφυτεύματος. Στη συνέχεια τοποθετήθηκε ο φωτοευαίσθητος χημικός παράγοντας (μπλε της τολουιδίνης, HELBO Blue Photosensitizer, HELBO Photodynamic Systems) γύρω από το εμφύτευμα και αφέθηκε για 3 λεπτά. Μετά από διακλυσμούς με φυσιολογικό ορό για την απομάκρυνση της περίσσειας υλικού, η προσβεβλημένη περιοχή ακτινοβολήθηκε με διοδικό laser (HELBO minilaser 2075 F dent, HELBO Photodynamic Systems GmbH & Co KG, Grieskirchen, Austria) με μήκος κύματος 670 nm, ισχύς 75 mW/cm<sup>2</sup>, για 1 λεπτό. Το laser βρισκόταν σε επαφή με την επιφάνεια του εμφυτεύματος και γινόταν μετακίνηση γύρω από τη βλάβη έτσι ώστε η φωτεινή δέσμη να ακολουθεί την περι-εμφυτευματική βλάβη (εικ. 5). Στο τέλος





**Εικόνα 7:** Ο μικροβιολογικός επανέλεγχος έδειξε μείωση των επιπέδων όλων των περιοπαθογόνων μικροβίων κάτω από το όριο ελέγχου.

ολοκληρώθηκε η επέμβαση με συμπλησίαση και συρραφή των κρημνών ενώ ακολούθησε μετεγχειρητική παρακολούθηση όπου παρατηρήθηκε ομαλή, χωρίς προβλήματα, επούλωση του τραύματος (εικ. 6).

### ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ

Τρεις μήνες αργότερα, ελήφθη νέο δείγμα μικροβιακής πλάκας γύρω από το εμφύτευμα, στάλθηκε στο μικροβιολογικό εργαστήριο και επίσης διενεργήθηκαν νέες κλινικές μετρήσεις. Η στοματική υγιεινή της ασθενούς ήταν καλή και η βάση της οδοντοστοιχίας είχε τροποποιηθεί από τον οδοντίατρο για καλύτερη προσαρμογή λόγω αλλαγής της θέσης των μαλακών ιστών μετά την επέμβαση. Οι περιεμφυτευματικοί ιστοί δεν αιμορραγούσαν και η μεγαλύτερη μέτρηση βάθους θυλάκου ήταν 4 χιλιοστά. Ο μικροβιολογικός έλεγχος έδειξε μείωση των επιπέδων όλων των περιοπαθογόνων μικροβίων κάτω από το όριο ελέγχου (εικ. 7). Ο ακτινογραφικός έλεγχος που διενεργήθηκε έξι μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση έδειξε αισθητή βελτίωση της κατάστασης του οστού γύρω από το εμφύτευμα καθώς παρατηρήθηκε αύξηση της οστικής μάζας στην αυχενική μοίρα του εμφυτεύματος (εικ. 8). Τέλος, η ασθενής προγραμματίστηκε για επανελέγχους ανά τρίμηνο, για τη διατήρηση του αποτελέσματος.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στα οδοντικά εμφυτεύματα, όπως και στα φυσικά δόντια, η μικροβιακή πλάκα μπορεί να προσκολληθεί πάνω στην επιφάνεια τους και εφόσον παραμείνει, να προκαλέσει αντίδραση ξενιστή - φλεγμονή, με αποτέλεσμα την δημιουργία βλεννογονίτιδας, η οποία μπορεί να εξελιχθεί σε περιεμφυτευματίτιδα με βλάβες που εκτείνονται στη συνέχεια ακρορριζικά και οδηγούν σε απώλεια οστού και εμφυτεύματος<sup>1</sup>. Η γωνιώδης οστική βλάβη συνήθως περιβάλλει όλη την περιφέρεια της επιφάνειας του εμφυτεύματος<sup>4</sup>. Προτεινόμενες στρατηγικές θεραπείες περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την κλειστή ή ανοικτή απόξεση και απομάκρυνση της μικροβιακής πλάκας καθώς και αφαιρετικές ή αναγεννητικές χειρουργικές τεχνικές με ή χωρίς την συνδυασμένη τοπική ή συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών (όπως περιγράφεται στην βιβλιογραφική ανασκόπηση Ross-Jansaker et al.



**Εικόνα 8:** Ο ακτινογραφικός επανέλεγχος που διενεργήθηκε έξι μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση εμφάνισε αύξηση της οστικής μάζας στην αυχενική μοίρα του εμφυτεύματος.

2003)<sup>17</sup>.

Ο Lang και οι συνεργάτες του έχουν προτείνει τα παρακάτω θεραπευτικά βήματα στην αντιμετώπιση της περιεμφυτευματίτιδας<sup>4</sup>:

1. Εμφυτεύματα με μικροβιακή πλάκα και τρυγία που περιβάλλονται από βλεννογόνο που παρουσιάζει αιμορραγία κατά την ανίχνευση χωρίς διαπύηση και με αβαθείς θυλάκους θα πρέπει να υπόκεινται σε μηχανική απόξεση με κατάλληλα εργαλεία. Για παράδειγμα η τρυγία μπορεί να απομακρυνθεί χρησιμοποιώντας πλαστικά ξέστρα, ενώ η πλάκα απομακρύνεται σιλβώνοντας την επιφάνεια του εμφυτεύματος με λαστιχάκια και πάστα στίλβωσης. Τα συμβατικά ξέστρα ή κοχλιάρια απόξεσης από ατσάλι ή τα συστήματα υπερήχου με μεταλλικά άκρα δε θα πρέπει να χρησιμοποιούνται επειδή μπορεί να προκαλέσουν σημαντική βλάβη στην επιφάνεια του εμφυτεύματος<sup>18</sup>.
2. Στα εμφυτεύματα που παρουσιάζουν επιπροσθέτως αυξημένο βάθος θυλάκου (~5 χιλιοστά) και διαπύηση επιβάλλεται επίσης αντισηπτική θεραπεία με τη χορήγηση διαλύματος διγλυκονικής χλωρεξιδίνης 0.2% ή συνίσταται η τοπική εφαρμογή στη μολυσμένη περιοχή γέλης 0.2% του ίδιου αντισηπτικού για διάστημα 3-4 βδομάδων ώστε να επιτευχθούν θετικά αποτελέσματα. Σε περίπτωση που το βάθος θυλάκου ξεπεράσει τα 6 χιλιοστά και υπάρχει ακτινογραφική ένδειξη αρχόμενου οστικού κρατήρα επιβάλλεται πέρα απ όλα τα παραπάνω και η χορήγηση αντιβιοτικών, με την μετρονιδαζόλη να αποτελεί συχνά φάρμακο επιλογής.
3. Εμφυτεύματα που παρουσιάζουν αυξημένο βάθος θυλάκου (μεγαλύτερο από 6 χιλιοστά) και υπάρχει ακτινογραφική ένδειξη οστικού κρατήρα (μεγαλύτερο από 2 χιλιοστά) απαιτούν αφαιρετικές ή αναγεννητικές χειρουργικές τεχνικές. Είναι επιτακτικό να γίνει κατανοητό ότι η χειρουργική θεραπεία δε συνίσταται μέχρι να τεθεί υπό έλεγχο η φλεγμονή γύρω από το εμφύτευμα. Με βάση την έκταση και το μέγεθος της οστικής απώλειας, θα ληφθεί η απόφαση σχετικά με τα μέτρα που θα εφαρμοστούν.

Η αντιμετώπιση των περιεμφυτευματικών λοιμώξεων με τη χρήση φωτοδυναμικής θεραπείας είναι μια νεοεμφανιζόμενη θεραπευτική μέθοδος με ελάχιστες κλινικές αποδείξεις. Η αποτελεσματικότητα της τεχνικής με τη χρήση της φωτοευαίσθητης χρωστικής μπλε της τολουϊ-

δίνης και την εφαρμογή διοδικού laser στο να καταστρέφει το μικροβιακό παράγοντα έχει αποδειχθεί *in vitro*<sup>15, 19</sup> και *in vivo*<sup>20</sup>. Έρευνες σε πειραματόζωα όπου πρώτα εγκαταστάθηκε πειραματικά περιεμφυτευματίτιδα και στη συνέχεια εφαρμόστηκε φωτοδυναμική θεραπεία διαπιστώθηκαν θετικά αποτελέσματα με σημαντική μείωση των παθογόνων μικροβίων<sup>21, 22</sup>.

Στην κλινική πράξη, έρευνα του Dörtbudak et al<sup>23</sup> χρησιμοποίησε τη φωτοδυναμική μέθοδο σε 15 ασθενείς για τη θεραπεία περιοδοντίτιδας όπου συγκρίθηκε ποσοτικά η παρουσία των περιοδοντικών παθογόνων μικροβίων *Actinobacillus Actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas Gingivalis* και *Prevotella Intermedia* πριν και μετά την θεραπεία. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας οδήγησαν στη διαπίστωση μιας σημαντικής μείωσης των παθογόνων μικροβίων αλλά όχι παντελή απουσία αμέσως μετά τη θεραπεία. Επίσης στην έρευνα των Christodoulides et al<sup>24</sup> όπου η ίδια θεραπεία εφαρμόστηκε σε 12 περιοδοντικούς ασθενείς διαπιστώθηκε μείωση της αιμορραγίας και της φλεγμονής χωρίς όμως εξάλειψη των μικροβίων. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε μια άλλη έρευνα με παρόμοιο σχεδιασμό<sup>25</sup>.

Στην παρούσα αναφορά παρατηρήθηκε ολική μείωση όλων των υπό διερεύνηση βακτηρίων κάτω από τα επίπεδα ελέγχου τρεις μήνες μετά τη συνδυασμένη χειρουργική και φωτοδυναμική θεραπεία ενθαρρύνοντας τη χρήση αυτής της νεοεμφανιζόμενης θεραπευτικής μεθόδου. Τα βραχυχρόνια κλινικά και μικροβιολογικά αποτελέσματα κρίθηκαν ικανοποιητικά στο συγκεκριμένο περιστατικό, όμως τα μακροχρόνια αποτελέσματα της μεθόδου αυτής είναι υπό διερεύνηση.

## SUMMARY

### Treatment of peri-implantitis with the adjunctive use of photodynamic therapy: a case report

N. Christodoulides, D. Nikolidakis

*hellenic hospital dentistry* 3: 45-50, 2010

*Peri-implantitis has been defined as an inflammatory process affecting the tissues around an osseointegrated implant in function, resulting in loss of supporting bone. During disease, a bone defect arises in the marginal portion of the implant site and has the shape of a crater. Bone destruction may proceed without any notable signs of implant mobility until osseointegration is completely lost. In the present report, a case of peri-implantitis is presented that was treated with the adjunctive use of photodynamic therapy. A 71-year old non-smoking female was referred to a periodontal practice after her dentist discovered radiographic bone loss around the implant in area 43. The patient was in good general health and complained about a hyperplastic gingival lesion around the implant. During clinical examination deep pockets were observed around the infected implant and further radiographic examination revealed extensive bone loss. Microbiological testing showed elevated numbers of*

*Porphyromonas gingivalis, Tannerella forsythensis and Treponema denticola. Based on the clinical-, radiographic- and microbiological evaluation, a diagnosis of peri-implantitis was established. The treatment plan included oral hygiene reinforcement, supra- and sub-mucosal debridement and additionally surgical intervention after inflammation resolution. During surgery, granulation tissue was removed and the implant was cleaned. Afterwards a photosensitizer was placed around the implant and the area was left undisturbed for 3 minutes. After irrigation with physiologic saline the stained area was irradiated with a diode laser (HELBO minilaser 2075 F dent, HELBO Photodynamic Systems GmbH & Co KG, Grieskirchen, Austria) with a wavelength of 670nm for 1 min. Three months later, the bacteriological profile revealed reduction of all tested bacteria below detection level and the orthopantomograph, taken 6 months postoperatively, pointed out an improved bone situation. Management of peri-implantitis with photodynamic therapy is a new treatment modality. The effectiveness of the combination of a photosensitizer dye, in this case based on toluidine blue, and a soft diode laser to eliminate bacteria has been shown in vitro and in vivo.*

**Key words:** denture cleansers, denture stomatitis and denture hygiene

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Albrektsson T, Isidor F: Consensus report of session IV. In: Lang NP, Karring T, eds. Proceedings of the First European Workshop on Periodontology. London. Quintessence. 1994: 365-369.
2. Mombelli A, Lang NP: The diagnosis and treatment of peri-implantitis. *Periodontol* 2000 1998; 17: 63-76.
3. Mombelli A: Prevention and therapy of peri-implant infections. In: Lang NP, Karring T, Lindhe J, eds. Proceedings of the Third European Workshop on Periodontology. Berlin. Quintessenz Verlag. 1999: 281-303.
4. Lang NP, Wilson TG, Corbet EF: Biological complications with dental implants: their prevention, diagnosis and treatment. *Clin Oral Implants Res* 2000; 11(S): 146-155.
5. Mombelli A, Lang NP: Microbial aspects of implant dentistry. *Periodontol* 2000 1994; 4: 74-80.
6. Fox SC, Moriarty JD, Kusy RP: The effects of scaling a titanium implant surfaces with metal and plastic instruments: an in vitro study. *J Periodontol* 1990; 61: 485-490.
7. Lozada JL, James RA, Boskovic M, Cordova C, Emanuelli S: Surgical repair of peri-implant defects. *J Oral Implantol* 1990; 16: 424-6.
8. Parham PL, Cobb CM, French AA, Love JW, Drisko CL, Killooy WJ: Effects of an airpowder abrasive system on plasma-sprayed titanium implant surfaces: an in vitro evaluation. *J Oral Implantol* 1989; 15: 788-6.
9. Dennison DK, Huerzeler MB, Quinones C, Caffesse RG: Contaminated implant surfaces: an in vitro comparison of implant surface coating and treatment modalities for decontamination. *J Periodontol* 1994; 65: 942-948.
10. Zablotsky MH, Dietrich DL, Meffert RM: Detoxification of endotoxin-contaminated titanium and hydroxyapatite-coated surfaces utilizing various chemotherapeutic and mechanical modalities. *Impl Dent* 1992; 1: 154-158.



11. *Mombelli A, Lang NP*: Antimicrobial treatment of periimplant infections. *Clin Oral Implants Res* 1992; 3: 162-168.
12. *Von Tappeiner H, Jodlbauer A*: Über die Wirkung der photodynamischen (fluoreszierenden) Stoffe auf Protozoen und Enzyme. *Dtsch Arch Klin Med* 1904; 39: 427-487.
13. *Dougherty TJ, Gomer CJ, Henderson BW, Jori G, Kessel D, Korbek M, et al*: Photodynamic therapy. *J Natl Cancer Inst* 1998; 90: 889-905.
14. *Sharman WM, Allen CM, van Lier JE*: Photodynamic therapeutics: basic principles and clinical applications. *Drug Discov Today* 1999; 4: 507-517.
15. *Wilson M, Dobson J, Sarkar S*: Sensitization of periodontopathogenic bacteria to killing by light from a low-power laser. *Oral Microbiol Immunol* 1993; 8: 182-187.
16. *Dobson J, Wilson M*: Sensitization of oral bacteria in biofilms to killing by light from a low-power laser. *Arch Oral Biol* 1992; 37: 883-887.
17. *Roos-Jansaker AM, Renvert S, Egelberg J*: Treatment of peri-implant infections: a literature review. *J Clin Periodontol* 2003; 30: 467-485.
18. *Matarasso S, Quaremba G, Coraggio F, Vaia E, Cafiero C, Lang NP*: Maintenance of implants: an in vitro study of titanium implant surface modifications subsequent to the application of different prophylaxis procedures. *Clin Oral Implants Res* 1996; 7(1): 64-72.
19. *Haas R, Dörtbudak O, Mensdorff-Pouilly N, Mailath G*: Elimination of bacteria on different implant surfaces through photosensitization and soft laser. *Clin Oral Implants Res* 1997; 8: 249-254.
20. *Sarkar S, Wilson M*: Lethal photosensitisation of bacteria in subgingival plaque samples from patients with chronic periodontitis. *J Periodontol Res* 1993; 28: 204-210.
21. *Hayek R, Araújo N, Gioso M, Ferreira J, Baptista C, Yamada A, et al*: Comparative study between the effects of photodynamic therapy and conventional therapy on microbial reduction in ligature-induced peri-implantitis in dogs. *J Periodontol* 2005; 78: 1275-1281.
22. *Shibli JA, Martins MC, Nociti FH Jr, Garcia VG, Marcantonio E Jr*: Treatment of ligature-induced peri-implantitis by lethal photosensitization and guided bone regeneration: a histologic study in dogs. *J Periodontol* 2003; 74: 338-345.
23. *Dörtbudak O, Haas R, Bernhart T, Mailath-Pokorny G*: Lethal photosensitization for decontamination of implant surfaces in the treatment of peri-implantitis. *Clin Oral Implants Res* 2001; 12: 104-108.
24. *Christodoulides N, Nikolidakis D, Chondros P, Becker J, Schwarz F, Rossler R, et al*: Photodynamic therapy as an adjunct to non-surgical periodontal treatment: a randomized, controlled clinical trial. *J Periodontol* 2008; 79(9): 1638-1644.
25. *Chondros P, Nikolidakis D, Christodoulides N, Rossler R, Gutknecht N, Sculean A*: Photodynamic therapy as adjunct to non-surgical periodontal treatment in patients on periodontal maintenance: a randomized controlled clinical trial. *Lasers Med Sci* 2009; 24(5): 681-688.

---

### Διεύθυνση για επικοινωνία:

Δ. Νικολιδάκης  
Περιοδοντολόγος  
Βιάννου 1  
71201 Ηράκλειο  
τηλέφωνο: 2810 288611  
e-mail: d.nikolidakis@gmail.com

**4<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο  
Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής,  
30/9 - 2/10/2011, Αθήνα**

***Πρακτικά***

---

# Μήνυμα Οργανωτικής Επιτροπής

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής από 30 Σεπτεμβρίου έως 2 Οκτωβρίου 2011 διεξάγει στην Αθήνα το 4ο Πανελλήνιο Συνεδριό της, που έχει τίτλο «Η Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας στον 21ο Αιώνα», υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, των Οδοντιατρικών Συλλόγων Αττικής και Πειραιώς και με την τιμητική συνεργασία της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, φορείς τους οποίους ευχαριστούμε θερμά.

Το Συνεδριό διεξάγεται σε μια περίοδο κινητικότητας σε διεθνές αλλά και σε ελληνικό επίπεδο για τα ζητήματα της Ειδικής Οδοντιατρικής Φροντίδας. Η Φροντίδα του Ειδικού Οδοντιατρικού Ασθενή τίθεται στο επίκεντρο της προσοχής των Συστημάτων Υγείας και Εκπαίδευσης.

Το Συνεδριό μας, τόσο με το επιστημονικό του πρόγραμμα, που περιλαμβάνει 5 στρογγυλά τραπέζια, 19 εισηγήσεις, δύο ειδικές διαλέξεις, ένα σεμινάριο και 49 ελεύθερες ανακοινώσεις, όσο και με την σύσφιξη των σχέσεων και την παραγωγική ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών που θα επιτευχθούν, φιλοδοξεί να συμβάλει:

- στην εκπαίδευση για την παροχή Ειδικής Οδοντιατρικής Φροντίδας και
- στην επεξεργασία προτάσεων για τις απαιτούμενες αλλαγές.

Στις κοινωνικές εκδηλώσεις του εντάσσεται και η απόδοση τιμής σε ένα λαμπρό Ελβετό οδοντίατρο, τον Dr Julien Grivel, για την εθελοντική του δράση και την πολυετή παροχή νοσοκομειακών οδοντιατρικών υπηρεσιών στους Έλληνες χανσενικούς.

Αγαπητοί συνάδελφοι οδοντίατροι αλλά και λειτουργοί υγείας των άλλων κλάδων που σχετίζονται με την παροχή ποιοτικής οδοντιατρικής περίθαλψης, εκ μέρους του Διοικητικού Συμβουλίου και της Οργανωτικής Επιτροπής, έχουμε την τιμή και την χαρά να σας προσκαλέσουμε να συμμετάσχετε ενεργά στις εργασίες του Συνεδρίου μας.

Για την Οργανωτική Επιτροπή

Η Πρόεδρος

Φλώρα Ζερβού-Βάλβη

## ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

### Πρόεδρος:

Φλώρα Ζερβού-Βάλβη

### Συντονιστής:

Μάριος Φραγκάκης

### Αντιπρόεδροι:

Θεονύμφη Ζουριδάκη

Πέτρος Θανούλης

### Γραμματέας-Υπ/νη Γραμματείας:

Αλεξάνδρα Αντωνιάδου

### Ταμίας:

Ιωάννης Κουτσούκος

### Μέλη:

Διονύσιος Ανδρεσάκης

Νίκος Καπλάνης

Μιχάλης Κατσουράκης

Δημήτρης Κουτούλας

Παναγιώτα Μαραγκού

Ευαγγελία Μπογοσιάν

Σωτήρης Μπότσιος

Αντωνία Πολάτου

Αικατερίνη Τρίμη

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

### Πρόεδρος:

Καθηγήτρια Καίτη Καραγιάννη,

*Πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ*

### Συντονιστές:

Καθηγητής Γεώργιος Βουγιουκλάκης,

*Αναπλ. Πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ*

Αναπλ. Καθηγητής Νικόλαος Παπαδογεωργάκης,

*Πρόεδρος της Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας.*

### Μέλη:

#### Καθηγητές:

Κωνσταντίνος Αλεξανδρίδης

Κωνσταντίνος Αντωνιάδης

Ουρανία Νικολάτου

Αλεξάνδρα Σκλαβούνου

Κωνσταντίνος Τσιχλάκης

#### Αναπλ. Καθηγητές:

Ηρακλής Καρκαζής

Ιωάννης Τζούτζας

#### Επικ. Καθηγητές:

Αναστασία Κοσιώνη

# ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

## ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 30 Σεπτεμβρίου 2011

Εγγραφές 08.30-09.00

1η Συνεδρία 09.00-10.45  
ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρόεδροι: Δ. Δημητριάδης, Α. Σεληνίδου

**EA1** «Επανοργάνωση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας του ΕΣΥ: Προσδιορισμός προτεραιοτήτων»

**Δημητριάδης Δ., Κωνσταντινίδης Ρ., Σεληνίδου Α., Τρικαλιώτου Ν.**

**EA2** «Επανοργάνωση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας του ΕΣΥ: Αναγκαιότητα και σχεδιασμός»

**Δημητριάδης Δ., Κωνσταντινίδης Ρ., Σεληνίδου Α., Τρικαλιώτου Ν.**

**EA3** «Εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης από προσφερόμενες υπηρεσίες σε Κέντρο Υγείας»

**Μαντζαρόπουλος Ι., Μπάτου Ν., Φοροτζίδης Ε.**

**EA4** «Διερεύνηση των οδοντιατρικών αναγκών και των ασφαλιστικών ταμείων των ασθενών του τακτικού Οδοντιατρικού Τμήματος»

**Πολάτου Α., Αλεξίου Σ., Μπότσιος Σ.**

**EA5** «Διερεύνηση της πρόθεσης συμμετοχής στο κόστος, των ασθενών του Κέντρου Υγείας Αταλάντης»

**Αναγνωστοπούλου Ι., Σεμερτζιάδη Μ., Σίσκου Ο., Τσουνίας Β.**

**EA6** «Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας από την παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Νομό Τρικάλων»

**Μπέλλου Ο., Κοντούλη-Γείτονα Μ.**

**EA7** «Ορθοδοντική κατάσταση παιδιών ηλικίας 6-12 ετών της νήσου Ανδρου Κυκλάδων»

**Ζαρμπί-Μαγείρου Α., Καλαμπαλίκης Κ., Μαγείρου Α.**

**EA8** «Η περιοχή της γενειακής σύμφυσης ως δότρια θέση για τη λήψη συμπαγούς οστικού μοσχεύματος: Ανατομικοί περιορισμοί, τεχνική, επιπλοκές, εφαρμογές»

**Ανδρεσάκης Δ.**

**EA9** «Χειρουργικά υποβοηθούμενη ταχεία διεύρυνση της υπερώας: Μια επέμβαση ορθογναθικής χειρουργικής που μπορεί να εφαρμοσθεί σε περιπατητικό ασθενή»

**Ανδρεσάκης Δ.**

**EA10** «Η νωδότητα σε ασθενή με καρκίνο κεφαλής και η προτεινόμενη γναθοπροσωπική προσθετική αποκατάσταση»

**Τασόπουλος Θ., Καραθανάση Β., Γλυκοφρύδης Σ., Καπορδέλης Β., Τασόπουλος Γ., Παρασκευοπούλου Ο.**

**EA11** «Ο ιατρός Απολλώνιος ο Κιτιεύς και οι απόψεις του για την εξάρθρωση της κάτω γνάθου»

**Βαράκλας Β.**

**EA12** «Ο ρόλος της μεταβολής της μοριακής δομής της ανόργανης φάσης στη γήρανση των δοντιών»

**Αναστασοπούλου Ι., Σγούρος Δ.**

**EA13** «Τεχνολογίες SEM, FT-IR & Laser στη διάθεση της Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας»

**Σγούρος Δ., Αναστασοπούλου Ι.**

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ 15'

2η Συνεδρία 11.00-12.45

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Πρόεδροι: Ι. Κουτσούκος, Μ. Κατσουράκης

**BREIS1** «Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη. Το πλέον ενδεδειγμένο ερευνητικό εργαλείο της Ιατρικής Βασισμένης σε Ενδείξεις»

**Α. Αντωνιάδου**

**BREIS2** «Ο οδοντίατρος μπροστά στον καρδιολογικό ασθενή»

**Α. Πολάτου**

**EIS1** «Παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε άτομα με σωματική ή/και νοητική διαταραχή»

**Σ. Γκιζάνη**

**EIS2** «Διφωσφονικά φάρμακα - Οστεονέκρωση των γνάθων. Οδοντιατρική διαχείριση»

**Θ. Ζουριδάκη**

**EIS3** «Επαγγελματική ικανοποίηση προσωπικού οδοντιατρικής μονάδας»

**Κ. Βλασιάδης**

3η Συνεδρία 12.45-13.45

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρόεδροι: Κ. Βλασιάδης, Κ. Καλαμπαλίκης

**EA14** «Στοματοδυνία»

**Μαραγκού Π.**

**EA15** «Μελαγχρωματικές λειχηνοειδείς βλάβες στόματος: Παρουσίαση περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας»

**Τιτσινίδης Σ., Καμπέρος Γ., Νικητάκης Ν., Δοντά Α., Οικονομοπούλου Π., Σκλαβούνου-Ανδρικοπούλου Α.**

**EA16** «Η διαιτητική λειτουργία Στοματολογικού Ιατρείου σε ένα Νοσοκομείο της περιφέρειας (κλινικοστατιστική μελέτη)»

**Ζιώγα Α., Τσουνίας Β.**

**EA17** «Νόσος Darier: Παρουσίαση περίπτωσης και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας»

**Δοντά Α., Λυκουρέσης Δ., Νικητάκης Ν., Καραγιάννη Κ.**

**EA18** «Οδοντιατρική αντιμετώπιση παιδιού 6 ετών με σύνδρομο Sotos»

**Κουτσούκος Ι., Ρερρέ Α., Χαλά Μ., Αραποστάθης Κ.**

**EA19** «Συμβουλευτική κατά του καπνίσματος σε ασθενείς Οδοντιατρικού Τμήματος Νοσοκομείου»

**Πεπονάκη Ε., Μάστακα Α., Γεωργαλά Δ., Φραγκάκης Μ.**

**EA20** «Βατράχιο εδάφους στόματος. Βιβλιογραφική ανασκόπηση. Παρουσίαση μιας ενδιαφέρουσας περίπτωσης»

**Μένεγας Γ., Τζώρτζης Γ. Κατσάμπης Σ. Καρράς Α.**

**EA21** «Η μέθοδος της φωτογραφικής επιπροβολής των



δοντιών στην ταυτοποίηση μη αναγνωρίσιμων πτωμάτων»  
**Φραγκάκης Μ., Τζανάκη Ε., Μανιός Α., Δούζης Ι.,**  
**Μιχαλοδημητράκης Μ.**

**4η Συνεδρία 13.45-14.45**  
**ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ**

«Αντιμετώπιση καρδιακής ανακοπής στο οδοντιατρείο»  
**Θ. Ξάνθος**  
«Φάρμακα στην ανακοπή»  
**Κ. Στρουμπούλης**

**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ 60'**

**5η Συνεδρία 15.45-17.00**  
**ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**  
**Πρόεδροι: Θ. Ζουριδάκη, Ι. Φανδρίδης**

**ΕΑ22** «Οδοντιατρική αντιμετώπιση ΑμεΑ στο χειρουργείο σε Ειδική Μονάδα Νοσοκομείου κατά τη διάρκεια 3,5 ετών: Κατηγορίες ασθενών - Οδοντοθεραπευτικές ανάγκες»

**Δημητρίου Α., Καρκαντζού Σ., Φανδρίδης Ι., Ζερβού-Βάλβη Φ.**

**ΕΑ23** «Ο ρόλος των Επισκεπτών Υγείας στην οδοντιατρική πρόληψη των ΑμεΑ»

**Ταβουλαρέα Ζ., Ζιάκου Α.**

**ΕΑ24** «Οργάνωση και υλοποίηση προγράμματος προληπτικής οδοντιατρικής για άτομα με αναπηρία»

**Βαϊλάκη Ε., Νεονάκη Σ., Λασηθιωτάκη Δ., Νικολιδάκης Δ., Φραγκάκης Μ.**

**ΕΑ25** «Στοματική υγεία και θεραπευτικές ανάγκες των ατόμων με αναπηρία στο Νομό Ηρακλείου»

**Νεονάκη Σ., Βαϊλάκη Ε., Λασηθιωτάκη Δ., Νικολιδάκης Δ., Φραγκάκης Μ.**

**ΕΑ26** «Η αναισθησιολογική παρέμβαση στα ΑμεΑ πριν την εισαγωγή στη γενική αναισθησία για οδοντιατρική αντιμετώπιση»

**Σαρρίδου Δ., Μουστάκα Α., Πιπερόπουλος Α., Διακομή Μ., Παπαδόπουλος Π., Πολυμενάκου Μ., Ζερβού-Βάλβη Φ., Μελά Α.**

**ΕΑ27** «Αιτίες αναβολής ή μεταίωσης για ιατρικούς λόγους προγραμματισθέντων οδοντιατρικών χειρουργείων ΑμεΑ»

**Φανδρίδης Ι., Σκάρπα Ν., Δημητρίου Α., Ζερβού-Βάλβη Φ.**

**ΕΑ28** «Υαλοϊονομερής κονία: Μπορεί να επιλεγεί ως αποκαταστατικό υλικό σε ΑμεΑ;»

**Σηλιωτόπουλος Α., Ντόκος Ε., Mc Cabe J.F.**

**ΕΑ29** «Ακίνητη προσθετική αποκατάσταση σε ΑμεΑ με γενική αναισθησία σε Δημόσιο Νοσοκομείο. Παρουσίαση περίπτωσης»

**Κατσούπας Α., Σιαφάκα Π., Κατσουράκης Μ., Αγά-Κουμπίτσα Ε., Σερέτη Μ.**

**ΕΑ30** «Παροχή οδοντιατρικής φροντίδας και προσθετική αποκατάσταση σε ασθενείς με ψυχική και σωματική αναπηρία. Παρουσίαση σειράς περιπτώσεων»

**Γιαννοπούλου Α., Παπαβασιλείου Γ., Γκιζάνη Σ., Καμποσιώρα Φ., Κορρές Ν.**

**ΕΑ31** «Νοσηλευτική διαχείριση των ΑμεΑ κατά τη νοση-

λεία τους για οδοντιατρικούς λόγους»

**Δημοπούλου Αικ., Βλάχου Α., Μαρίνου Ε., Λεμονάκη Β.**

**6η Συνεδρία 17.00-18.15**

**ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ**

**Πρόεδρος: Α. Δοντά**

**ΕΙΣ4** «Η σύγχρονη εκπαιδευτική τεχνολογία στην υπηρεσία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των υγειονομικών»

**Α. Κοσιώνη**

**ΕΙΣ5** «Το νέο γνωστικό αντικείμενο της Γηροδοντιατρικής. Ιστορικά στοιχεία και εκπαιδευτική πολιτική»

**Η. Καρκαζής**

**ΕΙΣ6** «Σύγκριση απεικόνισης οστικών αλλοιώσεων στην πανοραμική και στην οδοντιατρική υπολογιστική τομογραφία»

**Κ. Τσιχλάκης**

**7η Συνεδρία 18.15-19.45**

**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

**ΣΤΡ1** «Η Οδοντιατρική στη νέα αρχιτεκτονική του συστήματος υγείας στην Ελλάδα»

**Συντονιστής: Α. Συγγελάκης**

**Εισηγητές:**

**Χ. Κουνάρη** «Η συμβολή της προαγωγής της στοματικής υγείας στην προάσπιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού της Ελλάδας»

**Μ. Καλαβρυτινός** «Δημόσιες πολιτικές για τη βελτίωση της στοματικής υγείας του πληθυσμού της Ελλάδας: το πρόγραμμα προαγωγής της στοματικής υγείας του μαθητικού πληθυσμού»

**Α. Συγγελάκης** «Οδοντιατρική φροντίδα και Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα: αντιφάσεις, προτεραιότητες και προοπτικές στην εποχή της κρίσης»

**Γ. Υφαντόπουλος** «Η πρόκληση της συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα παροχής οδοντιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα»

**Ι. Τζούτζας** «Η συμβολή του ελευθεροεπαγγελματία οδοντίατρου στην εθνική στρατηγική για τη στοματική υγεία»

**19.45 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**

**ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ**

- Της Προέδρου της ΕΕΝΟ κ. Φλώρας Ζερβού-Βάλβη
- Της Προέδρου της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ κ. Καίτης Καραγιάννη
- Του Προέδρου του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά κ. Δημήτρη Μαυρίδη
- Του Προέδρου του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής κ. Αθανασίου Υφαντή
- Του Προέδρου της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας κ. Αθανασίου Κατσίκη

## Κήρυξη των εργασιών

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΣ ΤΙΜΗΝ ΤΟΥ Dr JULIEN GRIVEL

- Παρουσίαση του βιογραφικού του από τον Γραμματέα της ΕΕΝΟ κ. Μάριο Φραγκάκη και ανακήρυξή του σε Επίτιμο Πρόεδρο της ΕΕΝΟ
- Χαιρετισμός από τον Πρόεδρο της Ελβετίας κ. Lorenzo Amberg

## Εναρκτήρια ομιλία

*Dr Julien Grivel: «Οδοντιατρική περίθαλψη σε χανσενικούς ασθενείς.*

*Η απίθανη συνάντηση ενός Ελβετού οδοντίατρου με τους χανσενικούς ασθενείς στο Νοσοκομείο Λοιμωδών Νόσων “Αγία Βαρβάρα” στο Αιγάλεω».*

21.00 ΔΕΞΙΩΣΗ

## ΣΑΒΒΑΤΟ 1 Οκτωβρίου 2011

8η Συνεδρία 09.00-10.00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρόεδροι: Π. Θανούλης, Α. Σπηλιωτόπουλος

**ΕΑ32** «Υπερβαρική ιατρική. Υπερβαρική οξυγονοθεραπεία και οδοντιατρική»

**Τσιώνα Σ-Φ., Αλαχιώτη Ξ-Σ., Μελέκος Θ., Τελειούδης Ζ., Βαχτσεβάνος Κ., Αντωνιάδης Κ.**

**ΕΑ33** «Στοματολογικές εκδηλώσεις και εξειδικευμένη οδοντιατρική φροντίδα σε παιδιά υπό αντιεπιληπτική αγωγή»

**Αλαχιώτη Ξ-Σ., Τσιώνα Σ-Φ., Παύλου Ε., Αντωνιάδης Κ.**

**ΕΑ34** «Στοχευμένη θεραπεία του καρκίνου: Ανεπιθύμητες εκδηλώσεις από τη στοματική κοιλότητα»

**Ντήτριχ Ε-Μ., Μπισιμπόνας Κ., Αντωνιάδης Κ.**

**ΕΑ35** «Εκτίμηση των διαστάσεων της σχετιζόμενης με τη στοματική υγεία ποιότητας ζωής χρησιμοποιώντας το OHIP-14»

**Μαρούλη Δ., Κοντοδημόπουλος Ν.**

**ΕΑ36** «Το ιατρικό προφίλ των ασθενών που προσήλθαν στην Κλινική Συνολικής Αντιμετώπισης (5ου έτους) στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών»

**Αχιλλέως Ε-Ε., Βαρελά Ρ., Τζούτζας Ι., Κοσιώνη Α., Μάνου Ο.**

**ΕΑ37** «Μη οδοντικά ευρήματα σε πανοραμικές ακτινογραφίες. Αξιολόγηση και συνεργασία με άλλες ιατρικές ειδικότητες»

**Δελαντώνη Α.**

9η Συνεδρία 10.00-11.15

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Πρόεδρος: Α. Αντωνιάδου

**ΕΙΣ7** «Η χρήση των ανοξειδωτων στεφανών στην αποκατάσταση πολυτερεθρονισμένων οπισθίων δοντιών»

**Ν. Λυγιδάκης**

**ΕΙΣ8** «Τραυματικές κακώσεις σκληρών οδοντικών ιστών. Πρωτόκολλα αντιμετώπισης»

**Η. Μπερδούσης**

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ 15'

10η Συνεδρία 11.30-13.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

**ΣΤΡ2** «Επείγουσες καταστάσεις στοματογναθοπροσωπικής χώρας: Κακώσεις, φλεγμονές»

**Συντονιστής: Κ. Αντωνιάδης**

**Εισηγητές:**

**Ι. Τηλαβερίδης** «Ιγμορίτιδες - Οδοντογενής ιγμορίτιδα. Στοματοκολπική επικοινωνία. Μυκητιάσεις ιγμόρειου»

**Γ. Βενέτης** «Κακώσεις - Τραύμα: Κατάγματα φατνιακών αποφύσεων, κακώσεις δοντιών. Πολυτραυματίας και οδοντίατρος. Τραύμα ΚΓΔ: Αρθρίτιδα, εξάρθρωμα, κατάγμα»

**Α. Μαρκόπουλος** «Βλεννογονίτιδες: Σταδιοποίηση, πρόληψη και αντιμετώπιση. Ιώσεις: Αντιμετώπιση.

Μυκητιάσεις: Αντιμετώπιση»

11η Συνεδρία 13.00-14.00

ΕΙΣΗΓΗΣΗ

Πρόεδρος: Μ. Φραγκάκης

**ΕΙΣ9** «Η συμβολή της ιατροδικαστικής του στόματος στην επίλυση υποθέσεων ιατροδικαστικού ενδιαφέροντος»

**Κ. Καραγιάννη**

12η Συνεδρία 14.00-15.00

ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

«Η μελέτη και η συγγραφή των επιστημονικών οδοντιατρικών άρθρων»

**Δ. Νικολιδάκης**

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ 30'

13η Συνεδρία 15.30-16.30

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Πρόεδρος: Μ. Μεζίτης

**ΒΡΕΙΣ3** «Αντιμετώπιση παρεκτοπισμένης οδοντικής ρίζας η δοντιού στο ιγμόρειο»

**Δ. Ανδρεσάκης**

**ΒΡΕΙΣ4** «Βασικές αρχές και εφαρμογές της μαγνητικής τομογραφίας στην οδοντιατρική»

**Α. Δελαντώνη**

**ΕΙΣ10** «Θεραπεία μη συνεργαζόμενων ατόμων χωρίς γενική αναισθησία»

**Ν. Κουβελάς**

14η Συνεδρία 16.30-18.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

**ΣΤΡ3** «Ο ογκολογικός ασθενής: Πρωτόκολλα αντιμετώπισης επιπλοκών ακτινο-χημειοθεραπείας στη στοματική κοιλότητα -Υλικά και τεχνικές για αποκαταστάσεις σε

ακτινο-χημειοθεραπευόμενους ογκολογικούς ασθενείς»  
Συντονιστές: **Ο. Νικολάτου-Γαλίτη, Ι. Τζούτζας**  
Εισηγητές: **Ο. Νικολάτου-Γαλίτη** «Εισαγωγή»  
**Ε. Βάρδας, Δ. Δέσκος** «Η προετοιμασία του στόματος πριν την αντινεοπλασματική θεραπεία»  
**Τ. Σαρρή, Ε. Παπαδοπούλου** «Οξείες επιπλοκές της χημειο-ακτινοθεραπείας στη στοματική κοιλότητα: Βλεννογονίτιδα»  
**Ε. Γάτου** «Χρόνιες επιπλοκές της χημειο-ακτινοθεραπείας στη στοματική κοιλότητα: Ξηροστομία»  
**Ι. Τζούτζας** «Υλικά και τεχνικές για αποκαταστάσεις σε χημειοθεραπευόμενους και ακτινοθεραπευόμενους ογκολογικούς ασθενείς»

15η Συνεδρία 18.00 19.15  
ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

## ΚΥΡΙΑΚΗ 2 Οκτωβρίου 2011

16η Συνεδρία 09.30-10.45  
ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ  
Πρόεδροι: **Ε. Ντόκος, Μ. Σερέτη**

**EA40** «Οδοντιατρική αντιμετώπιση παιδιού 7 ετών με σύνδρομο Joubert και κληρονομική σφαιροκυττάρωση»  
**Κουτσούκος Ι., Ρερρέ Α., Χαλά Μ., Αραποστάθης Κ.**  
**EA41** «Οδοντιατρική και αθλητισμός. Χρήση προστατευτικών νερθήκων»  
**Βαράκλας Β.**  
**EA42** «Η αντιμετώπιση οδοντοφατνιακών λοιμώξεων σε Νοσοκομείο του ΕΣΥ»  
**Πολάτου Α., Ζώταλης Ν.**  
**EA43** «Διαχείριση του στρες των οδοντιατρικών ασθενών στο Νοσοκομείο»  
**Μάστακα Α., Πεπονάκη Ε., Γεωργαλά Δ., Λασηθιωτάκη Γ.**  
**EA44** «Στοματική υγεία των αθλητών με διανοητική αναπηρία που έλαβαν μέρος στα Special Olympics της Αθήνας»  
**Εμμανουήλ Δ.**  
**EA45** «Οι επιδράσεις των χρόνιων σωματικών νόσων και των ειδικών ιατρικών θεραπειών στο βιοψυχοκοινωνικό σύστημα των αρρώστων»  
**Φραγκάκης Μ.**  
**EA46** «Οργάνωση του φαρμακείου του οδοντιατρείου για την αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων»  
**Μπογοσιάν Ε.**  
**EA47** «Σχέδιο δράσης της οδοντιατρικής ομάδας για την αντιμετώπιση του ιατρικού επειγόντος»  
**Μπογοσιάν Ε.**  
**EA48** «Αντιμετώπιση ειδικών ασθενών στο Οδοντιατρικό Τμήμα Δημόσιου Νοσοκομείου κατά τη διάρκεια ενός έτους (κλινικοστατιστική μελέτη)»  
**Ντέντε Ε., Ζιώγα Α., Κουρή-Καψαμπέλη Ε.**  
**EA49** «Κεντρικό (ενδοστικό) βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα της κάτω γνάθου. Αναφορά περίπτωσης και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας»  
**Ανδρεσάκης Δ., Αντωνιάδου Α., Ρεμπελάκης Β., Ντόκος Ε.**

17η Συνεδρία 10.45-12.00  
ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ  
Πρόεδροι: **Δ. Ανδρεσάκης, Π. Μαραγκού**

**Πρόεδροι: Ε. Κουρή-Καψαμπέλη, Ε. Μπογοσιάν**  
**EA38** «Αμυλοείδωση της γλώσσας σε ασθενή με πολλοπλούν μυέλωμα: Αναφορά περίπτωσης»  
**Δέσκος Δ., Γάτου Ε., Βάρδας Ε., Ρούσσου Μ., Νικολάτου-Γαλίτη Ο., Δημόπουλος Α-Μ.**  
**EA39** «Ουλορραγία σε ασθενή με καρκίνο τραχήλου μήτρας που λαμβάνει Bevacizumab. Αναφορά περίπτωσης και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας»  
**Παπαδοπούλου Ε., Μπαφαλούκος Δ., Γάτου Ε., Λινάρδου Ε., Νικολάτου-Γαλίτη Ο.**  
**EIS11** «Θεραπεία περιοδοντικών βλαβών με αναγέννηση του περιοδοντίου: Νεότερα δεδομένα»  
**Δ. Νικολιδάκης**  
**EIS12** «Βελτιώνοντας τη σχέση οδοντιάτρου-ασθενή. Με έμφαση στον ειδικό ασθενή»  
**Ε. Μπογοσιάν**

**BREIS5** «Αγνώριση εγκεφαλικών νεύρων στην περιοχή στόματος-προσώπου-τραχήλου»  
**Ν. Ζώταλης**  
**EIS13** «Συντηρητική θεραπεία των λειτουργικών διαταραχών του Στοματογναθικού Συστήματος»  
**Α. Λιναρδάκου, Π. Νικολάου**  
**EIS14** «Νοσήματα του στόματος στην Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Περίθαλψη: Πρακτική για το γενικό οδοντίατρο»  
**Π. Οικονομοπούλου**

18η Συνεδρία 12.00-13.00  
ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

**ΣΤΡ4** «Στοματικές εκδηλώσεις δερματοβλεννογονίων νοσημάτων ανοσολογικής αρχής»  
Συντονίστρια: **Α. Σκλαβούνου**  
Εισηγητές:  
**Α. Σκλαβούνου** «Πέμφιγα - Πεμφιγοειδές»  
**Κ. Τόσιος** «Ομαλός λειχήνας - Πολύμορφο ερύθημα»  
**Ε. Χρυσομάλη** «Συστηματικός ερυθματώδης λύκος - σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Beçset»

19η Συνεδρία 13.00-14.00  
ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

**ΣΤΡ5** «Γενική αναισθησία και Οδοντιατρική»  
Συντονίστρια: **Φ. Ζερβού-Βάβλη**  
Εισηγητές:  
**Μ. Σερέτη** «Οδοντιατρική φροντίδα με γενική αναισθησία»  
**Μ. Κατσουράκης** «Προεγχειρητικός έλεγχος, νοσηλεία, η επέμβαση με γενική αναισθησία, μετεγχειρητική παρακολούθηση»  
**Φ. Ζερβού-Βάβλη** «Οδοντιατρική αντιμετώπιση των ΑμεΑ υπό γενική αναισθησία»

14.00 ΛΗΞΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ  
ΑΠΟΝΟΜΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

## Σημείωμα Σύνταξης:

Στο Συνέδριό μας τιμώμενο πρόσωπο είναι ο Ελβετός οδοντίατρος Dr Julien Grivel. Ποιος είναι, όμως, ο Dr Grivel; Στις σελίδες που ακολουθούν, αφήνουμε να μας παρουσιάσει εκείνος τον εαυτό του και το έργο του μέσα από το κείμενο που ο ίδιος σε άπταιστα ελληνικά έγραψε, σε γλαφυρό μάλιστα ύφος. Δεν έγιναν γραμματικές διορθώσεις (πλην κάποιων σημείων τονισμού), έτσι ώστε η αυθεντικότητά του κειμένου να αφήνει να διαφαίνεται το περίσσειμα της φιλελληνικής και ιπποκρατικού ήθους ψυχής του.

### **Βιογραφικό σημείωμα**

#### **Dr Julien Grivel**

**Médecin-dentiste**

Γεννήθηκα στην Γενεύη της Ελβετίας την 1η Φεβρουαρίου 1943.

Έκανα τις σπουδές μου στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια εκπαίδευση και τις ανώτατες σπουδές εκεί.

Το 1969 απέκτησα το πτυχίο της οδοντιατρικής από το Πανεπιστήμιο της Γενεύης και από το 1972 μέχρι το Μάρτιο 2008 διατήρησα οδοντιατρείο στην ίδια πόλη.

Από το 1972 μέχρι το 1998 μέταβα τουλάχιστον δύο φορές δυο βδομάδες το χρόνο στο Νοσοκομείο Λοιμωδών Νόσων «Αγία Βαρβάρα» στο Αιγάλεω, όπου περιέθαλπα αφιλοκερδώς τα δόντια των χανσενικών του ιδρύματος. Γι' αυτή την αποστολή έλαβα την άδεια από τον Υπουργό Υγείας τότε, τον Κύριο Σπύρο Δοξιάδη, να εργάζομαι σε συνεργασία με τον οδοντίατρο του νοσοκομείου.

Το 1980, έλαβα στην Αθήνα τον Αργυρό Σταυρό από τον Κύριο Ορέστη Λουριδίδη Πρόεδρο του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού.

Το 1998, ανακηρύχθηκα Διδάκτορας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Γενεύης μετά την εκπόνηση και υποστήριξη της διατριβής μου της οποίας ο τίτλος είναι «Η νόσος του Χάνσεν στην Ελλάδα και στην Κρήτη κατά τον εικοστό αιώνα». Για αυτήν έλαβα το βραβείο Tissot. Αυτή η διατριβή μεταφράστηκε στα ελληνικά και εκδόθηκε από την Κοινοτική Επιχείρηση Ανάπτυξης Ελούντας (Κ.ΕΠ.ΑΝ.ΕΛ.) στο 2002.

Τέλος 2008 με βράβεψε η Ακαδημία Αθηνών και μου έστειλε ο Αρχιεπίσκοπος Αθηνών Ιερώνυμος ένα γράμμα για να με ευχαριστήσει για την αποστολή μου.

Ιδρυτικό μέλος, από το 1988 μέχρι το 1996, της μη κυβερνητικής οργάνωσης ACDAM στο Μαλί της Αφρικής, ασχολήθηκα με την εκπαίδευση νοσοκόμων-οδοντιάτρων, ίδρυσα δύο κέντρα οδοντιατρικής, ένα χειρουργείο και εξασφάλισα τον εξοπλισμό πολλών μαιευτηρίων τόσο στο χωριό Μπαρουέλι όσο και στην πόλη του Σέγκου.

Τον Μάιο 2011, υπό την αιγίδα της Ελβετικής Πρεσβείας στην Ελλάδα και του Ε.Β.Ε.Π., έχω παρουσιάσει στον Πειραιά την ελληνική επανέκδοση της διδακτορικής μου διατριβής.

### **Οδοντιατρική περίθαλψη σε χανσενικούς ασθενείς.**

**Η απίθανη συνάντηση ενός Ελβετού οδοντίατρου με τους χανσενικούς ασθενείς στο Νοσοκομείο Λοιμωδών Νόσων «Αγία Βαρβάρα» στο Αιγάλεω.**

#### Περίληψη της ομιλίας

Ήρθα για πρώτη φορά στην Αθήνα, στο Νοσοκομείο Λοιμωδών Νόσων «Αγία Βαρβάρα» στο Αιγάλεω τον Οκτώβρη 1972 για να φτιάξω τα δόντια του χανσενικού Επαμεινώνδα Ρεμουντάκη.

Ο Κύριος Ρεμουντάκης, Κρητικός, ήταν μορφωμένος. Σπούδασε μέχρι την τρίτη χρονιά της Νομικής στην Αθήνα αλλά προσβλήθηκε από τη νόσο και τον έστειλαν στο λεπροκομείο της Σπιναλόγκας Κρήτης το 1936 στη ηλικία 22 ετών. Έμεινε εκεί μέχρι το 1957 πριν να 'ρθει τελικά στο Αιγάλεω.

Έλαβα λίγο αργότερα από τον Υπουργό Υγείας τότε, τον Σπύρο Δοξιάδη, την άδεια να εργάζομαι με συνεργασία με τον οδοντίατρο του νοσοκομείου.

#### Η νόσος του Χάνσεν ή λέπρα.

Η λέπρα είναι μία φοβερή αρρώστια, μία πληγή της ανθρωπότητας. Προκαλεί αναπηρίες, ακρωτηριασμούς και την απόρριψη του ασθενή.

Ήταν γνωστή στους αρχαίους πολιτισμούς στην Κίνα, Αίγυπτο και Ινδία. 600 χρόνια προ Χριστού βρήκαν το πρώτο γραφτό μνημείο που την αφορά.

Γενικά πιστεύουμε ότι η λέπρα είναι μία βιβλική αρρώστια. Είναι όμως πολύ πιο κοντά μας.

Στην Ευρώπη, η εξάπλωσή της μειώνεται προοδευτικά κατά το Μεσαίωνα και έχει εξαλειφθεί σχεδόν οριστικά κατά το δέκατο-έβδομο αιώνα.

Κατά το τέλος του δεκάτου ογδόου αιώνα η εξάπλωση της λέπρας αυξήθηκε πάλι στην Ευρώπη.

Στην Ελλάδα, το πρώτο διάταγμα, το 1836, προτείνει την απομόνωση των λεπρών.

Ειδικοί νόμοι προέβλεψαν την ίδρυση εθνικών λεπροκομείων που άρχισαν να λειτουργούν:

- το 1874 στη Χίο.

- το 1896 στο Καρλόβασι της Σάμου.

- το 1904 στην Σπιναλόγκα στη Κρήτη που ήταν η πιο σημαντική εστία της νόσου στην Ελλάδα.



Το 1929, εγκαινιάζεται στο Αιγάλεω ο “Αντιλεπρικός Σταθμός” της Αγίας Βαρβάρας. Βρισκόταν μέσα στο χώρο του Νοσοκομείου Λοιμωδών Νόσων και ιδρύθηκε με σκοπό την εξέταση, περίθαλψη και επιμόρφωση των ασθενών.

### **Θεραπεία**

Πολύ καιρό δεν υπήρχε αποτελεσματικό φάρμακο για αυτή τη νόσο. Παρ’ όλα αυτά, από το 1930, παρατηρήθηκε μια προοδευτική υποχώρηση της νόσου στην Ελλάδα.

Μέχρι το 1941 υπήρχε το έλαιο του «Σολμογκρά» «Chaulmoogra» και τα παράγωγά του. Άλλα ήταν μόνον βακτηριοστατικά.

Το 1941, οι λεπροί μαθαίνουν μια εξαιρετική είδηση που έρχεται από την Αμερική: Ο Δρ. Γκ. Χ. Φάγκετ είχε αναφέρει τη δοκιμή της προμίνης, μιας ουσίας που ανήκει στην ομάδα των σουλφόνων, στους λεπρούς, σ’ ένα λεπροκομείο στη Λουϊζιάνα. Τα αποτελέσματα της πρώτης κλινικής δοκιμής ήταν ενθαρρυντικά.

Οι ουσίες αυτές καθάριζαν το λεπρό, με άλλα λόγια σταματούσαν την εξέλιξη της νόσου.

Το σωματικό εκφυλισμό που προκαλεί η νόσος ήταν επιτέλους υπό έλεγχο ύστερα από πενήντα πέντε αιώνες συμφοράς.

Οι υγειονομικές αρχές συνειδητοποιούσαν τη δυσκολία της κατάστασης: οι νόμοι που επί πενήντα χρόνια επέβαλλαν την απομόνωση, την αστυνομική και ιατρική καταστολή είχαν τρομάξει τον κόσμο. Τώρα, έπρεπε ο κόσμος να τους καλωσορίσει;

Το πρόβλημα της λέπρας λύθηκε. Όχι όμως των λεπρών. Και αυτό γιατί δεν απελευθέρωσαν τους αποθεραπευμένους ασθενείς, ενώ οι συνθήκες διαβίωσής τους δεν βελτιώθηκαν διόλου.

Το 1957 έκλεισαν όλα τα λεπροκομεία και όλοι οι λεπροί συγκεντρώθηκαν στο νοσοκομείο στο Αιγάλεω για θεραπεία, αποκατάσταση και εξιτήριο.

Για να εξαφανιστεί ο τρόμος που σήμαινε η λέπρα αγωνίστηκαν οι χανσενικοί χρόνια για να ψηφίσει η Βουλή ένα νόμο που να αντικαθιστά τις λέξεις «λεπρός» και «λέπρα» με «χανσενικό» και «νόσο του Χάνσεν». Αυτό

έγινε εφικτό το 1981, με το νόμο 1137.

Από το 1980, υπάρχει μια αποτελεσματική θεραπεία. Πρόκειται για την πολυχημειοθεραπεία, με το 1% αποτυχίας. Είναι ένας συνδυασμός τριών φαρμάκων: της δαψόνης, της ριφαμπισίνης και της κλοφαζιμίνης.

### **Εκδηλώσεις της νόσου του Χάνσεν στη στοματική κοιλότητα**

Η κατάκλυση των ιστών πλήττει συχνά το βλεννογόνο της υπερώας και το προσκείμενο ούλο, προκαλώντας ατροφία με καταστροφή των φατνιακών αποφύσεων και το οπίσθιο μέρος του ρινικού διαφράγματος και απώλεια των πρόσθιων άνω οδόντων.

Η ατροφία εμποδίζει τον ασθενή να έχει ορθή οδοντοστοματική υγιεινή. Η ουλίτιδα και η περιοδοντίτιδα έχουν αυξημένη συχνότητα προκαλώντας τη συρρίκνωση του υπερώιου οστού.

Η προσβολή των χειλιών εκδηλώνεται με μακροχειλίτιδα που επιφέρει απώλεια της ελαστικότητας που εξελίσσεται σε μικροστομία. Ο περιορισμός αυτός του ανοίγματος του στόματος εμποδίζει την παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης και δυσχεραίνει τις προσθετικές εργασίες.

Η σοβαρότητα των κλινικών αυτών συμπτωμάτων καθιστά τη θεραπευτική προσέγγιση ιδιαίτερα δύσκολη στον τομέα της οδοντιατρικής.

Έτσι επί 26 χρόνια προσπάθησα, τέσσερις βδομάδες το χρόνο, με όλη μου την ψυχή να τους προσφέρω ένα χαμόγελο, τα χαρακτηριστικά τους, ένα κοινωνικό διαβατήριο.

Αυτή η αποστολή είναι η μεγαλύτερη εμπειρία σ’ όλη μου την ζωή.

Μία ακόμα τριανταριά άρρωστοι ζούνε και σήμερα στο νοσοκομείο στο Αιγάλεω.

Μου έχουσε μάθει την ουσία. Και ήρθα εδώ, σήμερα, για να μαρτυρήσω το κουράγιο τους, την αξιοπρέπειά τους, την πνευματική τους διάσταση.

Τους προσκυνώ με απέραντο σεβασμό.

---

#### **Στοιχεία επικοινωνίας:**

Dr Julien Grivel  
Médecin-dentiste  
Rue François-Grast 16  
1208 Genève  
Τηλ. 004122 347 29 45  
Κινητό +41795665043  
e-mail : c-j.grivel@bluewin.ch

# ΣΤΡΟΓΓΥΛΑ ΤΡΑΠΕΖΙΑ

## ΣΤΡ1

### Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗ ΝΕΑ ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### **Συντονιστής:**

Αριστομένης Συγγελάκης  
Οδοντίατρος, Πολιτικός Επιστήμων, M.Sc. Κοινωνικής  
Οδοντιατρικής, M.Sc. Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Υπο-  
διοικητής 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής

#### **Εισηγητές:**

##### **1. «Εισαγωγή»**

Αριστομένης Συγγελάκης  
Οδοντίατρος, Πολιτικός Επιστήμων, M.Sc. Κοινωνικής  
Οδοντιατρικής, M.Sc. Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Υπο-  
διοικητής 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής

##### **2. «Η συμβολή της προαγωγής της στοματικής υγείας στην προάσπιση του επιπέδου υγείας του πληθυσ- μού της Ελλάδας»**

Χαρούλα Κωλέτση-Κουνάρη  
Αν. Καθηγήτρια, Διευθύντρια Εργαστηρίου Προληπτι-  
κής & Κοινωνικής Οδοντιατρικής Οδοντιατρικής Σχολής  
ΕΚΠΑ

##### **3. «Δημόσιες πολιτικές για τη βελτίωση της στοματι- κής υγείας του πληθυσμού της Ελλάδας: το πρό- γραμμα προαγωγής της στοματικής υγείας του μα- θητικού πληθυσμού»**

Μιχάλης Καλαβρυτινός  
Δρ Ορθοδοντικής, Σύμβουλος Υφυπουργού Υγείας &  
Κοινωνικής Αλληλεγγύης

##### **4. «Οδοντιατρική φροντίδα και Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα: αντιφάσεις, προτεραιότητες και προοπτι- κές στην εποχή της κρίσης»**

Αριστομένης Συγγελάκης  
Οδοντίατρος, Πολιτικός Επιστήμων, M.Sc. Κοινωνικής  
Οδοντιατρικής, M.Sc. Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Υπο-  
διοικητής 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής

##### **5. «Η πρόκληση της συνεργασίας μεταξύ του δημόσι- ου και του ιδιωτικού τομέα παροχής οδοντιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα»**

Γιάννης Υφαντόπουλος  
Καθηγητής Οικονομικών Υγείας ΕΚΠΑ

##### **6. «Η συμβολή του ελευθεροεπαγγελματία οδοντία- τρου στην εθνική στρατηγική για τη στοματική υ- γεία»**

Ιωάννης Τζούτζας  
Αν. Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Μέλος  
Δ.Σ. Ο.Σ.Α.

##### **1. «Εισαγωγή»**

Αναμφισβήτητα βρισκόμαστε σε μία εποχή με ιδιαίτερα  
χαρακτηριστικά σύγκρουσης, μετάβασης και αλλαγών,  
λόγω των βαθιάς οικονομικής και κοινωνικής κρίσης που

διέρχεται ο ανεπτυγμένος κόσμος. Αναπόφευκτα η κρί-  
ση αφορά όλες τις διαστάσεις της οικονομικής και κοι-  
νωνικής συγκρότησης και φυσικά επηρεάζει τη λειτουρ-  
γία του Κοινωνικού Κράτους όπως αυτό έχει παγιωθεί  
τα τελευταία 60 χρόνια στον ευρωπαϊκό, ιδιαίτερα, χώ-  
ρο.

Η κρίση επηρεάζει καίρια τα συστήματα υγείας και επι-  
τάσσει την ανακάλυψη νέων μοντέλων μέσω της ανανέ-  
ωσης των κλασικών και καταξιωμένων μοντέλων των  
Bismarck και Beveridge. Η κρίση επίσης μας επιβάλλει έ-  
να νέο τρόπο στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας. Εί-  
ναι αναγκαίο κατά το σχεδιασμό και την υλοποίηση της  
πολιτικής μας να ενσωματώνουμε τις διαχρονικές αξίες  
της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδο-  
τικότητας αλλά, παράλληλα, να λαμβάνουμε σοβαρά υ-  
πόψη την βιωσιμότητα των παρεμβάσεων, την ποιότητα  
των παρεχόμενων υπηρεσιών και το ρόλο των κοινωνι-  
κών εταίρων με στόχο τη μεγιστοποίηση του κοινωνικού  
οφέλους σε μια εποχή σπανιότητας των πόρων.

Στο στρογγυλό τραπέζι που έχω την τιμή να συντονίζω  
θα προσπαθήσουμε να αναδείξουμε τα στοιχεία εκείνα  
που σκιαγραφούν το ρόλο και τη θέση της Οδοντιατρι-  
κής στη νέα αρχιτεκτονική του Συστήματος Υγείας:

- την ανάδειξη της αξίας πρόληψης και της προαγωγής  
της Στοματικής Υγείας,
- τη σύνδεση των προγραμμάτων προαγωγής της στο-  
ματικής υγείας με την ευρύτερη στρατηγική για τη  
Δημόσια Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγεί-  
ας,
- την ανάδειξη των αντιφάσεων, την ιεράρχηση των  
προτεραιοτήτων και την ψηλάφηση των προοπτικών  
του Συστήματος Υγείας και Οδοντιατρικής Φροντίδας  
στην Ελλάδα,
- τη διαμόρφωση συνεργασιών μεταξύ του Δημοσίου  
και του Ιδιωτικού τομέα παροχής οδοντιατρικών υπη-  
ρεσιών,
- τη συμβολή του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος εκπροσω-  
πείται κύρια από τον ελευθεροεπαγγελματία οδοντία-  
τρο, στην Εθνική στρατηγική για τη Στοματική Υγεία

Ελπίζοντας ότι το στρογγυλό τραπέζι θα συμβάλλει  
στην ανάδειξη του ρόλου της Οδοντιατρικής στη νέα αρ-  
χιτεκτονική του Συστήματος Υγείας, σας παρουσιάζ-  
ουμε τους εισηγητές και περιλήψεις των εισηγήσεών  
τους, με την ελπίδα ότι θα δώσουν το έναυσμα για μια  
γόνιμη συζήτηση, σε μια ιδιαίτερα κρίσιμη συγκυρία.

##### **2. «Η συμβολή της προαγωγής της στοματικής υγείας στην προάσπιση του επιπέδου υγείας του πληθυσ- μού της Ελλάδας»**

Είναι γεγονός ότι, η στοματική υγεία αποτελεί αναπό-  
σπαστο τμήμα της γενικής υγείας και της ευεξίας των  
πληθυσμών και ότι η καλή στοματική υγεία, συμβάλλει  
στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, στην αυτοεκτίμηση  
και στην κοινωνική αυτοπεποίθηση του ατόμου. Οι  
στρατηγικές που αφορούν στην πρόληψη και τον έ-  
λεγχο των μη μεταδιδόμενων χρόνιων νοσημάτων, ό-  
που περιλαμβάνεται και η στοματική υγεία, εστιάζουν  
στην ανάπτυξη παρεμβάσεων που απευθύνονται

στους παράγοντες πρόκλησης των νοσημάτων αυτών. Ορισμένοι παράγοντες κινδύνου, που είναι κοινοί σε συνήθη μη μεταδιδόμενα χρόνια νοσήματα - όπως είναι τα καρδιαγγειακά, ο διαβήτης, διάφορες μορφές καρκίνου κ.ά., αποτελούν επίσης, παράγοντες κινδύνου για τα νοσήματα του στόματος. Οι παράγοντες αυτοί είναι συνήθως τροποποιησιμοι και συνδέονται με τον τρόπο ζωής και τη συμπεριφορά υγείας. Η σύγχρονη αντίληψη για την προαγωγή της υγείας απευθύνεται στο ευρύτερο περιβάλλον και στους παράγοντες που αφορούν στον τρόπο ζωής και επηρεάζουν την υγεία. Με αυτή την έννοια, η προαγωγή της υγείας αναζητά μεθόδους για να εξασφαλιστεί ισορροπία μεταξύ των ατομικών υπευθυνότητων και των ευρύτερων υπευθυνότητων της κοινότητας. Δεν περιλαμβάνει απλά και μόνον δράσεις που στοχεύουν στην ενίσχυση των δεξιοτήτων και ικανοτήτων των ατόμων αλλά περιλαμβάνει, επίσης, δράσεις που αφορούν στην αλλαγή των κοινωνικών, περιβαλλοντικών και οικονομικών συνθηκών ώστε να μειώσει την επίδρασή τους στη δημόσια και ατομική υγεία.

### **3. «Δημόσιες πολιτικές για τη βελτίωση της στοματικής υγείας του πληθυσμού της Ελλάδας: το πρόγραμμα προαγωγής της στοματικής υγείας του μαθητικού πληθυσμού»**

Το πρόγραμμα «Αγωγή Στοματικής Υγείας σε 800 ολόημερα δημοτικά σχολεία και 150 σχολεία απομακρυσμένων περιοχών» αποτελεί παράδειγμα εφαρμοσμένης δημόσιας πολιτικής στο χώρο της οδοντιατρικής έχει ενταχθεί στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» του ΕΣΠΑ, με δικαιούχο την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία και τη συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Υπουργείου Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων.

Το πρόγραμμα αφορά στην εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου εκπαιδευτικού προγράμματος προαγωγής της στοματικής υγείας σε παιδιά Δευτέρας δημοτικού σε 800 ολόημερα δημοτικά σχολεία και 150 σχολεία απομακρυσμένων περιοχών. Η υλοποίηση του προγράμματος περιλαμβάνει μία σειρά δράσεων που λαμβάνουν χώρα μέσα και έξω από το σχολικό χώρο, με τη συνεργασία των εκπαιδευτικών και των οδοντιάτρων των τοπικών Κέντρων Υγείας. Στο πλαίσιο του προγράμματος θα πραγματοποιηθούν αρχικά ενημερωτικές ημερίδες ανά περιφέρεια για τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα εκπαιδευτικούς και οδοντιάτρους, όπου θα δοθεί και το εκπαιδευτικό υλικό και στη συνέχεια το πρόγραμμα περιλαμβάνει δύο άξονες παρεμβάσεων:

### **1. Αγωγή στοματικής υγείας από τους δάσκαλους στην τάξη με τη χρήση του βιβλίου, φύλλων εργασίας, παιχνιδιών, οπτικοακουστικού υλικού και άλλων εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων. Στόχος η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των μαθητών για την αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς και την υιοθέτηση συνθηκών πρόληψης και προστασίας της στοματικής τους υγείας.**

### **2. Πραγματοποίηση επίσκεψης των μαθητών στα οδοντιατρεία των Κέντρων Υγείας και στα προληπτικών ιατρεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. της περιοχής τους, όπου οι οδοντίατροι βοηθούν τους μαθητές να λύσουν τις απορίες τους σχετικά με τη στοματική τους υγεία και να εξοικειωθούν με την προληπτική οδοντιατρική φροντίδα. Η συνάντηση της εκπαιδευτικής κοινότητας με τον οδοντίατρο γίνεται στο φυσικό χώρο του οδοντιατρείου, στο οδοντιατρικό τμήμα του Κέντρου Υγείας και του προληπτικού ιατρείου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. αλλά και στον ίδιο τον σχολικό χώρο. Οι οδοντίατροι αφού ενημερώσουν τους μαθητές και τους δώσουν πρακτικές συμβουλές και οδηγίες πραγματοποιούν κλινική οδοντιατρική εξέταση όλων των μαθητών. Επιπλέον, πραγματοποιούν φθορίωση και προληπτικές εμφράξεις και συμπληρώνουν ένα έντυπο καταγραφής της στοματικής τους υγείας το οποίο και δίνεται στους γονείς των μαθητών.**

Το πρόγραμμα υπόκειται σε αξιολόγηση κατά τη διάρκεια της πραγματοποίησής του, αλλά και των εκ των υστέρων, ώστε να αποτιμηθεί η αποτελεσματικότητά του. Πρόκειται για το μεγαλύτερο σε αριθμό ωφελούμενων οδοντιατρικό προληπτικό πρόγραμμα που έχει υλοποιηθεί ποτέ, με κάλυψη της ελληνικής επικράτειας. Το πρόγραμμα είναι αρκετά δύσκολο και περίπλοκο και απαιτεί τη στενή συνεργασία Ε.Ο.Ο., Οδοντιατρικών Συλλόγων, Ε.Σ.Υ., Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και εκπαιδευτικής κοινότητας. Η επιτυχής υλοποίησή του, πέραν της αυτονόητης ωφέλειας στη στοματική υγεία 40.000 και πλέον μαθητών, εισάγει δυναμικά την προαγωγή της στοματικής υγείας στο μαθητικό πληθυσμό, ως μέρος μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής για τη δημόσια υγεία, και κατά συνέπεια οι υποχρεώσεις μας αλλά και οι προσδοκίες μας είναι υψηλές.

### **4. «Οδοντιατρική φροντίδα και Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα: αντιφάσεις, προτεραιότητες και προοπτικές στην εποχή της κρίσης»**

Η στοματική υγεία θεωρείται πια αναπόσπαστο και κρίσιμο συστατικό της γενικής υγείας, της ποιότητας ζωής, της εργασιακής του ένταξης και της παραγωγικότητας στην εργασία, της σχολικής του επίδοσης, τελικά της ατομικής και κοινωνικής ευημερίας. Οι διαφορές και ανισότητες στο επίπεδο («στάθμη») της στοματικής και γενικής υγείας του πληθυσμού είναι εξαιρετικά διαδεδομένες, τόσο μεταξύ διαφορετικών χωρών όσο και στο εσωτερικό της κάθε χώρας.

Στην Ελλάδα παρατηρείται σημαντική υστέρηση στη δημόσια χρηματοδότηση και παροχή της οδοντιατρικής φροντίδας στο γενικό πληθυσμό. Η εκτεταμένη χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας εκφράζει την υστέρηση του δημόσιου τομέα, τόσο από πλευράς επάρκειας όσο και από πλευράς ποιότητας. Ως συνέπεια αυτού, παρατηρούνται έντονες ανισότητες και αποκλεισμοί στην πρόσβαση και χρήση οδοντιατρικής φροντίδας σε σχέση κυρίως με το εισόδημα, ενώ η πλειοψηφία των πολιτών δεν έχει τακτικές επισκέψεις στον οδοντίατρο. Το γεγονός αυτό συμβάλλει στην διατήρηση ή και στην όξυνση των ανισοτήτων στη στοματική υγεία. Ο ιδιωτικός τομέας σηκώνει το κύριο βάρος της Πρωτο-

βάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας (Π.Ο.Φ.), ενώ ο δημόσιος τομέας της νοσοκομειακής φροντίδας. Η αποζημίωση των οδοντιάτρων του ιδιωτικού τομέα γίνεται κατά πράξη και περίπτωση και κατά κανόνα με ίδιες πληρωμές (out of pocket money) των ασθενών - μορφή αποζημίωσης που θεωρείται ως η πιο κοινωνικά άδικη - ενώ σπάνια μέρος της αμοιβής τους προέρχεται από προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης.

Η πλήρης ένταξη της Οδοντιατρικής Φροντίδας στο Σύστημα Υγείας αποτελεί την κατεύθυνση που δίνουν οι διεθνείς οργανισμοί και την πιο σύγχρονη προσέγγιση στα συστήματα υγείας για λόγους μεγιστοποίησης της αποτελεσματικότητας, της ποιότητας και της βιωσιμότητάς τους. Ωστόσο το μοντέλο παροχής, χρηματοδότησης από δημόσιους πόρους (κράτος και κοινωνική ασφάλιση) και αποζημίωσης των οδοντιατρικών υπηρεσιών συνδέεται με τη μορφή του Συστήματος Υγείας και το μοντέλο και τον βαθμό ολοκλήρωσης του Κοινωνικού Κράτους σε κάθε χώρα. Η βαθιά και πολύπλευρη κρίση που βιώνει ο ανεπτυγμένος κόσμος και η χώρα μας με ιδιαίτερη ένταση επιβάλλει ένα νέο στρατηγικό σχεδιασμό για την υγειονομική περίθαλψη και την οδοντιατρική φροντίδα, ο οποίος ενσωματώνει τις αξίες της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας αλλά και μεριμνά για τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα και κοινωνική ωφελιμότητα του Συστήματος Υγείας και Οδοντιατρικής Φροντίδας και το ρόλο των κοινωνικών εταίρων.

Για την αντιμετώπιση του κατακερματισμού, την ενοποίηση και ορθολογική διαχείριση των πόρων, τη βέλτιστη δυνατή αποδοτικότητα και την καλύτερη παροχή Π.Φ.Υ. θεσμοθετήθηκε πρόσφατα η δημιουργία του «Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας» (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), με την συνένωση των κλάδων υγείας των τεσσάρων κύριων Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (Ι.Κ.Α., Ο.Π.Α.Δ., Ο.Α.Ε.Ε. και Ο.Γ.Α.), τους οποίους θα συνδέσει μεταξύ τους και με το Ε.Σ.Υ. Στόχος της μεταρρύθμισης αυτής η ενιαία, υψηλού επιπέδου και οικονομικά αποδοτική παροχή υπηρεσιών για τους ασφαλισμένους του (υπολογίζεται ότι θα καλύπτει το 92% του πληθυσμού της χώρας). Την αμέσως επόμενη περίοδο θα εξειδικευθούν πλήρως και θα κριθούν στην πράξη το πλαίσιο και οι όροι λειτουργίας του, ενώ δεν έχει ακόμα ξεκαθαριστεί η θέση της Οδοντιατρικής στη νέα πραγματικότητα.

Σε κάθε περίπτωση, η υστέρηση που παρατηρείται στην χρηματοδότηση της οδοντιατρικής φροντίδας από δημόσιους πόρους πιθανώς αντικατοπτρίζει τη μειωμένη προτεραιότητα που αποδίδει η ελληνική πολιτεία στην στοματική υγεία. Στο έδαφος της κρίσης ενδεχομένως διαφοροποιούνται οι επιλογές μας αλλά πρέπει να μείνει σταθερός ο κοινωνικός προσανατολισμός μας. Πλουραλιστικές μορφές χρηματοδότησης της οδοντιατρικής φροντίδας από πολλαπλές κρατικές, κοινωνικοασφαλιστικές και ιδιωτικές πηγές, σε συνδυασμό αφενός με την εφαρμογή διαδικασιών διασφάλισης και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και αφετέρου με την έμφαση στην πρόληψη, την Π.Ο.Φ. και την ελάχιστη επεμβατική οδοντιατρική, μπορεί να αποτελέσει μία ευοίωνη προοπτική για την Οδοντιατρική, τους

οδοντιάτρους και την υγεία του πληθυσμού στην εποχή της μεγάλης κρίσης.

### 5. «Η πρόκληση της συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα παροχής οδοντιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα»

Η οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας συνδέεται άμεσα με τη στοματική υγεία του πληθυσμού της. Οι λιγότερο αναπτυγμένες χώρες παρουσιάζουν επιδείνωση των δεικτών στοματικής υγείας διαμορφώνοντας ταυτόχρονα μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση στις οδοντιατρικές υπηρεσίες, στην ενημέρωση, και στην πρόληψη για καλύτερη στοματική υγιεινή. Το χάσμα στη στοματική υγεία μεταξύ περισσότερο και λιγότερο ευνοημένων πολιτών έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης. Οι Κυβερνήσεις των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης καλούνται να αναπτύξουν πολιτικές για την καταπολέμηση των ανισοτήτων αυτών διαμορφώνοντας παράλληλα ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας και οδοντιατρικής φροντίδας. Ωστόσο δεδομένου ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των οδοντιατρικών υπηρεσιών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΟΟΣΑ παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα θα πρέπει να διαμορφωθούν νέες συνεργασίες μεταξύ του Δημόσιου και του Ιδιωτικού Τομέα παροχής Οδοντιατρικών υπηρεσιών για την προάσπιση της στοματικής υγείας του πληθυσμού και την καταπολέμηση των κοινωνικών ανισοτήτων. Όμως, πόσο έτοιμος είναι ο Δημόσιος Τομέας στη χώρα μας να ανταποκριθεί στις προκλήσεις αυτές; Ποιες είναι οι δυνατότητες κοινωνικών πρωτοβουλιών που μπορούν να αναπτυχθούν από τον ιδιωτικό Τομέα; Τα θέματα αυτά θα αποτελέσουν έναυσμα για περαιτέρω συζήτηση και ανάλυση για την αναζήτηση λύσεων και προτάσεων πολιτικής.

### 6. «Η συμβολή του ελευθεροεπαγγελματία οδοντιάτρου στην εθνική στρατηγική για τη στοματική υγεία»

Ο ελευθεροεπαγγελματίας οδοντίατρος αποτελούσε κατά το παρελθόν και, συγκεκριμένα, μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 80 - τον βασικό εκφραστή και υλοποιητή της όποιος πολιτικής στοματικής υγείας (στοιχειώδους, αποσπασματικής, στοχευμένης) εφήρμοζε το Πολιτικό και Κυβερνητικό κατεστημένο της Εποχής. Από την ίδρυση και λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας το ενδιαφέρον αλλά και οι ελπίδες της Πολιτείας μετατοπίστηκαν προς τη δυναμική αλλά και την παραγωγικότητα που θα ανέπτυσαν κυρίως τα Κέντρα Υγείας και δευτερευόντως τα Νοσοκομειακά οδοντιατρεία.

Ο θεσμός της οδοντιατρικής στο Ε.Σ.Υ., τουλάχιστον στο σκέλος του σχεδιασμού, λειτούργησε με ορατισμούς και φιλοδοξίες, αλλά στη διαδρομή του άρχισαν να διαφαίνονται οι αδυναμίες και οι στρεβλώσεις του. Στο διάστημα αυτό ο ελευθεροεπαγγελματίας οδοντίατρος όχι μόνον δεν μετείχε στο σχεδιασμό της όποιος πολιτικής Στοματικής Υγείας, αλλά σταδιακά εξωθείτο στην απομάκρυνσή του από την όποια συμμετοχή του σε αυτή. Τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία αγνοούσαν προκλητικά τον ελευθεροεπαγγελματία οδοντία



τρο, δημιουργώντας παράτυπα και παράνομα Οδοντιατρικές υπηρεσίες που προσέφεραν περιστασιακά μοντέλα Οδοντιατρικής περίθαλψης χωρίς προγραμματισμό, καταγραφή στοιχείων, έκδοση στατιστικών αποτελεσμάτων και κυρίως χωρίς προοπτικές. Η πλήρης οικονομική απαξίωση της Μονάδας Οδοντιατρικής Πράξης, που παραμένει καθηλωμένη στις παροχές του ΦΕΚ του 1993, οδήγησε όχι μόνον στον εκφυλισμό αλλά και στη γελοιοποίηση των όποιων οδοντιατρικών παροχών από το Δημόσιο και τα Ασφαλιστικά Ταμεία.

Στο νέο μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας, που εξαγγέλλεται από τα συναρμόδια υπουργεία, υπό την ευθύνη του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), η Πολιτεία αδυνατεί να συμμετάσχει ως παραγωγός υπηρεσιών, για λόγους τεχνικούς, οικονομικούς και κύρια πολιτικούς.

Ο ελευθεροεπαγγελματίας οδοντίατρος είναι η μόνη συντεταγμένη και συγκροτημένη επιστημονική ομάδα που μπορεί να αναλάβει και να υλοποιήσει το όποιο μοντέλο Οδοντιατρικής Φροντίδας με υποδομές εγκατεστημένες, νόμιμα αδειοδοτημένες, λειτουργικά αυτόνομες και παραγωγικά επαρκείς, υπό την προϋπόθεση ότι υπάρχει η πολιτική βούληση για την αξιοπρεπή και τεκμηριωμένη κοστολογικά οικονομική κάλυψη των όποιων παροχών. Παράλληλα το εύρος της περιπτωσιολογίας των παροχών θα πρέπει να είναι συγκεκριμένο και ρεαλιστικό ώστε να καλύψει τις ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ανάγκες μεγάλης μερίδας του Ελληνικού πληθυσμού.

### ΣΤΡ2

#### ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ: ΚΑΚΩΣΕΙΣ, ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ

##### Συντονιστής:

Κωνσταντίνος Αντωνιάδης  
Καθηγητής Στοματικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΑΠΘ

##### Εισηγητές:

#### 1. «Ιγμορίτιδες - Οδοντογενής ιγμορίτιδα.

##### Στοματοκολπική επικοινωνία.

##### Μυκητιάσεις ιγμόρειου.»

Ιωάννης Τηλαβερίδης  
Λέκτορας Στοματικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΑΠΘ

#### 2. «Κακώσεις - τραύμα:

##### Κατάγματα φατνιακών αποφύσεων, κακώσεις δοντιών.

##### Πολυτραυματίας και οδοντίατρος.

##### Τραύμα ΚΓΔ: αρθρίτιδα, εξάρθρωμα, κάταγμα.»

Γρηγόριος Βενέτης  
Επίκ. Καθηγητής Στοματικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΑΠΘ

#### 3. «Βλεννογονίτιδες: Σταδιοποίηση, Πρόληψη και Αντιμετώπιση.

##### Ιώσεις: αντιμετώπιση.

##### Μυκητιάσεις: αντιμετώπιση»

Αναστάσιος Μαρκόπουλος  
Καθηγητής Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή, ΑΠΘ

#### 1. «Ιγμορίτιδες - Οδοντογενής ιγμορίτιδα - Στοματοκολπική επικοινωνία - Μυκητιάσεις ιγμόρειου»

Το ιγμόρειο και η νοσολογία του απασχολούν συχνά τον οδοντίατρο είτε ως διαγνωστικό πρόβλημα είτε ως επιπλοκή κατά την τέλεση χειρουργικής πράξης. Οι ιγμορίτιδες και ιδιαίτερα η οδοντογενής ιγμορίτιδα αποτελούν συχνή κλινική οντότητα που διαφεύγει της διάγνωσης και αντιμετωπίζεται με λάθος τρόπο. Η παθολογία και ο τρόπος αντιμετώπισης των επιπλοκών και συμβαμάτων αναπτύσσονται με μεθοδικό τρόπο και προτείνονται βήματα για τη σωστή διάγνωση και επομένως για ορθή αντιμετώπιση.

#### 2. «Κακώσεις - τραύμα:

##### Κατάγματα φατνιακών αποφύσεων, κακώσεις δοντιών

##### Πολυτραυματίας και οδοντίατρος

##### Τραύμα ΚΓΔ: αρθρίτιδα, εξάρθρωμα, κάταγμα»

Οι κακώσεις στο πρόσωπο και ιδιαίτερα οι οδοντοφατνιακές κακώσεις είναι συχνό πρόβλημα των εξωτερικών ιατρείων. Η εκτίμηση της βαρύτητας ενός τραύματος και ο σχεδιασμός αντιμετώπισης του στηρίζεται σε διαβαθμισμένες κλίμακες όσο αφορά τη ζωή του ασθενή ή τη ζωτικότητα του οργάνου. Θα παρουσιαστούν επιγραμματικά οι αρχές διάσωσης ενός πολυτραυματία και πιο αναλυτικά οι αρχές εκτίμησης και αντιμετώπισης των κακώσεων των γνάθων σε περιπατητικού ασθενείς.

#### 3. «Βλεννογονίτιδες: Σταδιοποίηση, Πρόληψη και Αντιμετώπιση Ιώσεις: αντιμετώπιση Μυκητιάσεις: αντιμετώπιση»

Η βλεννογονίτιδα ταλαιπωρεί τους ασθενείς με καρκίνο και τους υπό μεταμόσχευση και μεταμοσχευμένους ασθενείς. Η ποιότητα ζωής αλλά και η επικινδυνότητα αυτών των καταστάσεων θα πρέπει να είναι σε γνώση των ιατρών που ασχολούνται με την στοματική φροντίδα για να υπάρχει αφενός η ανακούφιση του αρρώστου και αφετέρου η πρόληψη καταστάσεων που αυξάνουν τη νοσηρότητα και φυσικά τη θνησιμότητα.

### ΣΤΡ3

#### Ο ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ: ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΑΚΤΙΝΟ-ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ - ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟ-ΧΗΜΕΙΟ- ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

##### Συντονιστές:

Καθηγήτρια Ουρανία Νικολάτου-Γαλίτη,  
Αναπλ. Καθηγήτριας Ιωάννης Τζούτζας

**Εισηγητές:**

**1. «Εισαγωγή»**

Ουρανία Νικολάτου-Γαλίτη  
Καθηγήτρια Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής,  
Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**2. «Η προετοιμασία του στόματος πριν την αντινεοπλασματική θεραπεία»**

Εμμανουήλ Βάρδας\*, Δημήτριος Δέσκος\*\*

\*Επιστημονικός Συνεργάτης Κλινικής Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

\*\* Οδοντίατρος, Μεταπτυχιακός Φοιτητής Παθολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**3. «Οξείες επιπλοκές της χημειο-ακτινοθεραπείας στη στοματική κοιλότητα: Βλεννογονίτιδα»**

Τριανταφυλλιά Σαρρή\*, Ερωφίλη Παπαδοπούλου\*\*

Οδοντίατρος, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παθολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

\*\* Οδοντίατρος, Στοματολόγος, Υποψήφια Διδάκτωρ Παθολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**4. «Χρόνιες επιπλοκές της χημειο-ακτινοθεραπείας στη στοματική κοιλότητα: Ξηροστομία»**

Ευστρατία Γάτου

Οδοντίατρος, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παθολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**5. «Υλικά και τεχνικές για αποκαταστάσεις σε χημειο-θεραπευόμενους και ακτινοθεραπευόμενους ογκολογικούς ασθενείς»**

Ιωάννης Τζούτζας

Αναπλ. Καθηγητής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**1. «Εισαγωγή»**

Η εφαρμογή των σύγχρονων ογκολογικών θεραπειών σε ασθενείς με κακοήγη νοσήματα αν και έχει βελτιώσει την πρόγνωση τους εξακολουθεί να συνδέεται με την εμφάνιση επιπλοκών στους φυσιολογικούς ιστούς. Η στοματική κοιλότητα αποτελεί μια καίρια θέση εντόπισης τους. Οι επιπλοκές αναπτύσσονται στο στόμα είτε κατά τη διάρκεια (οξείες επιπλοκές), είτε μετά το πέρας της αντινεοπλασματικής θεραπείας (χρόνιες και όψιμες επιπλοκές). Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να έχουν σημαντική επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών, με αρνητική επίδραση στις φυσικές και κοινωνικές δραστηριότητες, καθώς και την εργασία. Σε αρκετές περιπτώσεις η βαρύτητα των επιπλοκών στη στοματική κοιλότητα μπορεί να οδηγήσει σε διακοπή της αντινεοπλασματικής θεραπείας και να τεθεί σε κίνδυνο το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Κατά συνέπεια, η υποστηρικτική αγωγή του στόματος είναι αναγκαία για την πρόληψη ή/και μείωση των τυχών επιπλοκών που θα προκύψουν κατά τη διάρκεια της χημειο-ακτινοθεραπείας. Η διεπιστημονική προσέγγιση από ομάδα, στην οποία μετέχει και ο κατάλληλα εκπαιδευμένος οδοντίατρος θα συμβάλλει στην διατήρηση της συνδεόμενης με την υγεία του στόματος

ποιότητας ζωής του ογκολογικού ασθενούς κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας της αντινεοπλασματικής θεραπείας.

Στο παρόν στρογγυλό τραπέζι, αρχικά γίνεται αναφορά στα πρωτόκολλα οδοντιατρικής φροντίδας πριν την έναρξη της αντινεοπλασματικής θεραπείας. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι οξείες και χρόνιες επιπλοκές της χημειο-ακτινοθεραπείας, με ιδιαίτερη έμφαση στην αντιμετώπιση της βλεννογονίτιδας και της Ξηροστομίας. Ακολουθεί η παρουσίαση των υλικών και τεχνικών για αποκαταστάσεις σε χημειοθεραπευόμενους και ακτινοθεραπευόμενους ογκολογικούς ασθενείς.

**2. «Η προετοιμασία του στόματος πριν την αντινεοπλασματική θεραπεία»**

Η αξιολόγηση της υγείας των δοντιών, του περιοδοντίου και του βλεννογόνου αποτελεί εξαιρετικά σημαντικό στάδιο στα πλαίσια της προετοιμασίας του ασθενούς που θα υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία και θα πρέπει να γίνεται δύο έως τέσσερις βδομάδες πριν την έναρξη της θεραπείας.

Τα διάφορα οδοντιατρικά πρωτόκολλα που εφαρμόζονται για την πρόληψη εμφάνισης επιπλοκών πριν την αντινεοπλασματική θεραπεία περιλαμβάνουν:

- κλινικό και ακτινολογικό έλεγχο της στοματικής κοιλότητας
- διδασκαλία στοματικής υγιεινής
- χρήση οδοντόκρεμας με υψηλή περιεκτικότητα σε φθόριο
- έλεγχος των τοπικών τραυματογόνων παραγόντων
- εμφράξεις ή ενδοδοντική θεραπεία των δοντιών με καλή πρόγνωση
- εξαγωγές των δοντιών που δεν μπορούν να αποκατασταθούν με έμφραξη ή ενδοδοντική θεραπεία και προσθετική.

Οι εξαγωγές των δοντιών θα πρέπει να πραγματοποιούνται σε χρονικό διάστημα συνήθως τριών εβδομάδων πριν από την έναρξη της αντινεοπλασματικής θεραπείας και πάντα σε συνεννόηση με το θεράποντα ογκολογολόγο ή ακτινοθεραπευτή-ογκολόγο.

**3. «Οξείες επιπλοκές της χημειο-ακτινοθεραπείας στη στοματική κοιλότητα: Βλεννογονίτιδα»**

Οι οξείες επιπλοκές του στόματος κατά τη διάρκεια της χημειο-ακτινοθεραπείας περιλαμβάνουν την βλεννογονίτιδα και τις λοιμώξεις συνηθέστερα από τα είδη Candida, τον ιό του απλού έρπητα (HSV-1) και διάφορα βακτήρια.

Η βλεννογονίτιδα του στόματος αποτελεί την συχνότερη επιπλοκή κατά τη διάρκεια της χημειο-ακτινοθεραπείας. Σχεδόν το 100% των ασθενών θα εμφανίσουν κάποιου βαθμού βλεννογονίτιδα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ενώ πάνω από το 50% των ασθενών αυτών θα εμφανίσουν σοβαρού βαθμού βλεννογονίτιδα.

Η βλεννογονίτιδα εμφανίζεται περίπου μια εβδομάδα μετά την έναρξη της ακτινοθεραπείας, συνήθως με τη μορφή ερυθρήματος, ενώ στη συνέχεια, αναπτύσσονται επώδυνες εξελκώσεις. Η θεραπεία της βλεννογονίτιδας

βασίζεται στην παρηγορητική αντιμετώπιση για την ανακούφιση των συμπτωμάτων της και στην εφαρμογή πρωτοκόλλων βασικής στοματικής υγιεινής και φροντίδας.

Η λοίμωξη από είδη *Candida* είναι η πιο συχνή λοίμωξη που παρατηρείται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας, αυξάνει το βαθμό βλεννογονίτιδας και επιβαρύνει σημαντικά τον ασθενή. Η μελέτη των Nicolatou-Galitis et al το 2006 έδειξε ότι η χορήγηση προφυλακτικής αντιμυκητιασικής αγωγής, κατά τη διάρκεια της χημειο-ακτινοθεραπείας, μείωσε το ποσοστό φορέας *Candida*, αλλά και την σοβαρή βλεννογονίτιδα, ενώ κανένας ασθενής δεν εμφάνισε καντιντίαση.

Επιπλέον, η αναζωπύρωση της ερπητικής λοίμωξης περιπλέκει περισσότερο την κλινική εικόνα της βλεννογονίτιδας, αυξάνοντας τη βαρύτητα της και επηρεάζοντας δυσμενώς την ποιότητα ζωής των ασθενών. Επομένως, η διαφορική διάγνωση είναι απαραίτητη, έτσι ώστε να δοθεί έγκαιρα συστηματική αντιερπητική αγωγή προκειμένου να ανακουφιστεί ο ασθενής.

#### **4. «Χρόνιες επιπλοκές της χημειο-ακτινοθεραπείας στη στοματική κοιλότητα: Ξηροστομία»**

Στις χρόνιες επιπλοκές της χημειο-ακτινοθεραπείας περιλαμβάνονται η ξηροστομία, οι μεταβολές της γεύσης, ο πολυτερηδονισμός των δοντιών, οι νόσοι του περιοδοντίου, ο τρισμός και η οστεονέκρωση.

Κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας κακοήθων όγκων κεφαλής και τραχήλου, οι σιελογόνοι αδένες συχνά περιλαμβάνονται στο πεδίο ακτινοβολίας με αποτέλεσμα να εμφανίζεται σοβαρή και συνήθως μόνιμη ξηροστομία. Ανάλογα με το ποσοστό της μάζας των σιελογόνων αδένων που περιλαμβάνεται στο πεδίο ακτινοβολίας, με το εάν η ακτινοβολήση γίνεται ετερόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα και με τη δόση της ακτινοβολίας ποικίλει ο βαθμός της ξηροστομίας. Η χημειοθεραπεία έχει βρεθεί ότι προκαλεί αναστρέψιμες μεταβολές, με μείωση της ροής του σιέλου και ποιοτικές διαταραχές στη σύνθεσή του. Η ξηροστομία αποτελεί σοβαρή χρόνια επιπλοκή με αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής και την ψυχική κατάσταση του ογκολογικού ασθενούς, παρεμβαίνοντας αρνητικά σε όλες τις λειτουργίες του στόματος. Ο ασθενής με ξηροστομία δεν σπίζεται σωστά, με αποτέλεσμα την ανεπιθύμητη απώλεια βάρους, ενώ δεν κοιμάται με ικανοποιητική ποιότητα ύπνου. Σημαντική δυσμενής επίπτωση της ξηροστομίας αποτελεί ο πολυτερηδονισμός των δοντιών. Ευκαιριακές λοιμώξεις, όπως καντιντιάσεις, στη στοματική κοιλότητα, έρπητας συνδέονται επίσης με την ξηροστομία.

Η πλέον αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση της ξηροστομίας είναι η πρόληψη, ενώ στην περίπτωση που έχει εγκατασταθεί η ξηροστομία, η πιλοκαρπίνη, τα υποκατάστατα σιέλου και διάφορα προϊόντα υποστήριξης του στόματος μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της ξηροστομίας και των λειτουργιών του στόματος. Η προστασία των δοντιών από τις επιπτώσεις της ξηροστομίας στα πλαίσια εντατικών προληπτικών προγραμμάτων φθορίωσης είναι επίσης απαραίτητη.

#### **5. «Υλικά και τεχνικές για αποκαταστάσεις σε χημειο-θεραπευόμενους και ακτινοθεραπευόμενους ογκολογικούς ασθενείς»**

Η εξέλιξη των διαγνωστικών μεθόδων και η αποτελεσματικότητα των διαφόρων χημειοθεραπευτικών και ακτινοθεραπευτικών σχημάτων επιτρέπει πλέον στις μέρες μας να αναφέρεται ότι ένα μεγάλο μέρος των ογκολογικών περιστατικών αποτελούν ίσισμα ή καθηλώσιμα νοσήματα.

Τα παράπλευρα συμπτώματα και οι ανεπιθύμητες καταστάσεις που συνοδεύουν τη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία όπως οι έμετοι, η τροποποίηση της χλωρίδας του στόματος, τα στοματικά έλκη, η ακτινοβλεννογονίτιδα, η ξηροστομία, η δυσγευσία και επιπλέον όλων η τροποποίηση των συνθηκών διαβίωσης και η ψυχική υγεία των πασχόντων, δημιουργούν σοβαρό υπόστρωμα για την ανάπτυξη πολλαπλών τερηδονικών βλαβών, εκτεταμένων διαβρώσεων και αποτριβών, καταγμάτων και απόσπασης μεγάλων μαζών οδοντικών ιστών και συχνότατη εμπλοκή του πολφού και του περιοδοντίου στην όλη παθολογία.

Η θέση του οδοντιάτρου στην ογκολογική ομάδα καθίσταται στρατηγική στο πλαίσιο του όλου σχεδιασμού του θεραπευτικού πρωτοκόλλου και ιδιαίτερα στις δύο ακραίες φάσεις της όλης διαδικασίας, πριν από την έναρξη και μετά το πέρας του θεραπευτικού σχήματος. Η λεπτομερής κλινική και ακτινογραφική μελέτη του στόματος πριν από την έναρξη της ογκολογικής θεραπείας επιτρέπει τον εντοπισμό αρχόμενων ή δευτερογενών βλαβών και επιβάλλει την άμεση και ασφαλή αντιμετώπισή τους. Στη φάση αυτή τα πολυμερή υλικά, το αμάλγαμα, οι υαλοϊονομερείς κονίες (ακόμα και οι ενισχυμένες κονίες οξειδίου ψευδαργύρου και ευγενόλης σε ακραίες περιπτώσεις) αποτελούν τα υλικά εκλογής για την αποκατάσταση των βλαβών.

Μετά το πέρας της όλης αγωγής και την επιτυχή έκβαση της θεραπείας, ο οδοντίατρος καλείται σε μια γενικότερη επαναπροσαρμογή του στόματος (rehabilitation) στις απαιτήσεις της καθημερινής λειτουργίας.

Έτσι ο έλεγχος της ποσότητας και της ποιότητας του σάλιου, η αποκατάσταση αυχενικών διαβρώσεων, αποσπάσεων και τερηδονικών βλαβών αποτελεί πλέον το κύριο έργο του οδοντιάτρου. Εδώ πρέπει να αποσαφηνισθεί ότι η εικόνα των τερηδονικών βλαβών διαφέρει κατά πολύ από εκείνη των

υγιών ασθενών, τόσο σε έκταση όσο και σε εντόπιση. Οι τερηδονικές βλάβες έχουν έντονα επιθετικά χαρακτηριστικά, με κυκλοτερή προσβολή των ιστών του αυχένα και καταστροφή μεγάλου όγκου οδοντικών ιστών. Ο ενημερωμένος οδοντίατρος πρέπει να χρησιμοποιεί με προσοχή και φειδώ τα κοπτικά εργαλεία και να αξιοποιεί ακόμα και την ελαχιστότερη μάζα υγιών οδοντικών ιστών.

Η συνεχώς βελτιούμενη τεχνολογία των πολυμερών υλικών, σε όλο τους το φάσμα, και ιδιαίτερα η τεχνολογία περί τη συγκόλληση, αλλά και το κλασσικό αμάλγαμα βρίσκουν την εφαρμογή τους σε τέτοιου τύπου αποκαταστάσεις, ενώ οι υαλοϊονομερείς κονίες μπορούν και προσφέρουν ανάλογες υπηρεσίες αλλά για βραχύτερο

χρονικό διάστημα κύρια λόγω του αρνητικού στοματικού περιβάλλοντος-λόγω μειωμένης υγρασίας- στο οποίο καλούνται να λειτουργήσουν.

Στην παρουσίαση θα αναφερθούν όλες οι νεώτερες τεχνικές και απόψεις αναφορικά με την αποκοπή και αποκατάσταση των προβληματικών σκληρών οδοντικών ιστών και θα πλαισιωθούν από αντίστοιχα κλινικά περιστατικά.

#### ΣΤΡ4

### ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΔΕΡΜΑΤΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ

#### Συντονίστρια:

Αλεξάνδρα Σκλαβούου  
Καθηγήτρια Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή,  
ΕΚΠΑ

#### Εισηγητές:

##### 1. «Πέμφιγα - Πεμφιγοειδές»

Αλεξάνδρα Σκλαβούου  
Καθηγήτρια Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή,  
ΕΚΠΑ

##### 2. «Ομαλός λειχήνας - Πολύμορφο ερύθημα»

Κωνσταντίνος Τόσιος  
Επικ. Καθηγητής Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή,  
ΕΚΠΑ

##### 3. «Συστηματικός ερυθματώδης λύκος - σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behcet»

Ευανθία Χρυσομάλη  
Επικ. Καθηγήτρια Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή,  
ΕΚΠΑ

Πολλά συστηματικά νοσήματα εμφανίζουν βλάβες στο στοματικό βλεννογόνο ως πρώτες ή όψιμες εκδηλώσεις. Η αναγνώριση των βλαβών αυτών μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του υποκείμενου συστηματικού νοσήματος, βελτιώνοντας την πρόγνωση της νόσου και την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Στα νοσήματα αυτά συμπεριλαμβάνονται πολλά δερματοβλεννογόνια νοσήματα ανοσολογικής αρχής, μεταξύ των οποίων ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζουν η πέμφιγα, το πεμφιγοειδές, ο ομαλός λειχήνας, το πολύμορφο ερύθημα, ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος και το σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behcet.

##### 1. «Πέμφιγα - Πεμφιγοειδές»

Η πέμφιγα και το πεμφιγοειδές αποτελούν χρόνια πομφολυγώδη δερματοβλεννογόνια νοσήματα, στα οποία ο στοματικός βλεννογόνος προσβάλλεται συχνά και μπορεί να αποτελεί πεδίο πρώτης εκδήλωσης του νοσήματος. Οι βλάβες έχουν τη μορφή εκτεταμένων φυσαλίδων

και ελκώσεων, ή μίας ειδικής ουλίτιδας, μη-φλεγμονώδους αιτιολογίας που ονομάζεται αποφλοιωτική ουλίτιδα. Ο όρος πέμφιγα αναφέρεται σε ομάδα νοσημάτων αυτοάνοσης παθογένειας που χαρακτηρίζονται από κυκλοφορούντα αυτοαντισώματα έναντι δομικών στοιχείων των κερατινοκυττάρων. Μεταξύ των διαφόρων μορφών, η κοινή πέμφιγα σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς μπορεί να εκδηλωθεί αρχικά στο στοματικό βλεννογόνο με επώδυνες ελκώσεις που διαρκούν για μήνες, πριν εμφανιστούν βλάβες στο δέρμα. Η διάγνωση τίθεται από την ιστολογική εξέταση, όπου αναγνωρίζονται ενδοεπιθηλιακές φυσαλίδες ή πομφόλυγες ως αποτέλεσμα ακανθόλυσης, τα ευρήματα του άμεσου ανοσοφθορισμού, όπου παρατηρείται καθήλωση φθορίζοντων αυτοαντισωμάτων (κυρίως IgG), έναντι δομικών πρωτεϊνών των δεσμοσωμάτων και την ανίχνευση κυκλοφορούντων αυτοαντισωμάτων στον ορό των ασθενών με την μέθοδο του έμμεσου ανοσοφθορισμού.

Το πεμφιγοειδές εκδηλώνεται συχνά στα ούλα με τη μορφή της αποφλοιωτικής ουλίτιδας, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη ερυθρότητα στα ελεύθερα και προσπεφυκτότα ούλα, ακόμη και απουσία τοπικού παράγοντα, και αποκόλληση με ελαφρά πίεση φαινομενικά υγιούς βλεννογόνου. Στο νόσημα αυτό τα κυκλοφορούντα αυτοαντισώματα στρέφονται έναντι δομικών στοιχείων των δεσμοσωμάτων προκαλώντας αποκόλληση ολόκληρου του επιθηλίου από το χόριο. Ανάλογες ελκοδιαβρωτικές βλάβες μπορούν να εκδηλωθούν τους επιπεφυκότες και τον βλεννογόνο του φάρυγγα με, σοβαρές επιπλοκές αν δεν διαγνωστούν έγκαιρα. Και στο νόσημα αυτό η διάγνωση τίθεται με βάση τα ιστοπαθολογικά ευρήματα, όπου διαπιστώνεται αποκόλληση ολοκλήρου του καλυπτικού επιθηλίου, και τα ευρήματα του άμεσου ανοσοφθορισμού με τη ανίχνευση ανοσοσυμπλεγμάτων IgG και συμπληρώματος C3 κατά μήκος της βασικής μεμβράνης. Στην αντιμετώπιση της πέμφιγας και του πεμφιγοειδούς χρησιμοποιούνται κυρίως κορτικοστεροειδή, ανοσοκατασταλτικά και ανοσοτροποποιητικά φάρμακα.

##### 2. «Ομαλός λειχήνας - Πολύμορφο ερύθημα»

Ο ομαλός λειχήνας είναι μία σχετικά συνήθης φλεγμονώδης νόσος ανοσολογικής αρχής που μπορεί να προσβάλλει το στοματικό βλεννογόνο ή το δέρμα ανεξάρτητα ή ταυτόχρονα. Εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες μέσης ηλικίας και στο 75% των περιπτώσεων, οι ασθενείς παρουσιάζουν ταυτόχρονα δερματικές και στοματικές βλάβες. Η έναρξη από τον στοματικό βλεννογόνο αναφέρεται σε ποσοστό ως και 25%, ενώ η κλινική πορεία του ομαλού λειχήνα χαρακτηρίζεται από υφέσεις και εξάρσεις. Κλινικά οι βλάβες είναι λευκές βλατίδες, συρρέουσες σε γραμμώσεις ή και πλάκες, οι οποίες μπορεί να συνοδεύονται από ατροφία ή επώδυνες ελκώσεις του στόματος. Διακρίνονται διάφορες μορφές, με συχνότερες τη δικτυωτή και την υπερτροφική. Για τη διάγνωση απαιτείται η λήψη βιοψίας για ιστολογική εξέταση, στην οποία αναγνωρίζονται χαρακτηριστικές ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις, όπως ασαφιοποίηση του χοριοεπιθηλιακού ορίου, η ταινιοειδής φλεγμονώδης διήθηση του χο-



ρίου κ.ά. Η αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ακανθοκυτταρικού καρκινώματος του στόματος στο έδαφος βλαβών του ομαλού λειχήνα έχει απασχολήσει πολύ τη βιβλιογραφία, χωρίς, ωστόσο, το προκαρκινικό δυναμικό των βλαβών να έχει τεκμηριωθεί. Δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία, και η αντιμετώπιση βασίζεται κυρίως στα κορτικοστεροειδή και ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.

Το πολύμορφο ερύθημα είναι μία οξεία δερματοβλεννογόνια νόσος φλεγμονώδους αρχής, πιθανώς μεσολαβούμενη από μηχανισμούς αυτοανοσίας. Μπορεί να οφείλεται σε ποικίλους παράγοντες, συχνότεροι των οποίων είναι λοιμώξεις και συστηματικά χορηγούμενα φάρμακα. Διακρίνεται σε έλασσον και μείζον πολύμορφο ερύθημα, ενώ στην ίδια ομάδα νοσημάτων υπάγονται το σύνδρομο Stevens-Johnson και η τοξική επιδερμική νεκρόλυση. Στο στόμα εκδηλώνεται με εκτεταμένες και επώδυνες ελκώσεις και διαβρώσεις, με χαρακτηριστική την εντόπιση στο ερυθρό κράσπεδων των χειλέων. Οι εκτεταμένες και επώδυνες βλάβες προκαλούν δυσφαγία, δυσκαταποσία, σιαλόρροια κλπ. Η διάγνωση τίθεται κλινικά. Η πρόγνωση είναι καλή, αλλά μερικές φορές υποτροπιάζει συχνά, πιθανώς σε σχέση με υποτροπές της ερπητολοίμωξης, επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

### 3. «Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος - σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behcet»

Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος είναι μία χρόνια αυτοάνοση πολυσυστηματική πάθηση με ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων. Μεταξύ των διαγνωστικών κριτηρίων του συστηματικού ερυθηματώδους λύκου συμπεριλαμβάνονται οι ελκώσεις του στοματικού βλεννογόνου, οι οποίες παρατηρούνται σε ποσοστό 9-45% των ασθενών και μπορεί να μιμούνται την κλινική εικόνα άλλων δερματοβλεννογόνων νοσημάτων όπως ο ομαλός λειχήνας. Σε ποσοστό 3-20% των ασθενών με δισκοειδή ερυθηματώδη λύκο παρατηρούνται και ενδοστοματικές βλάβες, οι οποίες προσομοιάζουν κλινικά και ιστολογικά με τις αντίστοιχες βλάβες του δέρματος.

Η παρουσία στοματικών βλαβών με τη μορφή πολλαπλών ελκώσεων συνιστά ένα από τα κύρια διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου Αδαμαντιάδη-Behcet. Το σύνδρομο ή νόσος Αδαμαντιάδη-Behcet είναι μία πολυσυστηματική αγγειίτιδα που χαρακτηρίζεται από ελκώσεις του στόματος, των γεννητικών οργάνων, φλεγμονή των οφθαλμών, δερματικές αλλοιώσεις και συμμετοχή των αγγείων και των αρθρώσεων, του γαστρεντερικού και νευρικού συστήματος. Η ακριβής αιτιολογία αυτής της νόσου δεν έχει διευκρινισθεί. Ωστόσο, υποστηρίζεται ότι μπορεί να εμπλέκεται μία διαταραχή της έμφυτης ανοσίας με αποτέλεσμα μία διαφοροποιημένη απάντηση σε διάφορους λοιμογόνους ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. Υπολογίζεται ότι στο 70% των περιπτώσεων οι βλάβες του στόματος, οι οποίες είναι παρόμοιες με άφθες (αφθώδη έλκη) αποτελούν την πρώτη εκδήλωση του συνδρόμου Αδαμαντιάδη-Behcet. Η συχνότητα των υποτροπών, ο αριθμός και το μέγεθος των αφθωδών ελκών, η επιμέρους εντόπιση τους στο στοματικό βλεννογόνο, καθώς και η αξιολόγηση άλλων συνοδών γενικότε-

ρων κλινικών σημείων μπορούν να οδηγήσουν στην έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behcet. Επειδή οι ελκώσεις του στόματος αποτελούν εκδήλωση και άλλων, συχνότερων παθολογικών καταστάσεων του στοματικού βλεννογόνου, η διερεύνηση και διαφοροδιάγνωσή τους από τις βλάβες του συνδρόμου Αδαμαντιάδη-Behcet έχει ιδιαίτερη αξία.

### Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Albilila JB, Lam DK, Clokie CML, S?ndor GKB. Systemic Lupus Erythematosus: A Review for Dentists JCDA 2007; 73: 823-28.
2. Calamia KT, Wilson FC, Icen M, et al. Epidemiology and clinical characteristics of Behcets disease in the US: a population-based study. Arthritis Rheum 2009;61: 6004.
3. Ismail SB, Kumar SK, Zain RB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. J Oral Sci 2007;49:89-106.
4. Schifter M, Yeoh S-C, Coleman H, Georgiou A. Oral mucosal diseases: the inflammatory dermatoses. Aus Dent J 2010; 55S: 23-38.

### ΣΤΡ5

#### ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

#### Συντονίστρια:

Φλώρα Ζερβού-Βάλβη  
Συντονίστρια Διευθύντρια Οδοντίατρος ΕΣΥ,  
Οδοντιατρικό Τμήμα Ειδική Μονάδα ενηλίκων ΑμεΑ, ΓΝ  
«Ασκληπιείο Βούλας»

#### Εισηγητές:

#### 1. «Οδοντιατρική Φροντίδα με Γενική Αναισθησία»

Μαρία Σερέτη  
Διευθύντρια Οδοντίατρος ΕΣΥ  
Οδοντιατρικό Τμήμα, Οδοντιατρική Μονάδα ΑμεΑ, ΓΝ  
Λάρισας

#### 2. «Προεγχειρητικός έλεγχος, νοσηλεία, η επέμβαση με γενική αναισθησία, μετεγχειρητική παρακολούθηση»

Μιχάλης Κατσουράκης  
Διευθυντής Οδοντίατρος ΕΣΥ  
Οδοντιατρικό Τμήμα, Οδοντιατρική Μονάδα ΑμεΑ, ΓΝ  
Λάρισας

#### 3. «Οδοντιατρική αντιμετώπιση των ΑμεΑ υπό γενική αναισθησία»

Φλώρα Ζερβού-Βάλβη  
Συντονίστρια Διευθύντρια Οδοντίατρος ΕΣΥ, Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ενηλίκων ΑμεΑ, ΓΝ  
«Ασκληπιείο Βούλας»

**Σκοπός** του παρόντος Στρογγυλού Τραπέζιου είναι η

παρουσίαση των ενδείξεων, του τρόπου εφαρμογής και της αξίας της μεθόδου της γενικής αναισθησίας στην οδοντιατρική αντιμετώπιση ειδικών και μη ασθενών.

### 1. «Οδοντιατρική Φροντίδα με Γενική Αναισθησία»

Μέχρι σήμερα η οδοντιατρική φροντίδα με γενική αναισθησία εστιάζεται κυρίως σε παιδιά, σε ΑμεΑ ή είναι έργο των ειδικών οδοντιάτρων. Αυτό συμβαίνει γιατί η γενική αναισθησία δίδεται σε ιδιωτικά ή δημόσια θεραπευτήρια και η πρόσβαση σε τούτα των γενικών οδοντιάτρων είναι περιορισμένη.

Τούτο τείνει να αλλάξει επειδή η μέθοδος της γενικής αναισθησίας είναι πλέον ασφαλής, η προσβασιμότητα στα ιδιωτικά κυρίως θεραπευτήρια είναι ευκολότερη, η εκπαίδευση των οδοντιάτρων περιλαμβάνει ευρύτερο επιστημονικό πεδίο και οι απαιτήσεις των ασθενών είναι αυξημένες. Δηλαδή, οδοντιατρική φροντίδα με γενική αναισθησία μπορεί να επιλεγεί σήμερα για να αντιμετωπισθούν εκτεταμένα ή σύνθετα ή χρονοβόρα οδοντιατρικά προβλήματα και υγιών ενηλίκων ασθενών.

Γενικώς, η οδοντιατρική φροντίδα παρέχεται:

- χωρίς αναισθησία
- με τοπική αναισθησία
- με στελεχειαία αναισθησία
- με καταστολή
- με γενική αναισθησία ανάλογα
  - με το θεραπευτικό ή προληπτικό έργο μας
  - με την ηλικία και την γενική υγεία του ασθενούς
  - με την χώρα (τόπο), τον χρόνο που διενεργείται η πράξη μας δηλ. επείγουσα ή όχι, ιδιωτικό ή δημόσιο ιατρείο, ιδιωτικό ή δημόσιο θεραπευτήριο
  - με την εκπαίδευση του οδοντιάτρου
  - με τις δυνατότητες της χώρας ή του χώρου που προσφέρει τις υπηρεσίες του.

Εν κατακλείδι οφείλουμε ως θεράποντες να γνωρίζουμε και να δίνουμε την δυνατότητα την δυνατότητα επιλογής στους ασθενείς εκτός των άλλων δυνατοτήτων στο θεραπευτικό σχήμα και την δυνατότητα επιλογής της αναισθησίας.

### 2. «Προεγχειρητικός έλεγχος, νοσηλεία, η επέμβαση με γενική αναισθησία, μετεγχειρητική παρακολούθηση»

Η γενική αναισθησία, στις μέρες μας, είναι μια ασφαλής μέθοδος παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης υπό την προϋπόθεση ότι τηρούνται τα θεραπευτικά πρωτόκολλα και οι κανόνες και εκτελείται από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό σε κατάλληλα διαμορφωμένο χώρο.

Σκοπός της εισήγησης είναι η παρουσίαση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων για την παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης υπό γενική αναισθησία και των ιδιαιτεροτήτων που έχει η παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης υπό γενική αναισθησία.

Μετά την επιλογή του ασθενούς και την προσέλευσή του συμπληρώνεται το εισιτήριο και ανοίγει ο φάκε-

λος του ασθενούς που τον συνοδεύει καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του.

Ακολουθεί ο **προεγχειρητικός έλεγχος** στον οποίο περιλαμβάνονται:

1. Λήψη λεπτομερούς ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού.
  2. Λεπτομερής καταγραφή των φαρμάκων που παίρνει ο ασθενής και η ακριβής δοσολογία τους.
  3. Εργαστηριακός έλεγχος που περιλαμβάνει:
    - γενική αίματος
    - έλεγχο πήκτικότητας του αίματος (χρόνος προθρομβίνης, χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης, INR).
    - βιοχημικό έλεγχο (σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, SGOT, SGPT)
    - ακτινογραφία θώρακος
    - πανοραμική ακτινογραφία
    - ηλεκτροκαρδιογράφημα
  4. Υπογραφή έγγραφης συγκατάθεσης του ασθενή ή των κηδεμόνων του ότι έχει ενημερωθεί για την ανάγκη γενικής αναισθησίας και τους πιθανούς κινδύνους και επιπλοκές από την χορήγησή της και από την επέμβαση.
  5. Παραπεμπτικό για εκτίμηση από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων (καρδιολόγο, παιδίατρο, ψυχίατρο, νευρολόγο, παθολόγο κλπ) κατά περίπτωση. Οι γνωματεύσεις των ιατρών άλλων ειδικοτήτων πρέπει να είναι γραπτές και φυλάσσονται στο φάκελο του ασθενή.
  6. Καταγραφή βάρους, ύψους, θερμοκρασίας σώματος και λοιπών ζωτικών σημείων.
  7. Λεπτομερής κλινική εξέταση, εφ' όσον είναι εφικτή. Καταγραφή όλων των βλαβών της στοματικής κοιλότητας και των δοντιών.
  8. Αναισθησιολογική εξέταση. Ο αναισθησιολόγος αφού λάβει υπόψη όλες τις πληροφορίες από το ιστορικό του ασθενή, τον εργαστηριακό έλεγχο, τις ιατρικές εκτιμήσεις των άλλων ιατρών και εξετάσει τον ασθενή είναι αυτός που λαμβάνει την τελική απόφαση για το αν θα χορηγηθεί γενική αναισθησία στον ασθενή.
- Υπεύθυνοι για το συντονισμό όλων των παραπάνω είναι οι οδοντίατροι. Κατά την επίσκεψη στο θάλαμο του ασθενή δίδονται γραπτές οδηγίες, που καταγράφονται στο **φύλλο οδηγιών νοσηλείας**, που αφορούν:
- δίαίτα (ο ασθενής πρέπει να είναι νηστικός για 6 ώρες πριν το χειρουργείο)
  - φαρμακευτική αγωγή (χημειοπροφύλαξη, αγχολυτικά, ηρεμιστικά)
  - μέτρηση ζωτικών σημείων (θερμομέτρηση, αρτηριακή πίεση, σφυγμός)
  - παραπεμπτικό για εξέταση από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων
  - οδηγίες για ορό
  - εργαστηριακές εξετάσεις
  - πρόγραμμα χειρουργείου

### Το χειρουργείο

Στη διαδικασία του χειρουργείου περιλαμβάνονται:

1. Είσοδος του ασθενή στη χειρουργική αίθουσα.

Εδώ πολλές φορές απαιτείται εμπειρία, υπομονή και αυτοθυσία από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό.

2. Τοποθέτηση στη χειρουργική κλίνη.
3. Προετοιμασία όλων των εργαλείων, των υλικών και των φαρμάκων που θα απαιτούνται για την επέμβαση.
4. Πλύσιμο των γιατρών και των βοηθών.
5. Φλεβοκέντηση και τοποθέτηση ορού.
6. Σύνδεση ασθενή με το monitor για καταγραφή καρδιακής λειτουργίας, αρτηριακής πίεσης και κορεσμού οξυγόνου.
7. Χορήγηση φαρμάκων γενικής αναισθησίας και χημειοπροφύλαξης.
8. Ρινοτραχειακή διασωλήνωση κατά κανόνα.
9. Τοποθέτηση φαρυγγικού πωματισμού για την αποφυγή εισόδου υλικών ή υπολειμμάτων στην αναπνευστική οδό.
10. Εκτέλεση όλων των απαραίτητων οδοντιατρικών εργασιών.
11. Αφαίρεση πωματισμού.
12. Ξύπνημα του ασθενή.
13. Μεταφορά στην αίθουσα ανάνηψης.
14. Μεταφορά στην κλινική.

### Μετεγχειρητική παρακολούθηση

Μετά την επέμβαση κατά την επίσκεψη δίδονται οδηγίες γραπτώς στο φύλλο νοσηλείας, που αφορούν την φαρμακευτική αγωγή (αντιβίωση, αντιφλεγμονώδη, παυσίπονα κλπ), την διαίτα, τον ορό, τυχόν μετεγχειρητικό εργαστηριακό έλεγχο και την μέτρηση των ζωτικών σημείων.

Ο ασθενής εξέρχεται το νωρίτερο 12 ώρες μετά το χειρουργείο υπό τις παρακάτω προϋποθέσεις:

- απουσία πόνου ή έλεγχος με απλά παυσίπονα
- ο ασθενής να είναι άπυρετος
- ελάχιστο ή καθόλου μετεγχειρητικό οίδημα
- απουσία αιμορραγίας
- ικανοποιητική λήψη τροφής( όχι έμετοι, καλή κατάσταση)
- φυσιολογική ούρηση.

Κατά την **έξοδο** συμπληρώνεται το εξιτήριο και δίδονται λεπτομερείς και γραπτές μετεγχειρητικές οδηγίες που αφορούν την φαρμακευτική αγωγή, τις οδηγίες στοματικής υγιεινής, την διαίτα και την ημερομηνία της επανεξέτασης.

### 3. «Οδοντιατρική αντιμετώπιση των ΑμεΑ υπό γενική αναισθησία»

Τα ΑμεΑ εμφανίζουν αυξημένη προσβολή από τερηδόνα και από νόσους του περιοδοντίου, η οποία οφείλεται κυρίως στην πλημμελή ή ανύπαρκτη στοματική υγιεινή αλλά και στην πιθανή ύπαρξη συχνών εμετών, ξηροστομίας ή επιβλαβών συνηθειών, όπως η συγκράτηση τροφών για πολλή ώρα στο στόμα, η στοματική αναπνοή και ο βρουξισμός. Επίσης, δεν είναι ευκαταφρόνητη η παρουσία νόσων του στόματος, όπως οι υπερπλασίες των ούλων λόγω λήψης αντιεπιληπτικών σε συνδυασμό με την παραμέληση της στοματικής υγιεινής, η λευκοπλακία λόγω της συνήθειας

του μανιώδους καπνίσματος πολλών ψυχιατρικών κυρίως ασθενών ή η καντιντίαση ως επακόλουθο ξηροστομίας λόγω λήψης φαρμάκων ή στοματικής αναπνοής.

Το σχέδιο θεραπείας στα ΑμεΑ είναι κατεξοχήν προσωποκεντρικό. Για τον καθορισμό του καθώς και για τον καθορισμό του είδους της αναισθησίας που θα εφαρμοσθεί για την επίτευξή του, σημαντική είναι η λήψη πλήρους ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού, η διερεύνηση του επιπέδου συνεργασίας καθώς και των σχετικών με την θεραπεία προσδοκιών, επίσης η διενέργεια κλινικής εξέτασης και ακτινογραφικού ελέγχου, εάν αυτά είναι εφικτά.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ΑμεΑ μπορεί να αντιμετωπισθεί με τοπική αναισθησία ή καταστολή, οι οποίες προτιμώνται έναντι της γενικής αναισθησίας. Σε μη συνεργάσιμα, όμως, άτομα, η οδοντιατρική αντιμετώπιση επιτυγχάνεται μόνο με την μέθοδο της γενικής αναισθησίας, όπως σε άτομα με νευρολογικές παθήσεις (π.χ. νοητική υστέρηση μέτρια ή βαριά, επιληψία, εγκεφαλική παράλυση, αυτισμός, φυσική αναπηρία, σύνδρομα) ή με σοβαρό ψυχιατρικό νόσημα (κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, διάφορες μανίες).

Η διαδικασία που ακολουθείται περιλαμβάνει ορισμένες ιδιαιτερότητες για τα ΑμεΑ, όπως:

- οι πληροφορίες για το ιστορικό αντλούνται κυρίως από τους συνοδούς και τον ιατρικό φάκελο ή το βιβλιάριο υγείας
- στους πάσχοντες από νοητική υστέρηση η ενημέρωση γίνεται στον γονέα ή ελλείψει αυτού στον κατά νόμο υπεύθυνο από τον οποίο λαμβάνεται και η έγγραφη συναίνεση για το είδος της αναισθησίας και το σχέδιο θεραπείας
- ο προεγχειρητικός έλεγχος επεκτείνεται ανάλογα με την συνύπαρξη ιατρικών προβλημάτων π.χ. γίνεται έλεγχος επιπέδων αντιεπιληπτικών όταν ακολουθείται τέτοια αγωγή
- χορηγείται προνάρκωση στους κατεξοχήν μη συνεργάσιμους ασθενείς
- γίνεται χρήση χημειοπροφύλαξης
- γίνεται προετοιμασία για αντιμετώπιση πιθανών δυσκολιών κατά την διασωλήνωση λόγω δυσμορφιών
- η παραμονή στην αίθουσα ανάνηψης επιδιώκεται να είναι κατά το δυνατό σύντομη ώστε να μην καθυστερεί η επιστροφή στο γνώριμο περιβάλλον
- η παρουσία συνοδών είναι αναγκαία
- η μετεγχειρητική παρακολούθηση για πιθανές επιπλοκές είναι στενότερη
- η νοσηλεία γίνεται σε ειδικά διαμορφωμένο θάλαμο, το δε νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να διαθέτει σχετική εμπειρία
- εξιτήριο δίδεται κατά κανόνα την επόμενη μέρα εφόσον δεν υπάρχουν επιπλοκές και εφόσον έχει αποκατασταθεί η προηγούμενη κατάσταση του ασθενούς όσον αφορά στο επίπεδο συνείδησης και κινητικότητας
- κατά την έξοδο του ασθενή δίδονται και προφο-

ρικές και γραπτές μετεγχειρητικές οδηγίες και συνιστάται η επανεξέταση του μετά μία εβδομάδα εφόσον δεν συντρέχει λόγος για επανεξέταση συντομότερα

Η μέθοδος της γενικής αναισθησίας, όταν συνδυάζεται με τον ορθό σχεδιασμό της θεραπείας και με την απαιτούμενη εμπειρία και συνεργασία της επεμβαίνουσας οδοντιατρικής, ιατρικής και νοσηλευτικής ομάδας, δίνει τη δυνατότητα παροχής ασφαλούς, απο-

τελεσματικής και ολοκληρωμένης ποιοτικής θεραπείας στα ΑμεΑ σε μία και μόνη συνεδρία.

#### **Συμπέρασμα**

Η γενική αναισθησία, υπό την προϋπόθεση της τήρησης των ενδεδειγμένων κατά περίπτωση κανόνων, αποτελεί μία ασφαλή μέθοδο για παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης τόσο σε ειδικούς όσο και σε μη ειδικούς ασθενείς.



---

# ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

## ΕΙΣ1

### ΠΑΡΟΧΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΚΗ Η/ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

#### **Εισηγήτρια:**

Σωτηρία Γκιζάνη  
Λέκτορας Παιδοδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή,  
ΕΚΠΑ

Στη βιβλιογραφία, τόσο σε διεθνές όσο και σε εθνικό επίπεδο, υπάρχει ομοφωνία ότι τα άτομα με ειδικές ανάγκες έχουν μεγάλη ανάγκη παροχής οδοντιατρικής θεραπείας. Οι κυριότεροι παράγοντες που έχουν αναφερθεί ότι συμβάλλουν στην έλλειψη παροχής οδοντιατρικής θεραπείας στα άτομα με ειδικές ανάγκες είναι: α) δυσκολία στην επικοινωνία με τον οδοντίατρο, β) δυσκολίες στην πρόσβαση στο οδοντιατρείο, γ) ανεπαρκής κάλυψη της οδοντιατρικής θεραπείας από τους ασφαλιστικούς φορείς δ) αμέλεια των γονέων για την αναζήτηση οδοντιατρικής θεραπείας του παιδιού τους εξαιτίας της άγνοιάς τους για τις επιπτώσεις των οδοντιατρικών νόσων στο στοματογναθικό σύστημα και στη γενική του υγεία, ε) απροθυμία/άρνηση των γονέων για οδοντιατρική θεραπεία, στ) ελλιπής εκπαίδευση των οδοντιάτρων και του βοηθητικού προσωπικού για την αντιμετώπιση αυτών των ασθενών, ζ) πολύ περιορισμένη παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε νοσοκομεία με συνθήκες γενικής αναισθησίας.

Πρόσφατα στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε μελέτη με σκοπό την καταγραφή στοιχείων σχετικά με την παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε άτομα με σωματική και νοητική διαταραχή (ΑΣΝΔ) και τη διερεύνηση της στάσης των οδοντιάτρων απέναντι στη θεραπεία των ατόμων αυτών. Για τον σκοπό αυτό, διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο σε 534 οδοντιάτρους που παρακολούθησαν τις εργασίες του 26<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας και συλλέχθηκαν πληροφορίες για τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των οδοντιάτρων, την παροχή θεραπείας σε ΑΣΝΔ καθώς και τη στάση και άποψή τους για την παροχή φροντίδας στα άτομα αυτά. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η πλειοψηφία των οδοντιάτρων που συμμετείχαν στη μελέτη ασκούσαν γενική οδοντιατρική και ήταν πρόθυμοι να παρέχουν θεραπεία στα ΑΣΝΔ, όπως και έκαναν, παρά το γεγονός ότι μόνο το 1/3 από αυτούς έχουν ειδικευθεί στη θεραπεία αυτών των ατόμων. Παρ'όλα αυτά, διαπιστώθηκε ότι ορθοδοντική, ενδοδοντική και περιοδοντική θεραπεία καθώς και προσθετική αποκατάσταση παρέχεται σπάνια στα ΑΣΝΔ.

Συμπερασματικά, κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση των οδοντιάτρων, σχετικά με την οδοντιατρική θεραπεία ατόμων με ειδικές ανάγκες, τόσο κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών και μεταπτυχιακών τους σπουδών όσο και δια βίου.

## ΕΙΣ2

### ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ – ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

#### **Εισηγήτρια:**

Θεονύμφη Ζουριδάκη  
Διευθύντρια Οδοντίατρος ΕΣΥ, Οδοντιατρικό Τμήμα,  
ΠαΓΝ Ηρακλείου

Τα διφωσφονικά είναι σχετικά καινούρια φάρμακα που όμως η συχνότητα χορήγησης τους αυξάνεται ραγδαία την τελευταία δεκαετία. Χορηγούνται ενδοφλεβίως κυρίως σε ασθενείς με κακοήθη υπερκαλσιμία, κακοήθη νεοπλασμάτα που δίδουν μεταστάσεις στα οστά, όπως ο καρκίνος του μαστού, του προστάτη και του πνεύμονα καθώς και κακοήθη νεοπλασμάτα που προκαλούν λυτικές βλάβες όπως το πολλαπλούν μυέλωμα. Πρόσφατα το Zoledronate (Aclasta) χορηγείται ενδοφλεβίως και στην οστεοπόρωση. Από το στόμα τα διφωσφονικά χορηγούνται κατά κανόνα για τη διαχείριση της οστεοπόρωσης, συχνά και της οστεοπενίας. Επίσης για την νόσο του Paget και την ατελή οστεογενεσία των παιδιών.

Η οστεονέκρωση των γνάθων αποτελεί μια μικρής συχνότητας αλλά αρκετά σοβαρή παρενέργεια των φαρμάκων αυτών. Οστεονέκρωση από διφωσφονικά ορίζεται η παρουσία αποκαλυμμένου νεκρωτικού οστού στην περιοχή των γνάθων για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 8 εβδομάδων σε ασθενή που δεν έχει υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου. Η διάγνωση τίθεται κυρίως από το ιστορικό και την κλινική εικόνα του ασθενή αλλά και από τον ακτινογραφικό έλεγχο (πανοραμική, αξονική ή μαγνητική τομογραφία) και την ιστολογική εξέταση εάν ενδείκνυται. Ανάλογα με τα κλινικά συμπτώματα η Αμερικανική Ένωση Στοματογναθοπροσωπικών Χειρουργών (AAOMS), η οστεονέκρωση των γνάθων κατατάσσεται σε 3 στάδια:

- Στάδιο 1: Αποκαλυμμένο νεκρωτικό οστό, ασυμπτωματικό χωρίς φλεγμονή
- Στάδιο 2: Αποκαλυμμένο νεκρωτικό οστό, με πόνο και φλεγμονή
- Στάδιο 3: Αποκαλυμμένο νεκρωτικό οστό, με πόνο και φλεγμονή. Επίσης εξωστοματικό συρίγγιο ή παθολογικό κάταγμα ή εκτεταμένη οστεόλυση.

Πρόσφατα έχει προστεθεί ένα τέταρτο, το Στάδιο 0, το οποίο περιλαμβάνει ασθενείς υψηλού κινδύνου χωρίς αποκαλυμμένο νεκρωτικό οστό αλλά με μη ειδικά κλινικά σημεία και συμπτώματα

Οι παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη οστεονέκρωσης των γνάθων διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

- Σχετιζόμενοι με το φάρμακο και αφορούν  
Α. Δραστικότητα διφωσφονικού (Zoledronate > Pamidronate > Aledronate)  
Β. Οδός χορήγησης (Ενδοφλέβια>Από του στόματος)  
Γ. Διάρκεια θεραπείας (Ισχυρότερα τα ενδοφλεβίως χορηγούμενα και τα από του στόματος αν χρονικό

- διάστημα > 3ετών)
- Τοπικοί παράγοντες
  - A. Οδοντοφατνιακή χειρουργική που περιλαμβάνει εξαγωγές, εμφυτεύματα, ακροριζεκτομή, χειρουργική του περιοδοντίου
  - B. Ανατομία της περιοχής
    - Κάτω γνάθος (έσω λοξή γραμμή, εξοστώσεις)
    - Άνω γνάθος (Υπερώια ογκώματα)
  - Γ. Συνυπάρχουσα φλεγμονή
  - Δ. Τραυματισμός
- Δημογραφικοί και συστηματικοί παράγοντες
  - Ηλικία, γένος, φυλή, είδος νεοπλασματος, χρόνια θεραπεία με κορτικοστεροειδή, χημειοθεραπεία

Για την εμφάνιση της οστεονέκρωσης σε ποσοστό 75-80% υπάρχει εκλυτικός παράγων.

Η οδοντιατρική διαχείριση της οστεονέκρωσης περιλαμβάνει την πρόληψη και την θεραπεία. Η πρόληψη πρέπει να εφαρμόζεται πριν την έναρξη της λήψης των διφωσφονικών φαρμάκων αλλά και κατά την διάρκεια που ο ασθενής τα λαμβάνει. Έτσι η πρόληψη περιλαμβάνει:

- A. Πριν την έναρξη της θεραπείας με διφωσφονικά
    - Ενημέρωση λεπτομερή του ασθενή
    - Συνεργασία οδοντίατρου-θεράποντα ιατρού
    - Πλήρη οδοντοστοματολογικό έλεγχο
    - Οδοντοθεραπεία (Εμφράξεις, ενδοδοντικές, περιοδοντικές θεραπείες, χειρουργικές επεμβάσεις με αντιβιοτική κάλυψη όπου απαιτείται)
    - Έλεγχο εφαρμογής οδοντοστοιχιών
    - Οδηγίες στοματικής υγιεινής και εκπαίδευση του ασθενή
    - Επανεξέταση κάθε 3-4 μήνες
  - B. Μετά την έναρξη της θεραπείας με διφωσφονικά σε ασυμπτωματικούς ασθενείς
- Ασθενείς σε θεραπεία με ενδοφλέβια διφωσφονικά
- Τακτικό οδοντοστοματολογικό έλεγχο
  - Συντηρητικές οδοντιατρικές θεραπείες
  - Αποφυγή χειρουργικών επεμβάσεων και οδοντικών εμφυτευμάτων
  - Έγγραφο συγκατάθεση ασθενή
- Ασθενείς σε θεραπεία με από του στόματος διφωσφονικά
- Χρόνος λήψης < 3 έτη χωρίς επιβαρυντικούς παράγοντες: Μικρός κίνδυνος για οστεονέκρωση στις χειρουργικές επεμβάσεις
  - Χρόνος λήψης > 3 έτη ή < 3 έτη αλλά με επιβαρυντικούς παράγοντες: έλεγχος επιπέδου C Τελοπεπτιδίου στον ορό (CTX). Αν τιμή 150pg/ml ή μεγαλύτερη μικρός κίνδυνος για οστεονέκρωση στις χειρουργικές επεμβάσεις. Αν τιμή CTX < 150pg/ml συνιστάται διακοπή θεραπείας μετά από συνεννόηση με τον θεράποντα και επανάληψη της εξέτασης κάθε τρεις μήνες μέχρι η τιμή του CTX φθάσει ή ξεπεράσει τα 150pg/ml.
  - Σε κάθε περίπτωση έγγραφη συγκατάθεση ασθενή
- Η θεραπευτική αντιμετώπιση της οστεονέκρωσης στοχεύει στο έλεγχο του πόνου, στην πρόληψη των επιπλοκών, στην παρεμπόδιση επέκτασης της βλάβης και στην αποφυγή δημιουργίας οστεομυελίτιδας. Διακρίνε-

ται σε συντηρητική και χειρουργική ανάλογα με το στάδιο της.

- Στάδιο 0: έλεγχος του πόνου και των λοιμώξεων
- Στάδιο 1: Αντιμικροβιακές πλύσεις (χλωρεξιδίνη 0,12%)
- Στάδιο 2: Αντιμικροβιακές πλύσεις σε συνδυασμό με αντιβιοτική θεραπεία
  - Μη αλλεργικοί στην πενικιλίνη: Αμοξικιλίνη 500mgX4 για 14 ημέρες
  - Σε ανθεκτικές περιπτώσεις προστίθεται: Μετρονιδαζόλη 500mgX3
  - Αλλεργικοί στην πενικιλίνη: Δοξικικιλίνη 100mgX1, Αζιθρομυκίνη 500mgX1
- Στάδιο 3: Χειρουργική αφαίρεση των νεκρωτικών οστικών τμημάτων με συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών και αναλγητικών

Συστήνεται διακοπή της θεραπείας με διφωσφονικά, πάντα σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό, συνυπολογίζοντας τον κίνδυνο και το όφελος για τον ασθενή. Η διακοπή έχει συσχετισθεί με σταδιακή βελτίωση της κλινικής εικόνας της οστεονέκρωσης.

Συμπερασματικά, ένα σχολαστικό ιστορικό, η συνεργασία θεράποντα ιατρού - οδοντίατρου, ο έλεγχος του CTX, η λεπτομερής ενημέρωση και η έγγραφη συγκατάθεση του ασθενή και οι όσο το δυνατόν συντηρητικές θεραπείες βοηθούν στη μείωση της εμφάνισης οστεονέκρωσης σε ασθενείς που έχουν λάβει ή συνεχίζουν να λαμβάνουν θεραπεία με διφωσφονικά φάρμακα.

### ΕΙΣ3

#### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

##### Εισηγητής:

Δρ Κωνσταντίνος Βλασιάδης  
Επιμελητής Β' Οδοντίατρος ΕΣΥ, Οδοντιατρικό Τμήμα,  
ΠαΓΝ Ηρακλείου

Ο όρος επαγγελματική ικανοποίηση αναφέρεται στη θετική συναισθηματική κατάσταση που πηγάζει από την εργασιακή εμπειρία του ατόμου. Το επιστημονικό ενδιαφέρον για την επαγγελματική ικανοποίηση της οδοντιατρικής ομάδας προήλθε από την ανάγκη καθιέρωσης αποτελεσματικής εργασίας στο χώρο του οδοντιατρείου. Έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες για την ερμηνεία του φαινομένου της επαγγελματικής ικανοποίησης και τη σημαντικότητά της. Οι κυριότερες από αυτές εξετάζουν τις ανάγκες, τις επιθυμίες και προτιμήσεις του ατόμου, καθώς επίσης και το επίπεδο εκπλήρωσης των προσδοκιών και αναγκών που αντιλαμβάνεται ο εργαζόμενος ότι θα ικανοποιηθούν από την εργασία του. Οι δημοφιλέστερες θεωρίες αναφέρονται στις ανάγκες και στις ανταμοιβές που τις ικανοποιούν καθώς επίσης και στον τρόπο αλληλεπίδρασης των επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τις ανάγκες, προσδοκίες και αξίες των

εργαζομένων. Προσπαθούν, δηλαδή, να καθορίσουν τι υποκινεί τους εργαζόμενους και επικεντρώνονται στον τύπο των κινήτρων και τους στόχους που αγωνίζονται να εκπληρώσουν προκειμένου να νιώσουν ικανοποιημένοι και αποδοτικοί στην εργασία τους.

Οι θεωρίες επαγγελματικής ικανοποίησης μπορούν να εφαρμοστούν στο οδοντιατρείο και, μάλιστα, κρίνονται απαραίτητες, καθώς αφενός λειτουργεί σε καταστάσεις επαγγελματικού άγχους και αφετέρου οι οδοντίατροι δεν έχουν λάβει στη πανεπιστημιακή τους εκπαίδευση γνώσεις επιστημών συμπεριφοράς.

Οι κυριότεροι παράγοντες που ικανοποιούν επαγγελματικά το προσωπικό του οδοντιατρείου είναι η εργασία η ίδια, το σύστημα αμοιβών, οι παρεχόμενες δυνατότητες εξέλιξης, οι σχέσεις με τους συναδέλφους και το σύστημα άσκησης εποπτείας. Επίσης, η καλλιέργεια αισθήματος ασφάλειας κατά την εκτέλεση της εργασίας, η ενθάρρυνση κάθε μορφής διαπροσωπικής επικοινωνίας, η συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων και η αναγνώριση του έργου τους από τη διοίκηση αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που μπορούν να συμβάλλουν στη δημιουργία επαγγελματικής ικανοποίησης.

Αντίθετα, τα στοιχεία που αποτρέπουν την επαγγελματική ικανοποίηση είναι οι διακρίσεις μεταξύ των μελών του προσωπικού, εύνοια της διοίκησης σε συγκεκριμένα άτομα και μη δίκαιη αντιμετώπιση όλων των μελών, μη αναγνώριση των προσπαθειών από όλη την ομάδα, διοίκηση που υποφέρει από επαγγελματική εξουθένωση και φόβος για επιβολή ποινών.

Ο ρόλος της διοίκησης στην επαγγελματική ικανοποίηση όλης της οδοντιατρικής ομάδας είναι καθοριστικός. Προσπαθεί να κάνει την εργασία όσο πιο ενδιαφέρουσα γίνεται με το να προβάλλει το όραμα της επιχείρησης και να τονίσει την αξία των εργαζομένων στην ικανοποίηση του ασθενή και στην επιτυχή λειτουργία του οδοντιατρείου. Δίνει την δυνατότητα συμμετοχής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, ενδυναμώνει την αυτοεκτίμησή τους και αναγνωρίζει και ανταμείβει την επιτυχή εργασία. Δημιουργεί την εικόνα της επιτυχημένης επιχείρησης, θέτει ξεκάθαρα κριτήρια και ξεκαθαρίζει το πεδίο δράσης του καθενός ανάλογα με την εμπειρία και τις ικανότητές του. Η σαφής καθοδήγηση των εργαζομένων, η αναγνώριση των προσπαθειών τους και η άμεση ανταμοιβή τους με κάθε μορφής κίνητρα θα οδηγήσουν στην επαγγελματική ικανοποίηση του προσωπικού του οδοντιατρείου.

#### ΕΙΣ4

### Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ

#### **Εισηγήτρια:**

Αναστασία Κοσιώνη

Επίκουρη Καθηγήτρια Κινητής Προσθετικής, Οδοντια-

τρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των υγειονομικών αποτελεί αδιαμφισβήτητη επιστημονική και κοινωνική αναγκαιότητα. Ωστόσο η πιεστική καθημερινότητα αποτελεί συχνά εμπόδιο για τη συμμετοχή του σκληρά εργαζόμενου υγειονομικού σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες.

Η τεχνολογία της πληροφορίας και της επικοινωνίας (Information and Communication Technology/ ICT) υποστηρίζει εκπαιδευτικές δραστηριότητες ευέλικτες, ρεαλιστικές, αλληλεπιδραστικές, μετρήσιμες και φιλικές προς το χρήστη. Υποστηρίζει την επιστημονική μας ενημέρωση και τη διάχυση της πληροφορίας μέσα από ποικίλες εφαρμογές (PubMed, Scopus, Wikipedia), την επικοινωνία και την ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών (περιοχές συζητήσεων, ηλεκτρονικό ταχυδρομείο), τη διδασκαλία και επικοινωνία από απόσταση (τηλεδιασκέψεις, webinars), την ενημέρωση και εκπαίδευση μέσα από αλληλεπιδραστικές ηλεκτρονικές εφαρμογές (εκπαιδευτικές ιστοσελίδες, εικονικοί κόσμοι, εικονικοί ασθενείς). Οι ηλεκτρονικές αυτές εφαρμογές υποστηρίζουν την αυτοκατευθυνόμενη μάθηση που αποτελεί συλλοβάτη στην εκπαίδευση ενηλίκων.

Έχουν επίσης αναπτυχθεί ολοκληρωμένα συστήματα οργάνωσης και διαχείρισης ηλεκτρονικών εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων (Moodle, Claroline, e-class). Οι πλατφόρμες αυτές δίνουν τη δυνατότητα στον εκπαιδευτή να παρουσιάζει, να αποθηκεύει και να διαχειρίζεται το υλικό του, το οποίο μπορεί να έχει όποια μορφή επιθυμεί, να αναρτά ανακοινώσεις, ασκήσεις, συνδέσμους και ερωτηματολόγια μέσα σε ένα περιβάλλον εύκολο στη χρήση.

Ένα παράδειγμα σύγχρονης διαδραστικής εφαρμογής που αποσκοπεί κυρίως στην ενίσχυση της δεξιότητας επίλυσης κλινικών προβλημάτων είναι οι «εικονικοί ασθενείς». Οι «εικονικοί ασθενείς» αποτελούν προσομοιώσεις ρεαλιστικών καταστάσεων που αντιμετωπίζουμε στην καθημερινή κλινική πράξη. Ο εκπαιδευόμενος έρχεται αντιμέτωπος με προβλήματα τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει μέσα από την «ασφάλεια» του υπολογιστή του. Η εκπαιδευτική σημαντικότητα ενισχύεται ιδιαίτερα σε καταστάσεις οι οποίες είτε είναι σπάνιες είτε δεν παρουσιάζονται συχνά στη συμβατική εκπαίδευση (πχ αντιμετώπιση οξέος προβλήματος στο ιατρείο). Ένα αντίστοιχο περιστατικό χρησιμοποιείται στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών στα πλαίσια του μαθήματος της Γηροδοντιατρικής για να εκπαιδεύσει τους φοιτητές στην ιδιαίτερη αντιμετώπιση ενός ιατρικά επιβαρημένου ασθενή. Η σύγχρονη εκπαιδευτική τεχνολογία επιτρέπει την επιμόρφωση των υγειονομικών σε γνωστικές περιοχές όπου δεν υπάρχει ικανός αριθμός εκπαιδευτών (πχ. στη Γηριατρική). Μη κερδοσκοπικοί φορείς, επιστημονικές εταιρείες και ακαδημαϊκά ιδρύματα προσφέρουν εκπαιδευτικό υλικό και σεμινάρια μέσω του ηλεκτρονικού υπολογιστή. Είναι εξαιρετικά σημαντικό ότι εμφανίζονται όλο και περισσότεροι διαδικτυακοί τόποι όπου μπορεί κανείς να βρει εκπαιδευτικό υλικό το οποίο έχει ελεγχθεί από κριτές διασφαλίζοντας έτσι την εγκυρότητά του



(πχ. MedEdPortal).

Μία ακόμα σημαντική εφαρμογή της ηλεκτρονικής εκπαίδευσης είναι τα μεταπτυχιακά διπλώματα εξ αποστάσεως τα οποία συνδυάζουν την εκπαίδευση από απόσταση και κάποιες πρόσωπο με πρόσωπο συναντήσεις. Τέτοιο παράδειγμα αποτελεί το Ευρωπαϊκό Master στη Γεροντολογία, το οποίο αναπτύχθηκε και διδάσκεται από περισσότερα από 20 Ευρωπαϊκά Πανεπιστήμια και περιλαμβάνει εκπαίδευση από απόσταση και κάποια συμβατικά σεμινάρια σε διάφορες ευρωπαϊκές πόλεις. Ένα πολύ σημαντικό ευρωπαϊκό πρόγραμμα σε εξέλιξη είναι το DentCPD\*, το οποίο στοχεύει στην ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση που παρέχεται από τις Οδοντιατρικές Σχολές και άλλους παρόχους, αλλά και στην ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών για την παροχή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης από απόσταση μέσω του ηλεκτρονικού υπολογιστή. Η ανάπτυξη σχετικών κατευθυντήριων οδηγιών και η ανάρτηση στο διαδίκτυο ενός υποδειγματικού ηλεκτρονικού μαθήματος με ανοικτή δωρεάν πρόσβαση θα βοηθήσει όλους τους παρόχους συνεχιζόμενης Οδοντιατρικής Εκπαίδευσης στην Ευρώπη να οργανώσουν αποτελεσματικά μετεκπαιδευτικά μαθήματα χαμηλού κόστους.

\*DentCPD (Harmonization and standardization of European Dental Schools' programs of Continuing Professional Development for Graduate Dentists). PROJECT NUMBER: 509961-LLP-1-2010-1-UK-ERASMUS-EMHE. Χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και τους ακαδημαϊκούς ετέρους Πανεπιστήμια Αθηνών, Cardiff, Helsinki, Riga, ACTA και ADEE (Association for Dental Education in Europe). SARG/NKUA project number: 70/3/10613

### ΕΙΣ5

#### ΤΟ ΝΕΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΓΗΡΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ.

##### Εισηγητής:

Ηρακλής Καρκαζής  
Αναπλ. Καθηγητής Κινητής Προσθητικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Τα ιστορικά στοιχεία που αφορούν την πορεία προς την εδραίωση της Γηροδοντιατρικής στην οδοντιατρική εκπαίδευση αλλά και στη συνείδηση του ευρύτερου οδοντιατρικού σώματος έχουν κατ' επανάληψιν προβληθεί μέσα από πολύχρονη και εκτεταμένη αρθρογραφία, εισηγήσεις και σεμινάρια.

Στην παρουσίαση αυτή θα κάνουμε μία συνοπτική παρουσίαση του συγκεκριμένου θέματος αναδεικνύοντας κυρίως το ειδικό του βάρος στη σύγχρονη οδοντιατρική εκπαίδευση. Η ραγδαία δημογραφική αλλαγή με κύριο χαρακτηριστικό την αύξηση του ποσοστού των ηλικιω-

μένων που παρατηρήθηκε τις τελευταίες δεκαετίες στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες και στις ΗΠΑ, επηρέασε τις κοινωνικές πολιτικές αλλά και τα εκπαιδευτικά προγράμματα στο χώρο των επιστημών υγείας.

Η Γηροδοντιατρική ως οριοθετημένη περιοχή της οδοντιατρικής εμφανίζεται για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1970 στις σκανδιναβικές χώρες και στην Αγγλία. Στη χώρα μας και ειδικότερα στην Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών οι πρώτες διδακτικές απόπειρες τοποθετούνται στα μέσα τις δεκαετίας του 1980. Εικοσιπέντε χρόνια αργότερα και ακολουθώντας τις διεθνείς εξελίξεις αλλά και τις σχετικές οδηγίες Ευρωπαϊκών οργανισμών, το μάθημα της Γηροδοντιατρικής διδάσκεται πλέον αυτόνομα στα πλαίσια ενός ομώνυμου γνωστικού αντικειμένου.

### ΕΙΣ6

#### ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΟΣΤΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΝΟΡΑΜΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

##### Εισηγητής:

Κωνσταντίνος Τσιχλάκης  
Καθηγητής Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Η ακτινολογική διερεύνηση των οστικών αλλοιώσεων των γνάθων περιλαμβάνει την πανοραμική ακτινογραφία και ορισμένες φορές τις σύγχρονες απεικονιστικές τεχνικές όπως την Υπολογιστική (Αξονική) τομογραφία και τη Μαγνητική τομογραφία. Τελευταία, η οδοντιατρική υπολογιστική τομογραφία βασιζόμενη στην τεχνική χαμηλής δόσης κωνικής δέσμης (low dose cone beam technique), έκανε την είσοδο της στην κλινική πράξη σαν μια νέα απεικονιστική μέθοδος.

Από τις συμβατικές ακτινογραφικές τεχνικές η πανοραμική ακτινογραφία είναι η βασική ακτινογραφική εξέταση στην οποία θα γίνει η αρχική εκτίμηση της κατάστασης και το πρωταρχικό σχέδιο θεραπείας. Μειονεκτήματα της πανοραμικής ακτινογραφίας είναι η παραμόρφωση και μεγέθυνση της εικόνας, οι επιπροβολές ανατομικών μορίων, ιδιαίτερα στην άνω γνάθο, καθώς και η αδυναμία απεικόνισης της τρίτης διάστασης, δηλαδή της παρειογλωσσικής επέκτασης των οστικών αλλοιώσεων. Η υπολογιστική τομογραφία είναι μία απεικονιστική εξέταση που βασίζεται στον ανασχηματισμό (reconstruction) της εσωτερικής μορφολογίας των διαφόρων οργάνων του σώματος από την ανασύνθεση πολλαπλών προβολών της περιοχής του σώματος που εξετάζεται.

Την τελευταία δεκαετία κυκλοφόρησαν στο εμπόριο ειδικοί οδοντιατρικοί υπολογιστικοί τομογράφοι για την εξέταση αποκλειστικά της γναθοπροσωπικής περιοχής και οι οποίοι βασίζονται στην αρχή της "χαμηλής δόσης, κωνικής δέσμης υπολογιστικής τομογραφίας". Η αρχή λειτουργίας του συστήματος διαφέρει από τους ιατρι-

κούς αξονικούς τομογράφους, κυρίως ως προς το ότι δεν απαιτείται η αρχική λήψη των εγκάρσιων τομών για την περαιτέρω ανασύνθεση της εικόνας, αλλά αυτές οι εγκάρσιες τομές δημιουργούνται ψηφιακά από τον ηλεκτρονικό υπολογιστή του συστήματος, έπειτα από επεξεργασία του ψηφιακού ειδώλου του αντικειμένου που ακτινοβολήθηκε. Σε αντίθεση με τον αξονικό τομογράφο η πηγή ακτινοβολίας περιστρέφεται μία μόνο φορά, κατά 360° γύρω από τον ασθενή, ενώ η ακτινολογική τράπεζα παραμένει ακίνητη. Πρόσφατη εξέλιξη των συστημάτων αυτών είναι η τοποθέτηση του ασθενή σε όρθια ή καθιστή θέση και η ενσωμάτωση των επιπέδων ανιχνευτών (flat panel detectors) με αποτέλεσμα εικόνες με μεγαλύτερη διακριτική ικανότητα και λεπτομέρεια. Βασική όμως προϋπόθεση για την ασφαλή διάγνωση αποτελεί η άριστη γνώση της ακτινοανατομίας της γναθοπροσωπικής περιοχής και ιδιαίτερα κατά το εγκάρσιο επίπεδο, καθώς και η γνώση της παθολογίας και των ακτινογραφικών χαρακτηριστικών των οστικών αλλοιώσεων των γνάθων.

Σκοπός της εισήγησης αυτής είναι η ενημέρωση του κλινικού για τις δυνατότητες απεικόνισης των οστών των γνάθων με τις σύγχρονες τεχνικές και η σύγκριση των δυνατοτήτων της πανοραμικής με την οδοντιατρική υπολογιστική τομογραφία. Θα αναφερθούν εν συντομία: Βασικές έννοιες ακτινοανατομίας της γναθοπροσωπικής περιοχής, η αρχή λειτουργίας της οδοντιατρικής υπολογιστικής τομογραφίας, οι εξελιγμένες δυνατότητες που παρέχει στην απεικόνιση των σκληρών ανατομικών δομών καθώς και η παράθεση κλινικών περιστατικών όπου η χρήση της τεχνικής αυτής ήταν πρωταρχικής σημασίας για τη διάγνωση και την ασφαλή αντιμετώπιση της παθολογικής κατάστασης.

## ΕΙΣ7

### Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΟΞΕΙΔΩΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΛΥΤΕΡΗΔΟΝΙΣΜΕΝΩΝ ΟΠΙΣΘΙΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ

#### Εισηγητής:

Δρ Νίκος Α. Λυγιδάκης

Υφηγητής Παιδοδοντιατρικής Παν/μίου Leeds, UK.

Οι προκατασκευασμένες μεταλλικές στεφάνες είναι στεφάνες Ni-Chro, τις οποίες προσαρμόζουμε σε ένα συγκεκριμένο νεογιλό ή μόνιμο δόντι και κολλάμε με ένα βιοσυμβατό υλικό. Η σύσταση τους σήμερα είναι σίδηρος 10%, χρώμιο 16%, Νικέλιο 72% και άλλα μέταλλα 2%. Πρωτοεμφανίστηκαν στην Παιδοδοντιατρική το 1950, από τον Humphrey και από τότε αποτελούν ένα εξαιρετικό θεραπευτικό όπλο στα χέρια του κλινικού Οδοντιάτρου και Παιδοδοντιάτρου.

Οι προκατασκευασμένες μεταλλικές στεφάνες έχουν μεγάλη διάρκεια ζωής, είναι σχετικά οικονομική λύση μακροπρόθεσμα, απαιτούν ελάχιστη προετοιμασία του δοντιού για την τοποθέτησή τους, προσφέρουν το πλεονέκτημα της πλήρους μυλικής κάλυψης του δοντιού,

θεωρούνται καλύτερη λύση από τις μεγάλες, πολλών επιφανειών, αποκαταστάσεις αμαλγάματος και τέλος πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι έχουν πολύ μεγαλύτερη διάρκεια ζωής από τις αποκαταστάσεις αμαλγάματος ή ρητίνης, δύο ή τριών επιφανειών.

Οι ενδείξεις της τοποθέτησης των στεφανών αυτών είναι οι ακόλουθες: 1. Αποκαταστάσεις δοντιών με εκτεταμένη τερηδονική βλάβη, 2. Αποκαταστάσεις νεογιλών δοντιών μετά από πολυτομή ή ενδοδοντική θεραπεία, 3. Αποκαταστάσεις δοντιών με υποπλασία ή υπενασβεστίωση της αδαμαντίνης, 4. Αποκαταστάσεις νεογιλών δοντιών με κληρονομικές οδοντικές ανωμαλίες όπως ατελής οδοντινογένεση ή ατελής αδαμαντινογένεση, 5. Αποκαταστάσεις δοντιών σε άτομα με ειδικές ανάγκες ή σε άτομα με εξαιρετικά φτωχή στοματική υγιεινή όπου η αποτυχία των άλλων υλικών αποκατάστασης είναι πολύ πιθανή, 6. Αποκαταστάσεις δοντιών σε παιδιά υψηλού κινδύνου για τερηδόνα με χαμηλό επίπεδο συνεργασίας (λόγω μικρής ηλικίας, προβλημάτων συμπεριφοράς, επιβαρυσμένου ιατρικού ιστορικού), 7. Αποτελεί ισχυρή ένδειξη σε παιδιά που απαιτείται γενική αναισθησία για την οδοντιατρική τους θεραπεία, 8. Σαν στήριγμα για μηχανήματα διατηρήσεως χώρου ή προσθετικές αποκαταστάσεις, και 9. Αποκαταστάσεις δοντιών σε παιδιά με βρουξισμό.

Τα κριτήρια της σωστής τοποθέτησης της στεφάνης είναι τα ακόλουθα: 1. Η καλή εφαρμογή στον αυχένα του δοντιού, 2. Η απόδοση των σημείων επαφής με τα παρακείμενα δόντια, 3. Η επέκταση της στεφάνης στην ουλοδοντική σχισμή μέχρι 1 mm, 4. Η μη παρεμπόδιση της σύγκλεισης, και 5. Η καλή συγκόλληση με κονία.

Σε ορισμένες ειδικές κλινικές περιπτώσεις όπως α) τοποθέτηση στεφανών σε διπλανά δόντια, β) τοποθέτηση στεφάνης σε περιοχή με απώλεια μεσοδόντιου χώρου, γ) τοποθέτηση στεφάνης μαζί με τοπικό μηχανήμα διατήρησης χώρου, απαιτείται διαφοροποίηση της τεχνικής τοποθέτησης των στεφανών με στόχο τη διόρθωση του τοπικού προβλήματος ταυτόχρονα με την αποκατάσταση του πολυτερηδονισμένου δοντιού.

Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι βιομηχανία των βιολιικών προσπαθεί εντατικά τα τελευταία χρόνια να ολοκληρώσει τη παραγωγή και να διαθέσει στην ιατρική αγορά στεφάνες με καλύτερα αισθητικά χαρακτηριστικά.

## ΕΙΣ8

### ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΣΚΛΗΡΩΝ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΙΣΤΩΝ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

#### Εισηγητής:

Ηλίας Μπερδούσης

Παιδοδοντίατρος, Γεν. Γραμματέας Ελληνικής Παιδοδοντιατρικής Εταιρείας

Σκοπός αυτής της παρουσίασης είναι να δοθούν βασικά

κλινικά σημεία και πληροφορίες που θα βοηθήσουν τον κλινικό οδοντίατρο να αντιμετωπίσει τους πιο συχνούς τραυματισμούς των σκληρών οδοντικών ιστών μονίμων δοντιών με σωστό και αποτελεσματικό τρόπο. Αρχικά δίνεται μια πολύ σύντομη επιδημιολογική εικόνα των οδοντικών τραυματισμών και μερικές γενικές αρχές καθώς και το σκεπτικό αντιμετώπισης των οδοντικών τραυματισμών. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι γενικές κατευθύνσεις λήψεως ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού και κλινικής εξέτασης του ασθενή και τα ουσιαστικά σημεία που πρέπει να αξιολογούνται σ' αυτή την αρχική φάση αντιμετώπισης ενός τραυματισμού. Παρουσιάζεται με συντομία ο ρόλος του ακτινογραφικού ελέγχου και του ελέγχου ζωτικότητας του πολφού. Όλα αυτά τα στοιχεία συζητούνται σε μια συνδυαστική προοπτική με την κλινική εικόνα του τραυματισμού και την αντιμετώπισή του.

Μετά το πολύ σύντομο εισαγωγικό αυτό μέρος γίνεται η ταξινόμηση των οδοντικών τραυματισμών και παρουσιάζονται κλινικά περιστατικά μαζί με την άμεση αλλά και την συνεχόμενη αντιμετώπιση που απαιτούν. Παρουσιάζονται κατάγματα αδαμαντίνης και αδαμαντίνης-οδοντίνης με την αποκατάστασή τους τόσο με σύνθετες ρητίνες όσο και με επανασυγκόλληση του κατεαγόντος τμήματος. Περιγράφονται τεχνικές επανασυγκόλλησης και δίνονται συμβουλές για την πιο ανθεκτική εκδοχή της που περιλαμβάνει μικρή λοξοτόμηση των ορίων του κατάγματος και στο δόντι και στο κομμάτι και την τοποθέτηση ρητίνης περιμετρικά της γραμμής του κατάγματος.

Η επόμενη κατηγορία τραυματισμών είναι τραυματισμοί σκληρών ιστών με εμπλοκή του πολφού. Σ' αυτή την κατηγορία συζητούνται περιστατικά άμεσης και έμμεσης κάλυψης με υδροξειδίο του ασβεστίου καθώς επίσης και μερικής πολφοτομής (πολφοτομή Cvek), αυχενικής πολφοτομής και πολφεκτομής. Παρουσιάζεται η μερική πολφοτομή όπου γίνεται αφαίρεση πολφού σε μικρό βάθος και η τοποθέτηση σκόνης υδροξειδίου του ασβεστίου και IRM καθώς επίσης οι ενδείξεις και τα πλεονεκτήματα της χρήσης της και η αποτελεσματικότητά της. Παρουσιάζονται τραύματα που αντιμετωπίστηκαν με αυχενική πορφοτομή και πολφεκτομή καθώς και η εξέλιξή τους στο χρόνο. Ακόμα παρουσιάζεται ένα περιστατικό με αδιάπλαστο ακρορρίζιο και αντιμετώπιση με πολφεκτομή και χρήση υδροξειδίου του ασβεστίου για να κλείσει το ακρορρίζιο. Επίσης παρουσιάζονται οι τελευταίες απόψεις για την επαναγγείωση του ριζικού σωλήνα σε δόντια με αδιάπλαστο ακρορρίζιο. Συζητούνται επίσης κλινικά περιστατικά με συνδυασμό πολφικής εμπλοκής (άμεσης κάλυψης ή μερικής πολφοτομής) και επανασυγκόλλησης του κατεαγόντος κομματιού. Επίσης θα παρουσιαστούν περιπτώσεις καταγμάτων ρίζας αυχενικού, μέσου και ακρορριζικού τριτημορίου και θα περιγραφούν οι τελευταίες απόψεις για την σωστή ακινητοποίηση των δοντιών.

Επίσης θα παρουσιαστεί και ένα περιστατικό πολλαπλών τραυματισμών και η αντιμετώπισή του στα διάφορα στάδια του. Ο αρχικός τραυματισμός ήταν κά-

ταγμα ρίζας μέσου τριτημορίου που ακινητοποιήθηκε και μετά 1 χρόνο δεν εμφάνιζε κανένα σύμπτωμα. Ένα χρόνο μετά έγινε κάταγμα ρίζας αυχενικού τριτημορίου. Το δόντι ακινητοποιήθηκε πάλι, έγινε γρήγορη ορθοδοντική έλξη για να εμφανιστεί η γραμμή του κατάγματος, στη διαδικασία αυτή έγινε και συνδεσμοτομή και τέλος αισθητική αποκατάσταση και ακινητοποίηση.

Ακόμα θα συζητηθούν τα χαρακτηριστικά της σωστής ακινητοποίησης για οδοντικούς τραυματισμούς και θα παρουσιαστούν και περιστατικά λάθος τοποθέτησης ακινητοποίησης σε περιπτώσεις οδοντικών τραυματισμών.

Τέλος θα δοθούν μερικά παραδείγματα περιστατικών που έχουν ιδιαίτερο κλινικό ενδιαφέρον λόγω ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που δεν εμπίπτουν αποκλειστικά σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες.

---

### ΕΙΣ9

#### Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΥΣΗ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

##### Εισηγήτρια:

Καίτη Καραγιάννη

Καθηγήτρια, Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Η Ιατροδικαστική του Στόματος υπηρετεί την απονομή της Δικαιοσύνης, συμβάλλοντας στην επίλυση υποθέσεων Ιατροδικαστικού ενδιαφέροντος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ενδυνάμωση της κοινωνικής προσφοράς της οδοντιατρικής επιστήμης.

Η Ιατροδικαστική του Στόματος δεν είναι μια καινούργια ειδικότητα της Οδοντιατρικής. Γνώρισε μεγάλη ανάπτυξη τα τελευταία 20 χρόνια αν και οι ρίζες της πάνε πολύ πίσω στην Ιστορία. Σε αυτό συνέβαλε η ραγδαία αύξηση της εγκληματικότητας, των μαζικών καταστροφών και των μετακινήσεων των πληθυσμών.

Η συμβολή της Ιατροδικαστικής του Στόματος στην επίλυση υποθέσεων ιατροδικαστικού ενδιαφέροντος (όπως στην ταυτοποίηση πτωμάτων αγνώστων στοιχείων, τον προσδιορισμό της ηλικίας ατόμων αγνώστου ταυτότητας, την κακοποίηση ατόμων, τη συμβολή σε μαζικές καταστροφές), στηρίζεται στο γεγονός ότι από όλα τα στοιχεία του στοματογναθικού συστήματος, τα δόντια και τα υλικά αποκατάστασης παραμένουν αναλλοίωτα ακόμα και σε ακραίες συνθήκες λόγω φύσης και θέσης. Οποιοδήποτε οδοντογναθικό εύρημα με την κατάλληλη αξιοποίηση είναι δυνατόν να αποτελέσει πολύτιμο στοιχείο για την επίλυση υποθέσεων ιατροδικαστικού ενδιαφέροντος. Ο οδοντίατρος διαθέτει την επιστημονική γνώση και την κλινική εμπειρία να αναγνωρίζει και να αξιολογεί τα ιδιαίτερα χαρα-

κτηριστικά του στοματογναθικού συστήματος, καθώς και των υλικών αποκατάστασης που χρησιμοποιούνται. Διαθέτει επίσης την ικανότητα να αξιολογεί τις μεταβολές που συμβαίνουν με την πάροδο του χρόνου στο στοματογναθικό σύστημα και έτσι να αναγνωρίζει τις δυναμικές μεταβολές που μπορεί να υπάρχουν στα στοιχεία που έχει να συγκρίνει και να αξιολογήσει. Σκοπός της εισήγησης αυτής είναι να παρουσιάσει πόσο σημαντική και πολλές καταλυτική είναι η συμβολή της Ιατροδικαστικής του στόματος στην επίλυση υποθέσεων Ιατροδικαστικού ενδιαφέροντος.

---

### ΕΙΣ10

#### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΗ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΧΩΡΙΣ ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

##### **Εισηγητής:**

Νικόλαος Κουβελάς

Επικ. Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

---

### ΕΙΣ11

#### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΜΕ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΟΥ: ΝΕΩΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

##### **Εισηγητής:**

Νικολιδάκης Δημήτρης

Περιοδοντολόγος, MSc, PhD

Άμεση συνέπεια της φλεγμονής του περιοδοντίου είναι η καταστροφή του περιρριζίου και η εμφάνιση ενδοοστικών βλαβών που είναι ικανές να οδηγήσουν στην απώλεια των δοντιών λόγω της μειωμένης περιοδοντικής στήριξης. Η περιοδοντική αναγέννηση ή ανάπτυξη των απολεσθέντων περιοδοντικών ιστών (οστεΐνη, περιρρίζιο, φατνιακό οστό) μέσω κατάλληλων χειρουργικών τεχνικών και εφαρμογής συγκεκριμένων βιοϋλικών αποτελεί ικανή θεραπευτική λύση η οποία μπορεί να παρεμποδίσει την απώλεια των δοντιών. Η αποκατάσταση των περιοδοντικών ιστών που χάθηκαν ως συνέπεια της περιοδοντικής νόσου έχει υποστηριχθεί βιβλιογραφικά σε αρκετές κλινικές έρευνες σε ασθενείς αλλά και πειραματόζωα και μπορεί να επιτευχθεί με διάφορα είδη βιοϋλικών. Μόνο όμως οι ιστολογικές μελέτες σε ασθενείς μπορούν να αποδείξουν την ουσιαστική αναγέννηση του περιοδοντίου με την “εκ νέου” παραγωγή όλων των ιστών που το απαρτίζουν.

Σκοπός της εισήγησης αυτής είναι να ενημερώσει για τις διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις αποκατάστασης των απολεσθέντων περιοδοντικών ιστών που

στοχεύουν στην περιοδοντική αναγέννηση, να παρουσιάσει τα συμπεράσματα μιας σειράς ιστολογικών μελετών σε ασθενείς και να υποδείξει ένα τεκμηριωμένο διάγραμμα λήψης απόφασης όσο αφορά τα διάφορα βιοϋλικά που χρησιμοποιούνται.

Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα εργασία αναλύονται σύγχρονες κλινικές μελέτες που σχετίζονται με τη χρήση βιοϋλικών που προάγουν την ανάπτυξη των περιοδοντικών ιστών και χρησιμοποιούνται ευρύτατα για τη θεραπεία των ενδοοστικών περιοδοντικών βλαβών. Ταυτόχρονα παρουσιάζονται διάφορα κλινικά περιστατικά ως παραδείγματα εφαρμογής των υλικών αυτών. Για την θεραπεία αυτών των περιστατικών γίνεται χρήση διαφόρων βιοϋλικών όπως αυτομοσχεύματα, αλλομοσχεύματα, ξενομοσχεύματα, αλλοπλαστικά μοσχεύματα, μεμβράνες ιστικής αναγέννησης αυξητικοί παράγοντες και πρωτεΐνες της αδαμαντινικής μήτρας καθώς και συνδυασμοί αυτών. Παράλληλα, τονίζεται η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών που αντιμετώπισθηκαν ενώ εξηγούνται και τα κλινικά αποτελέσματα της εφαρμογής αυτών των υλικών. Επίσης, αναλύονται ιστολογικές μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας σε ασθενείς που θεραπεύτηκαν με τη χρήση των διαφόρων υλικών που τεκμηριωμένα προάγουν την ανάπτυξη των περιοδοντικών ιστών και χρησιμοποιούνται ευρέως στη θεραπεία των περιοδοντικών βλαβών. Ακόμη, τονίζονται τα ιστολογικά αποτελέσματα της εφαρμογής όλων αυτών των υλικών τα οποία συγκρίνονται και μεταξύ τους όσο αφορά την αναγεννητική τους ικανότητα. Δίνεται επίσης ιδιαίτερη έμφαση στα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα του κάθε υλικού με βάση τα κλινικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά του και προτείνεται μια σειρά κατευθυντήριων οδηγιών μέσα από ένα διάγραμμα λήψης αποφάσεων σχετικά με τη επιλογή του καταλληλότερου υλικού σε κάθε κλινική περίπτωση.

Η περιοδοντική αναγέννηση είναι ικανή να συμβάλλει στην θεραπεία των ενδοοστικών περιοδοντικών βλαβών οδηγώντας σε βελτίωση στο κλινικό επίπεδο πρόσφυσης, σε μείωση του ανιχνεύσιμου βάθους των περιοδοντικών θυλάκων και περιορισμένη υφίζηση των ούλων. Η χρήση κατάλληλων χειρουργικών τεχνικών αναγέννησης και εφαρμογής δοκιμασμένων βιοϋλικών βασισμένων στην επιστημονική τεκμηρίωση αποτελεί αναγκαία προσέγγιση για την επιτυχή ανάπτυξη των απολεσθέντων περιοδοντικών ιστών με απώτερο στόχο τη διατήρηση των δοντιών στο φραγμό. Αν και τα διάφορα βιοϋλικά εμφανίζουν συγκρίσιμα κλινικά αποτελέσματα παρατηρείται μεγάλη διακύμανση όσο αφορά τα ιστολογικά αποτελέσματα. Τα αυτομοσχεύματα εμφανίζουν αξιόπιστα και επαρκή ιστολογικά τεκμήρια και υπερτερούν έναντι των υπολοίπων βιοϋλικών, ενώ τα αλλοπλαστικά υλικά υστερούν στην ιστολογική τεκμηρίωση όσο αφορά την περιοδοντική τους αναγεννητική ικανότητα. Τα τελευταία χρόνια η έρευνα έχει επικεντρωθεί στους αυξητικούς παράγοντες καθώς θεωρείται ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε επουλωτικές διαδικασίες όπως είναι και η περιοδοντική αναγέννηση.



ΕΙΣ12

**ΒΕΛΤΙΩΝΟΝΤΑΣ ΤΗ ΣΧΕΣΗ  
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ.  
ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΟΝ ΕΙΔΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ**

**Εισηγήτρια:**

Ευαγγελία Μπογοσιάν  
Επιμελήτρια Α' Οδοντίατρος ΕΣΥ, Οδοντιατρικό Τμήμα,  
ΠαΓΝ Ηρακλείου

Η σημασία της σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενή και η αξία της ως θεραπευτικού εργαλείου είναι γνωστή από την εποχή του Ιπποκράτη. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει γίνει αντικείμενο πολλών μελετών, που στοχεύουν στη βελτίωση της και στην επιτυχία καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος και μεγαλύτερης ικανοποίησης γιατρού-οδοντίατρο και ασθενή.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιάσει ένα πλαίσιο αντιλήψεων για τις σχέσεις οδοντίατρο-ασθενή, που θα συμβάλλει στη βελτίωση τους, με έμφαση στον οδοντιατρικό ασθενή που πάσχει από συστηματικά νοσήματα.

Απέναντι στον ασθενή πρέπει να κυριαρχούν αισθήματα συναισθηματικής κατανόησης (empathy) μάλλον, παρά συμπόνιας (sympathy). Με τον όρο συναισθηματική κατανόηση ή ενσυναίσθηση υποδηλώνεται η ικανότητα κάποιου να μοιραστεί τα αισθήματα κάποιου άλλου. Πιο αναλυτικά υποδηλώνεται η κατανόηση, η επίγνωση, η ευαισθησία, η αντίληψη των συναισθημάτων, των σκέψεων των εμπειριών κάποιου άλλου, χωρίς όμως να δημιουργείται ταύτιση με τα αισθήματα, τις σκέψεις και τις εμπειρίες του. Με τον όρο συμπόνια υποδηλώνεται ο οίκτος και η λύπη κάποιου για την κακοτυχία κάποιου άλλου. Η συμπόνια δεν είναι το σωστό συναίσθημα απέναντι στον ασθενή.

Η σχέση με τον ασθενή πρέπει να βασίζεται στην αρχή του σεβασμού της αυτονομίας. Η αρχή αυτή αναφέρεται στο δικαίωμα κάθε ανθρώπου να κάνει τις δικές του επιλογές σε ότι αφορά στην υγεία και στη θεραπεία του, με βάση τις δικές του προσωπικές πεποιθήσεις και αξίες. Ο οδοντίατρος πρέπει να λαμβάνει συγκατάθεση για το σχέδιο θεραπείας, αφού προηγουμένως προβεί στην απαραίτητη ενημέρωση του ασθενή. Δεν πρέπει να του ενισχύει την αντίληψη ότι είναι ανήμπορος και έχει χάσει τον έλεγχο ή ακόμα χειρότερα, σε περιπτώσεις σοβαρών προβλημάτων υγείας, να τον αντιμετωπίζει περίπου σαν να είναι ήδη νεκρός. Πρέπει να σέβεται την αξιοπρέπεια, την ατομικότητα και το ιατρικό απόρρητο και να συμβάλλει στην άμβλυση τυχόν ενοχικών προβλημάτων του ασθενή.

Η επικοινωνία είναι σημαντικό συστατικό της σχέσης οδοντίατρο-ασθενή. Βοηθά στη σωστή συλλογή πληροφοριών για τη νόσο, τα συμπτώματα, τις επιπλοκές από τα λαμβανόμενα φάρμακα και θεραπείες και συμβάλλει στη σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση του ασθενή. Συμβάλλει στην καλύτερη συμμόρφωση του ασθενή και στην εφαρμογή της συνιστώμενης θεραπείας. Συνεισφέρει

στην ικανοποίηση του ασθενή, αλλά και του οδοντίατρο. Η ικανότητα επικοινωνίας δεν θεωρείται πλέον ότι είναι έμφυτο χαρακτηριστικό ή μόνον αποτέλεσμα εμπειρίας. Θεωρείται ικανότητα που διδάσκεται και που ο λειτουργός της υγείας πρέπει να έχει εκπαιδευτεί γι αυτήν. Η ενημέρωση του ασθενή πρέπει να γίνεται με τρόπο κατανητό, χωρίς τη χρήση περίπλοκων ιατρικών όρων που σίγουρα τον δυσκολεύουν. Η χρήση εικόνων, γραφημάτων ή άλλων οπτικών βοηθημάτων ή επιδείξεων βοηθά στην καλύτερη κατανόηση των θεμάτων που παρουσιάζονται. Πρέπει να εκτιμάται η προσοχή και η δυνατότητα κατανόησης του ασθενή. Εάν είναι υπερβολικά αγχώδης, ίσως δεν μπορεί να αφομοιώσει τις πληροφορίες. Κατά τη συζήτηση πρέπει να δίνεται στον ασθενή η δυνατότητα να εκφράσει τις αξίες και τις προτεραιότητές του. Στην επικοινωνία του οδοντίατρο με τον ασθενή με αισθητηριακές δυσλειτουργίες, όπως κώφωση ή τύφλωση και σε εκείνους με προβλήματα εκφοράς του λόγου, δίδεται έμφαση στους μη λεκτικούς τρόπους επικοινωνίας, όπως η οπτική και σωματική επαφή, η στάση του σώματος, ο τόνος και ο ρυθμός της φωνής.

ΕΙΣ13

**ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ  
ΤΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟ-  
ΓΝΑΘΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

**Εισηγητές:**

Κατερίνα Λιναρδάκου, Παντελής Νικολάου  
Οδοντίατροι - MSc στην Αντιμετώπιση Στοματοπροσωπικού πόνου

Στην περίπτωση των λειτουργικών διαταραχών του Στοματογναθικού Συστήματος (Σ.Σ.), η διάσταση των απόψεων σχετικά με την αιτιολογία τους οδήγησε στην ανάπτυξη και εφαρμογή διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων κατά περίπτωση και Σχολή.

Η επικράτηση της πολυπαραγοντικής θεώρησης στην αιτιολογία των λειτουργικών διαταραχών του Σ.Σ. δικαιολογεί τα πολλαπλά θεραπευτικά σχήματα και την αποτελεσματικότητά τους.

Γενικά η θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με λειτουργικές διαταραχές του Σ.Σ. περιλαμβάνει δύο στάδια. Το πρώτο αφορά την άμεση αντιμετώπιση της οξείας κατάστασης και το δεύτερο την κυρίως θεραπεία του ασθενούς.

Η θεραπεία ασθενών με δυσλειτουργία του Σ.Σ. αποβλέπει κυρίως σε τρεις στόχους:

1. Στον έλεγχο του πόνου και τις δυσανεξίας του Σ.Σ.
2. Στην ελάττωση του άγχους και της υπερέντασης
3. Στην τυχόν αποκατάσταση υπάρχουσας δυσαρμονίας μεταξύ παραγόντων της σύγκλεισης και την κροταφογναθικών διαρθρώσεων (Κ.Γ.Δ)

Το σύνολο του θεραπευτικού σχήματος, χωρίς αυστηρώς προκαθορισμένα όρια, θα μπορούσε να ταξινομη-

θεί ως ακολούθως:

- > Οδοντιατρικές Μέθοδοι Θεραπείας
- > Φυσικές Μέθοδοι Θεραπείας
- > Θεραπεία βασιζόμενη σε Ψυχολογικά Σχήματα
- > Φαρμακευτικές Μέθοδοι Θεραπείας
- > Χειρουργική Θεραπεία

Στις οδοντιατρικές μεθόδους θεραπείας ανήκουν και οι Ενδοστοματικοί Νάρθηκες οι οποίοι αποτελούν ένα πολύ σημαντικό και συνηθισμένο μέρος των μεθόδων θεραπείας για την αντιμετώπιση των λειτουργικών διαταραχών του Σ.Σ.

Από τις πιο σημαντικές φυσικές μεθόδους θεραπείας είναι:

1. Οι Διαδερματικές Ηλεκτρικές Νευρικές Διεγέρσεις (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation T.E.N.S). Η επίδραση της εφαρμογής του T.E.N.S. για την άμεση καταστολή του πόνου μπορεί εν μέρει να εξηγηθεί με τη θεωρία της πύλης εισόδου του πόνου «gate control theory» και την απελευθέρωση φυσικών οπιοειδών, όπως εγκεφαλινών και ενδορφινών.

2. Η κινησιοθεραπεία αποτελεί ένα πολύ δημοφιλές μέσον αποκατάστασης ή βελτίωσης των δυσλειτουργιών Σ.Σ. Οι ασκήσεις προκαλούν διέγερση των μυών και βοηθούν στην αποδρομή των μεταβολιτών που παράγονται κατά τη διάρκεια των μυϊκών σπασμών.

Είναι κοινή η πεποίθηση ότι η συναισθηματική διέγερση αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόκλησης δυσλειτουργίας του Σ.Σ.

Η φαρμακοθεραπεία ανήκει στα μέσα καταστολής του πόνου που εντοπίζεται στις κροταφογοναθικές διαρθρώσεις και στο Στοματογοναθικό σύστημα γενικότερα. Βοηθά στη διαφορική διάγνωση, στην καταστολή, στη μείωση του πόνου.

## ΕΙΣ14

### ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ: ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ

#### **Εισηγήτρια:**

Παναγιώτα Οικονομοπούλου

Αναπλ. Καθηγήτρια Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Η εισήγηση επιχειρεί να διακριβώσει το ρόλο του γενικού οδοντιάτρου στην αντιμετώπιση στοματολογικών νοσημάτων που μπορούν να συναντηθούν στο οδοντιατρείο. Τα πλέον συνήθη σχετικά νοσήματα ομαδοποιούνται με βάση την κλινική σημειολογία / συμπτωματολογία ή αιτιοπαθογένεια και η αντίστοιχη διαγνωστική μεθοδολογία / αντιμετώπιση εξετάζεται σε συσχέτισμό με τη δυνατότητα ρεαλιστικής συμβολής από τον οδοντίατρο.

Με βάση τη λήψη ακριβούς ιστορικού, τη χαρακτηριστική κλινική εικόνα / εντόπιση, τις απλές κλινικές δοκιμασίες (π.χ. αποκόλληση της βλάβης, αλλαγή του χρώματος υπό πίεση) ή τις στάνταρ εργαστηριακές εξετάσεις (π.χ. γενική εξέταση αίματος, ΤΚΕ και επίπεδα Fe, βιταμίνης B<sub>12</sub>, φυλλικού οξέος), ο οδοντίατρος μπορεί για παράδειγμα να υποπτευθεί υποκείμενη αναιμία, φαρμακογενή ξηροστομία, ερπητική ουλοστοματίτιδα, ψευδομεμβρανώδη καντιντίαση, χημικό έγκαιμα, έλκωση από τραύμα, κεράτωση από τριβή, αιμαγγείωμα και τατουάζ από αμάλγαμα. Ο οδοντίατρος μπορεί επίσης να συμμετάσχει στην αντιμετώπιση λειχνοειδών αλλοιώσεων. Όσον αφορά την υποτροπιάζουσα αφθώδη στοματίτιδα, επανάσταση στην κατανόηση / θεραπεία δεν έχει επιτευχθεί: σημειώνεται ότι, όταν άφθες παρατηρούνται σε μεγάλο αριθμό και επιμένουν / υποτροπιάζουν σε μικρά χρονικά διαστήματα, η πιθανότητα συστηματικής νόσου (π.χ. αναιμία, σύνδρομο δυσαπορρόφησης) θα πρέπει να ελεγχθεί. Σχετικά με την ανάληψη / τέλεση βιοψίας στο οδοντιατρείο, αυτή θα πρέπει να περιορίζεται σε χειρουργικά εύκολα προσπελάσιμες περιοχές (π.χ. χείλη, παρειά) και στην αφαίρεση αντιδραστικών εξεργασιών, όπως ινώδεις υπερπλασίες / πολύποδες, πυογόνο κοκκίωμα και βλεννοκήλες. Από την άλλη πλευρά ο οδοντίατρος δεν θα πρέπει να επιχειρήσει βιοψία: 1) χειρουργικά δύσκολων περιοχών, 2) αλλοιώσεων ύποπτων για προκαρκινική βλάβη (ομοιογενείς / μη ομοιογενείς λευκοπλακίες), καρκίνο του στόματος και όγκο των μικρών σιαλογόνων αδένων, 3) “αποφλοιωτικής ουλίτιδας” / άλλων εκδηλώσεων δερματοβλεννογόνιων νοσημάτων (ομαλός λειχήνας, πεμφιγοειδές των βλεννογόνων), 4) ευμεγέθων επουλίδων και 5) σύνδρομο Sjögren. Στις περιπτώσεις αυτές συνιστάται παραπομπή σε στοματολογικές / γναθοχειρουργικές κλινικές, όπως επίσης και σε περιπτώσεις τραχηλικών διογκώσεων που μπορούν να αντιπροσωπεύουν χρόνια σιαλαδενίτιδα, μετάσταση ή λέμφωμα. Σύνεση και αυτογνωσία είναι απαραίτητη.

Συμπερασματικά, οι δυνατότητες άσκησης στοματολογίας στο οδοντιατρείο είναι περιορισμένες και ο ρόλος του οδοντιάτρου θα πρέπει να επικεντρωθεί στη βασίμη υποψία προβλήματος και, με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς στην παραπομπή σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο κέντρο περίθαλψης. Το ιδιωτικό ιατρείο αυτοχρησθέντων ειδικών δεν θεωρείται ανάλογο κέντρο.

## ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

### ΒΡ ΕΙΣ 1

#### ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ. ΤΟ ΠΛΕΟΝ ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑ- ΛΕΙΟ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗΣ ΣΕ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

##### **Εισηγήτρια:**

Αλεξάνδρα Αντωνιάδου  
Msc, Διευθύντρια Οδοντίατρος ΕΣΥ, Οδοντιατρικό Τμήμα, ΓΝΠ «Τζάνειο»

Σκοπός της εργασίας είναι να αναδείξει την αναγκαιότητα ύπαρξης της βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής, καθώς και η περιγραφή και ανάλυση της τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης μελέτης που αποτελεί και την πλέον αξιόπιστη ένδειξη.

Η βασισμένη σε ενδείξεις ιατρική (Evidence Based Medicine, E.B.M) δεν αποτελεί απλά μία αλλαγή στον τρόπο άσκησης της ιατρικής, αλλά βασικά εκφράζει την ανάγκη σύμπλευσης με τα δεδομένα της εποχής μας που έχουν αλλάξει. Και ποια είναι αυτά; Πρώτα από όλα η εκρηκτική αύξηση του όγκου των πληροφοριών που παράγει η βιοϊατρική έρευνα.

Ο όγκος των πληροφοριών αυξάνεται αλματωδώς, με αποτέλεσμα να είναι αδύνατη η αφομοίωση και αξιοποίησή του από το ιατρικό δυναμικό. Τα βιβλία (πολύ συχνά ξεπερασμένα από την αρχή της κυκλοφορίας των), τα ιατρικά περιοδικά, τα σεμινάρια, συνήθως αδυνατούν να καλύψουν και κυρίως να αξιολογήσουν τον σαν χιονοστιβάδα αυξανόμενο όγκο των πληροφοριών.

Παράλληλα η συνειδητοποίηση της πολυπλοκότητας του ανθρώπινου οργανισμού και τον ολοένα αυξανόμενο αριθμό των παραγόντων που τον επηρεάζουν, καθιστούν σαφές ότι η απλή μηχανιστική μεταφορά των αποτελεσμάτων της έρευνας στην κλινική πράξη είναι αναποτελεσματική και συχνά επιβλαβής. Η εποχή που η άσκηση της ιατρικής στηριζόταν μόνο στις βιολογικές γνώσεις έχει παρέλθει. Η ιατρική αγωγή που δεν ενδιαφέρεται για τα συναισθήματα του ασθενή δεν είναι πια αποτελεσματική και λειτουργική. Η ύπαρξη συνδέσμου και αλληλεπίδρασης μεταξύ μυαλού συναισθήματος και σώματος, επιβεβαιώνεται από τον σχετικά καινούργιο κλάδο της ιατρικής, την νευροψυχοανοσοβιολογία.

Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την ύπαρξη κενού μεταξύ αποτελεσμάτων έρευνας και κλινικής πράξης. Το κενό αυτό έρχεται να καλύψει με επιτυχία η βασισμένη σε ενδείξεις ιατρική, η οποία με άλλα λόγια αποτελεί τον σύγχρονο και αποτελεσματικό τρόπο άσκησης της ιατρικής.

Τα προβλήματά μας δεν προέρχονται τόσο από ό,τι δεν γνωρίζουμε, αλλά από ό,τι γνωρίζουμε καλά. Η γραμμική και μηχανιστική ακαμψία της βεβαιότητας δεν βοηθάει στην αντιμετώπιση της πολυπλοκότητας και μη προβλεψιμότητας του σήμερα. EBM σημαίνει,

δεν γνωρίζω αλλά ξέρω τον τρόπο να βρίσκω ανά πάσα στιγμή την τρέχουσα ένδειξη. Όλες οι μελέτες δεν αποτελούν ένδειξη. Στην κορυφή της πυραμίδας της ένδειξης είναι η συστηματική ανασκόπηση και η τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, η οποία αποτελεί και τον χρυσό κανόνα της ένδειξης και με την οποία θα ασχοληθούμε σήμερα.

Η τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη ή Randomized Control Trial, RCT, αποτελεί το πλέον έγκυρο εργαλείο στην έρευνα. Κύριο χαρακτηριστικό της είναι ότι οι ομάδες που την αποτελούν (ομάδες θεραπείας και ομάδες ελέγχου) κατανομούνται τυχαία. Με αυτήν την τυχαία κατανομή των ατόμων, εξασφαλίζεται η ομοιομορφία μεταξύ των ομάδων, ή αλλιώς, εξασφαλίζεται ο ομοιόμορφος καταμερισμός στις ομάδες μελέτης των μεταβλητών σύγχυσης, ούτως ώστε να μην επηρεάζουν αρνητικά την έκβαση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Καθιστούν δηλαδή τις ομάδες ομοιογενείς και απόλυτα συγκρίσιμες, με μόνη διαφορά την υπό μελέτη αγωγή.

Ο τρόπος που θα γίνει η τυχαία κατανομή έχει μεγάλη σημασία και πρέπει να αποκλείει προτιμήσεις ή υποκειμενικά κριτήρια. Αξιόπιστη τυχαιοποίηση είναι η ρίψη νομίσματος (κορώνα γράμματα), η χρήση ζαριών, η χρήση πινακών τυχαίων αριθμών και μάλιστα ηλεκτρονικά. Η ημερομηνία γέννησης ή ο αύξων αριθμός προσέλευσης των ασθενών δεν εξασφαλίζουν πραγματικά τυχαία κατανομή, διότι καθορίζουν την κατανομή με συστηματικό τρόπο.

Το άλλο χαρακτηριστικό της εν λόγω μελέτης, σύμφωνα και πάλι με το όνομά της, είναι ο έλεγχος ή η απόκρυψη (blindness). Η απόκρυψη (blindness) χρησιμοποιείται για να αποτρέψει την αλλοίωση των αποτελεσμάτων της έρευνας από συστηματικά σφάλματα (bias) και έχει στόχο την αμερόληπτη κρίση των αποτελεσμάτων της. Αυτό επιτυγχάνεται με την άγνοια (απόκρυψη) των στοιχείων της έρευνας τόσο από τις συμμετέχουσες ομάδες, όσο και από τους αξιολογητές.

Η απόκρυψη διακρίνεται σε

- Απλή τυφλή μελέτη (single blind)
- Διπλή τυφλή μελέτη (double blind)

Στην απλή τυφλή μελέτη οι μετέχουσες ομάδες αγνοούν τα στοιχεία της έρευνας, ενώ οι ερευνητές έχουν πλήρη επίγνωση αυτών.

Στην διπλή τυφλή μελέτη ούτε οι ομάδες θεραπείας και ελέγχου ούτε οι ερευνητές γνωρίζουν τα δεδομένα της έρευνας. Η διπλή τυφλή μελέτη θεωρείται μεγάλης επιστημονικής αξιοπιστίας.

Συμπερασματικά, η τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη αποτελεί τον καλύτερο σχεδιασμό για την εκτίμηση μιας πειραματικής θεραπευτικής μεθόδου. Η σύγκριση γίνεται μεταξύ ομάδων θεραπείας και ελέγχου, στις οποίες η μόνη διαφορά που υφίσταται είναι η μέθοδος θεραπείας. Αυτό επιτυγχάνεται με την τυχαία κατανομή των ασθενών. Επίσης απαιτείται προσεκτικός σχεδιασμός ελέγχου (blindness) προς αποφυγή παρεμβολών που μπορούν να αλλοιώσουν το αποτέλεσμα.

**BP ΕΙΣ 2**

**Ο ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ ΜΠΡΟΣΤΑ  
ΣΤΟΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ**

**Εισηγήτρια:**

Αντωνία Πολάτου  
Msc, Επιμελήτρια Β' Οδοντίατρος ΕΣΥ, Οδοντιατρικό  
Τμήμα, Γ.Ν. Κωνσταντοπούλειο Νέας Ιωνίας

Η παρουσίαση έχει στόχο να απαντήσει στο τι πρέπει να ξέρει ο οδοντίατρος για τους καρδιολογικούς ασθενείς και την υποκείμενη νόσο που καθορίζει το οδοντιατρικό θεραπευτικό σχήμα. Πέντε είναι οι κύριοι άξονες ενδιαφέροντος:

1. Οδοντιατρικές επεμβάσεις μετά από οξύ στεφανιαίο επεισόδιο.
2. Διακοπή αντιαιμοπεταλιακών πριν την οδοντιατρική επέμβαση.
3. Διακοπή αντιπηκτικών πριν την οδοντιατρική επέμβαση.
4. Χημειοπροφύλαξη πριν από οδοντιατρικές πράξεις /Γιατί άλλαξαν οι οδηγίες.
5. Οδοντιατρικά προβλήματα πριν από επεμβάσεις στην καρδιά.

Όσον αφορά τις οδοντιατρικές επεμβάσεις μετά από οξύ στεφανιαίο επεισόδιο, συνιστάται αναβολή των οδοντιατρικών πράξεων για τέσσερις έως έξι εβδομάδες.

Τα συνηθέστερα αντιαιμοπεταλιακά είναι η ασπιρίνη, η κλοπιδογρέλη και η πρασουγρέλη τα οποία προκαλούν μη αναστρέψιμη αναστολή τηςσυγκόλλησης των αιμοπεταλίων. Για να αντιστραφεί η δράση τους πρέπει να επελευθερωθούν αρκετά νέα αιμοπετάλια από το μυελό των οστών, διαδικασία που χρειάζεται πέντε έως δέκα ημέρες. Όταν τα αντιαιμοπεταλιακά χορηγούνται στην πρωτογενή πρόληψη και στην κολπική μαρμαρυγή (αρκεί να είναι ασθενείς χαμηλού κινδύνου για εμβολή) η διακοπή της ασπιρίνης προεγχειρητικά είναι ασφαλής, ενώ οι ασθενείς που έχουν υποστεί ένα καρδιακό επεισόδιο έχουν αυξημένο κίνδυνο να υποστούν ξανά θρόμβωση στα στεφανιαία τους.

Για τη διακοπή των αντιπηκτικών πριν την οδοντιατρική επέμβαση πρέπει πάντοτε να σταθμίζεται ο κίνδυνος της αιμορραγίας από την οδοντιατρική επέμβαση με τον καρδιολογικό κίνδυνο από τη διακοπή της αντιπηξίας. Για εξαγωγή δοντιού ή χαμηλότερου αιμορραγικού κινδύνου επεμβάσεις δεν απαιτείται διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής. Το INR καλό είναι να βρίσκεται στα χαμηλότερα επίπεδα και είναι αυτονόητο ότι πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα από τον οδοντίατρο για τοπική αιμόσταση (συρραφή, αιμοστατικές γάζες). Όταν τα αντιπηκτικά δίνονται μόνο για κολπική μαρμαρυγή ο καρδιολογικός κίνδυνος είναι μικρός και μπορεί να γίνει διακοπή για λίγες ημέρες.

Ενδείξεις για την προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών αποτελούν η προσθετική βαλβίδα, το ιστορικό μικροβιακής ενδοκαρδίτιδας και κάποιες συγγενείς καρδιοπάθειες. Η χορήγηση δεν συνιστάται για όλες τις οδοντιατρικές

κές πράξεις, αλλά μόνο εκεί όπου θα υπάρξει αιμορραγία ή εργασίες που αφορούν το περιρριζίο. Οι κύριες αιτίες αλλαγής των οδηγιών χημειοπροφύλαξης είναι οι εξής:

- Μικροβιαμία συμβαίνει καθημερινά με το βούρτσισμα των δοντιών και όχι μόνο μετά από οδοντιατρικές πράξεις.
- Η πιθανότητα μικροβιακής ενδοκαρδίτιδας μετά από οδοντιατρική πράξη είναι μικρή (έναν στους 95000 ασθενείς).
- Στους περισσότερους ασθενείς με μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα δεν αναγνωρίζεται προηγούμενη επεμβατική πράξη.
- Ελλοχεύει πάντα ο κίνδυνος αναφυλαξίας και ανάπτυξης αντοχής.
- Δεν υπάρχουν σαφείς αποδείξεις ότι η χημειοπροφύλαξη είναι αποτελεσματική.

Οι οδοντιατρικές εργασίες θα πρέπει να προηγούνται των επεμβάσεων στην καρδιά πριν από αγγειοπλαστική με stent και πριν από αντικατάσταση βαλβίδας.

Σε κάθε περίπτωση είναι απαραίτητη η λήψη ιστορικού, η επικοινωνία με τον καρδιολόγο και η επιλεκτική διακοπή των αντιαιμοπεταλιακών.

**BP ΕΙΣ 3**

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΕΚΤΟΠΙΣΜΕΝΗΣ ΟΔΟΝΤΙΚΗΣ  
ΡΙΖΑΣ Ή ΔΟΝΤΙΟΥ ΣΤΟ ΙΓΜΟΡΕΙΟ**

**Εισηγητής:**

Δρ Διονύσης Ανδρεσάκης  
Επιμελητής Β', Οδοντιατρικό Τμήμα ΓΝΠ «Τζάνειο»

Μια γνωστή επιπλοκή που συμβαίνει κατά την εξαγωγή προγομφίων και γομφίων δοντιών της άνω γνάθου είναι η παρεκτόπιση ρίζας ή ολοκλήρου δοντιού στον γναθιαίο κόλπο. Η επιπλοκή αυτή οφείλεται στην γεινίαση των ριζών των δοντιών αυτών με το ιγμόρειο και στο πάχος του εδάφους του ιγμορείου στην ανατομική αυτή περιοχή.

Η διάγνωση της παρεκτόπισης μιας ρίζας ή δοντιού στο ιγμόρειο είναι συνήθως εύκολη. Διαπιστώνεται ξαφνική εξαφάνιση του θραύσματος της ρίζας από το φατνίο της, αίσθηση κενού στο έδαφος του ιγμορείου και πρόκληση στοματοκολπικής επικοινωνίας.

Για την απομάκρυνση της ρίζας ή δοντιού από το ιγμόρειο εφαρμόζονται δύο χειρουργικές τεχνικές, η διαφατνιακή κατά την οποία η προσπέλαση γίνεται από την περιοχή του φατνίου και η Caldwell-Luc κατά την οποία η προσπέλαση γίνεται από την περιοχή του κυνικού βόθρου.

Στην εισήγηση αυτή παρουσιάζουμε την εφαρμογή της τεχνικής Caldwell-Luc σε δύο περιπτώσεις.

Στην πρώτη περίπτωση παρουσιάζεται παρεκτοπισμένο θραύσμα της υπερώιας ρίζας του δευτέρου άνω γομφίου αριστερά και η αφαίρεση του με την τεχνική Caldwell-

Luc με ταυτόχρονη σύγκλιση του στοματοκολπικού συριγγίου που προκλήθηκε από την εξαγωγή.

Στην δεύτερη περίπτωση παρεκτοπισμένος πρώτος γομφίος άνω δεξιά αφαιρέθηκε με την τεχνική Caldwell-Luc και το στοματοκολπικό συρίγγιο αντιμετωπίστηκε με την προώθηση μισχωτού κρημνού από τη λιπώδη σφαίρα της παρειάς.

Συμπερασματικά, η τεχνική Caldwell-Luc με ταυτόχρονη σύγκλιση του στοματοκολπικού συριγγίου αποτελεί για τις περισσότερες περιπτώσεις παρεκτόπισης ρίζας ή ολόκληρου δοντιού στο ιγμόρειο τη χειρουργική μέθοδο εκλογής.

### BP ΕΙΣ 4

#### ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

##### **Εισηγήτρια:**

Δελαντώνη Αντιγόνη

Εργαστήριο Οδοντοφαρμακικής Χειρουργικής, Χειρουργικής Εμφυτευματολογίας και Ακτινολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

Τα τελευταία χρόνια οι απεικονιστικές τεχνικές στη γναθοπροσωπική περιοχή έχουν εξελιχθεί ιδιαίτερα. Μία από αυτές, η μαγνητική τομογραφία έχει βρει πολλαπλές εφαρμογές στην γναθοπροσωπική περιοχή. Αυτό οφείλεται κυρίως στην ικανότητα να διαχωρίζει καθαρά αλλοιώσεις των μαλακών μορίων από τους παρακείμενους υγιείς ιστούς.

Αν και η αξονική τομογραφία αποτελεί την πιο συχνά χρησιμοποιούμενη εξέταση στην περιοχή λόγω της καλύτερης απεικόνισης του οστού και του μικρότερου χρόνου που απαιτείται για τη λήψη των εικόνων που οδηγεί σε λιγότερα artifacts κίνησης, η μαγνητική τομογραφία θεωρείται μέθοδος εκλογής σε περιπτώσεις διάγνωσης των παθήσεων της κροταφογναθικής διάρθρωσης (ΚΓΔ), των σιελογόνων αδένων και των όγκων της γναθοπροσωπικής περιοχής.

Στην κροταφογναθική διάρθρωση η απεικόνιση με μαγνητικό τομογράφο είναι σε θέση να παρέχει υψηλής ποιότητας εικόνες με πολύ καλύτερη αντίθεση μεταξύ των μαλακών ιστών από τις συμβατικές τεχνικές και επιπλέον έχει το πλεονέκτημα ότι δε χρησιμοποιείται ιονίζουσα ακτινοβολία για τη συγκεκριμένη τεχνική.

Θεωρείται η πιο ακριβής μέθοδος για την απεικόνιση της θέσης του διάρθριου δίσκου στην άρθρωση και του σχήματός του. Επίσης σημαντικό είναι το γεγονός ότι με την τεχνική αυτή απεικονίζεται το όριο μεταξύ διάρθριου δίσκου και συνδέσμων. Η διαγνωστική ακρίβεια της μαγνητικής τομογραφίας στα στοιχεία του διάρθριου δίσκου είναι πολύ

μεγαλύτερη από αυτή της αρθρογραφίας και επιπλέον δεν υπάρχει καμία παρέμβαση η προβλήματα κατά την εξέταση. Ουσιαστικά είναι η τεχνική η οποία αντικατέστησε την αρθρογραφία. Επιπλέον σαν τεχνική έχει τη δυνατότητα απεικόνισης και των οστικών αλλοιώσεων που παρατηρούνται στην άρθρωση από την εξέλιξη των παθήσεων στην ΚΓΔ όπως οστεόφυτα και με τον τρόπο αυτό μελετάται και η εξέλιξη της νόσου.

Στους σιελογόνους αδένες η απεικόνιση των σιελογόνων αδένων με τη χρήση της μαγνητικής τομογραφίας είναι μία μέθοδος που παράγει υψηλής ποιότητας εικόνες σε αυτούς.

T1 και T2 ακολουθίες καθώς και proton density-weighted images, χρησιμοποιούνται για την απεικόνιση των σιελογόνων αδένων. Οι T1 ακολουθίες δείχνουν εξαιρετικά το λίπος δίνοντας υψηλό σήμα. Ο λιπώδης ιστός επομένως φαίνεται λευκός στην τελική εικόνα. Οι μύες δίνουν λιγότερο υψηλό σήμα και για το λόγο αυτό παρατηρούνται χαμηλότερης έντασης σε σχέση με το λίπος. Ο φυσιολογικός παρωτιδικός ιστός επιδεικνύει ένα ενδιάμεσης έντασης σήμα μεταξύ του λίπους και των μυών. Λόγω όμως του υψηλού ποσοστού σε λίπος του αδένα έχει μικρή περίοδο χάλασης στις T1 επιβάρυνσης ακολουθίες (short T1 relaxing time) και το σήμα προσεγγίζει σε αυτό του λιπώδους ιστού.

Η ένταση σήματος του υπογνάθιου είναι χαμηλότερη της παρωτιδας και προσεγγίζει περισσότερο αυτό των μυών στις T1 ακολουθίες. Οι T2 τομές είναι λιγότερο ευκρινείς αλλά σε συνδυασμό με την καταστολή του σήματος του λίπους προσδίδουν καλύτερη εικόνα σε περιπτώσεις απεικόνισης όγκων.

Γενικά η μαγνητική τομογραφία υπερτερεί της αξονικής τομογραφίας σε σχέση με το διαχωρισμό ενδο και εξωαδενικών στοιχείων και ιστών, λόγω της υψηλότερης ικανότητας αντίθεσης που διαθέτει μεταξύ των μαλακών ιστών.

Τέλος στη διάγνωση των όγκων της τραχηλοπροσωπικής περιοχής οι κακοήθειες αντιπροσωπεύουν το 2 με 5% όλων των κακοηθειών του ανθρώπου. Από αυτές το 90% περίπου είναι καρκινώματα των πλακωδών κυττάρων. Λόγω της γειννίας της στοματικής κοιλότητας με μία πλειάδα λεμφαδένων, είναι ιδιαίτερα σημαντική η σωστή προεγχειρητική διάγνωση του ασθενή.

Ο κύριος ρόλος της μαγνητικής τομογραφίας στην περιοχή είναι να καθοριστεί το βάθος, η κατεύθυνση και το μέγεθος του όγκου καθώς και η γειννίαση του με παρακείμενα ανατομικά στοιχεία.

Συμπερασματικά, οι εφαρμογές της μαγνητικής τομογραφίας στην διάγνωση των παθήσεων της τραχηλοπροσωπικής περιοχής συνεχώς αυξάνονται. Πολλοί θεωρούν ότι στο μέλλον η μαγνητική τομογραφία θα αποτελέσει ένα καθημερινό διαγνωστικό εργαλείο στην περιοχή. Στις μέρες μας οι εφαρμογές της περιορίζονται από το υψηλό κόστος της τεχνικής και τη πολυπλοκότητα της ανάγνωσής της.



**BP ΕΙΣ 5**

**ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΝΕΥΡΩΝ  
ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΣΤΟΜΑΤΟΣ-ΠΡΟΣΩΠΟΥ-ΤΡΑΧΗΛΟΥ**

**Εισηγητής:**

Δρ Νίκος Ι. Ζώταλης  
Δ/ντής Μονάδας Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γ.Ν.  
Κωνσταντοπούλειο Νέας Ιωνίας

Τα εγκεφαλικά νεύρα (συζυγίες), εκτός του πνευμονογαστρικού και του παραπληρωματικού, εξυπηρετούν κυρίως την αισθητική και κινητική νεύρωση της περιοχής στόματος-προσώπου και τραχήλου. Τα κυριότερα από τα νεύρα αυτά είναι το τρίδυμο, το προσωπικό, το γλωσσικό και το υπογλώσσιο νεύρο.

Η εισήγηση αυτή αναφέρεται στην διεγχειρητική αναγνώριση και αποφυγή τρώσης των βασικών κλάδων των εγκεφαλικών νεύρων κατά τις επεμβάσεις στην περιοχή, όπως είναι η οδοντοφατνιακή χειρουργική συμπεριλαμβανομένων βέβαια των εμφυτευμάτων, οι προπροσθετικές επεμβάσεις, τα κατάγματα του σπλαχνικού κρανίου, οι διορθωτικές οστεοτομίες και οι εκτομές όγκων.

Στην Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ τμήματος του Γ.Ν. Κωνσταντοπούλειο Νέας Ιωνίας κατά τα 10 χρόνια λειτουργίας της έχουν εξετασθεί 12.062 ασθενείς εκ των οποίων οι 2.500 έχουν υποβληθεί σε κάποιο τύπο χειρουργικής επέμβασης υπό τοπική ή γενική αναισθησία. Ορισμένα επιλεγμένα από αυτά τα περιστατικά με οδοντοφατνιακές, ογκολογικές, ορθογναθικές και τραυματολογικές επεμβάσεις παρουσιάζονται με έμφαση κυρίως στην αναγνώριση και προστασία νευρικών συζυγιών εξασφαλίζοντας κατ' αυτό τον τρόπο την αισθητικότητα και κινητικότητα των τροποποιηθέντων ιστών της περιοχής του στόματος και των πέριξ αυτού ιστών.

Παρά την προσοχή που δίδεται στην αποφυγή τρώσης ζωτικών νεύρων κατά τις επεμβάσεις τόσο εντός όσο και εκτός της στοματικής κοιλότητας εν τούτοις σε ένα μικρό ποσοστό ογκολογικών κυρίως παθήσεων που αφορούν κυρίως την περιοχή του τραχήλου (παρωτίδες, υπογνάθιοι σιελογόνοι αδένες), σε τραύ-

ματα προσώπου και σε επανορθωτικές επεμβάσεις παρατηρήθηκαν νευραπραξίες που διήρκεσαν από 40 ημέρες έως και 3 μήνες και μετά παρήλθαν. Το ποσοστό έχει μειωθεί στο 70% έως 80% με τη χρήση νευροδιεγερτών.

Συμπερασματικά, οι νέες τεχνικές όπως οι υπέρηχοι και τα λέιζερ έχουν μειώσει τόσο τον χρόνο των επεμβάσεων, την απώλεια αίματος και την μακροχρόνια παραμονή στις νοσηλευτικές μονάδες όσο επίσης και τις μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως οι μετεγχειρητικές αιμορραγίες και τα εκτεταμένα οιδήματα. Η χρήση δε των νευροδιεγερτών έχει βελτιώσει θεαματικά τις μετεγχειρητικές επιπλοκές στη χειρουργική των μεγάλων σιελογόνων αδένων.

Σε όλους τους χειρουργικούς χειρισμούς πρέπει να δίδεται προτεραιότητα στην αποφυγή τρώσης τόσο των μεγάλων αγγείων όσο και των κυρίων κλάδων των νεύρων της περιοχής.

Ο έλεγχος των κινητικών νεύρων μπορεί να γίνει άμεσα κατά τη διάρκεια των επεμβάσεων ενώ τα αισθητικά νεύρα μπορεί να ελεγχθούν μετεγχειρητικά.

**ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ**

**1. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΑΚΟΠΗΣ  
ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ**

Ξάνθος Θεόδωρος  
Καρδιολόγος, Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης

**2. ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΠΗ**

Στρουμπούλης Κωνσταντίνος  
Αναισθησιολόγος, Μέλος του ΔΣ της Ελληνικής Εταιρείας Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης



# ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

## ΕΑ1

### ΕΠΑΝΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΕΣΥ: ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ

Δημητριάδης Δημήτρης, Κωνσταντινίδης Ρήγας, Σεληνίδου Αγγελική, Τρικαλιώτου Νάντια

Κέντρο Υγείας Αταλάντης, Κέντρο Υγείας Κορωπίου, Δήμος Πειραιά

#### Εισαγωγή

Η αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού του ΕΣΥ, που απασχολείται στην Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα (ΠΟΦ), αποτελεί το σημαντικότερο στοιχείο για την επανεκκίνηση των υπηρεσιών προς την κατεύθυνση της προαγωγής της στοματικής υγείας του πληθυσμού.

#### Σκοπός Υλικό

Σκοπός της εργασίας, είναι να περιγράψει τα στοιχεία που προσδιορίζουν τον σχεδιασμό για την επανοργάνωση των υπηρεσιών ΠΟΦ του ΕΣΥ.

#### Κύριο Μέρος

Τα οδοντιατρεία και οι οδοντίατροι των ΚΥ (αστικού και μη αστικού τύπου, δηλαδή του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού και δομών, αλλά και εκείνων που πρόκειται να δημιουργηθούν) είναι οι φορείς που θα υλοποιήσουν τη νέα πολιτική για την πρόληψη της στοματικής υγείας και πρόκειται να ανταποκριθούν σε ένα ευρύ φάσμα εργασιών, που εκτείνεται λ.χ. από την εφαρμογή προληπτικών παρεμβάσεων στην κοινότητα έως τις κατ οίκον επισκέψεις σε άτομα με δυσκολίες στη μετακίνηση. Σε αυτή τη κατεύθυνση, χρειάζεται μηχανοργάνωση των υπηρεσιών, προτυποποίηση εγγράφων, εκπαίδευση των οδοντιάτρων, κατάλληλη κεντρική και περιφερειακή στήριξη και ορθολογική χρηματοδότηση των Οδοντιατρικών Τμημάτων.

Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος των Συντονιστών Οδοντιάτρων Περιφέρειας (ΣΟΠ) καθώς είναι επιφορτισμένοι με τον συντονισμό των δράσεων σε τοπικό επίπεδο, τη δημιουργία και εξασφάλιση συνεργασιών μέσα από ένα δίκτυο σχέσεων με άλλους φορείς που εμπλέκονται με τη φροντίδα της υγείας του πληθυσμού (ιατρικές υπηρεσίες, κοινωνικές υπηρεσίες, δημοτικές υπηρεσίες, εκπαιδευτικοί φορείς, ΜΚΟ κ.ά) και, φυσικά, την επικοινωνία με τις κεντρικές υπηρεσίες υγείας, σε ένα πλαίσιο ενημέρωσης και ανατροφοδότησης για τον προγραμματισμό και την υλοποίηση των πολιτικών για τη στοματική υγεία.

#### Συμπεράσματα

Η επένδυση στην πρόληψη των νοσημάτων του στόματος και στην ευαισθητοποίηση των ατόμων στη σημασία της φροντίδας της στοματικής υγείας αποτελεί επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο της χώρας και είναι βασικό συστατικό για την ανάπτυξη και εξέλιξη των ατόμων. Το ΕΣΥ και το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται σε αυτό, μπορούν να προσφέρουν πολλά προς αυτή τη κατεύθυνση.

## ΕΑ2

### ΕΠΑΝΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΕΣΥ: ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Δημητριάδης Δημήτρης, Κωνσταντινίδης Ρήγας, Σεληνίδου Αγγελική, Τρικαλιώτου Νάντια

Κέντρο Υγείας Αταλάντης, Κέντρο Υγείας Κορωπίου, Δήμος Πειραιά

#### Εισαγωγή

Στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, τα ΚΥ αναπτύχθηκαν ως οι κατεξοχήν μονάδες παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και σε αυτά εντάχθηκαν, εξ αρχής, οδοντιατρικά τμήματα με αποστολή την παροχή Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας (ΠΟΦ). Σήμερα, είκοσι και πλέον χρόνια μετά, ο ρόλος και η λειτουργία των οδοντιατρικών τμημάτων των ΚΥ και των άλλων φορέων της ΠΟΦ, χρειάζεται να επανεκτιμηθούν, μέσα στο πλαίσιο των κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών, όπως αυτές διαμορφώνονται, τα τελευταία έτη, στη χώρα.

#### Σκοπός Υλικό

Σκοπός της εργασίας, είναι να παρουσιάσει τα βασικά χαρακτηριστικά της λειτουργίας των Οδοντιατρείων των ΚΥ και να προτείνει ένα νέο σχεδιασμό για την αξιοποίηση των υπάρχουσων υποδομών. Για τον σκοπό αυτό, αξιοποιήθηκε το υλικό από υπηρεσιακές εκθέσεις, επιστημονικές εργασίες και προτάσεις επιστημονικών και άλλων επιτροπών, από την τελευταία 15ετία.

#### Κύριο Μέρος

Τα οδοντιατρεία των ΚΥ, ιδιαίτερα τα πρώτα έτη της ίδρυσής τους, παρουσίασαν σημαντικό αριθμό δραστηριοτήτων, κυρίως στο πεδίο της πρόληψης (φθοριώσεις κ.λπ.) και αγωγής της στοματικής υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, υπάρχει σήμερα ένας ικανός αριθμός οδοντιάτρων που, με συνέπεια, παράγει έργο σε όλο το εύρος των δράσεων που προβλέπονται για τα οδοντιατρεία. Ταυτόχρονα, όμως, παρατηρείται απουσία κεντρικού σχεδιασμού, έλλειψη συντονισμού και μεγάλες διακυμάνσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες και δραστηριότητες από τα οδοντιατρεία. Για την αντιμετώπιση αυτών των δυσκολιών χρειάζεται η διασύνδεση κεντρικών και περιφερειακών υπηρεσιών, ορισμός Συντονιστών Οδοντιάτρων για κάθε περιφέρεια και αυστηρός προσδιορισμός δραστηριοτήτων, μέσα στο πλαίσιο και τις αρχές της προαγωγής της στοματικής υγείας.

#### Συμπεράσματα

Οι ταχέως μεταβαλλόμενες συνθήκες στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, επιβάλλουν την αξιοποίηση των δομών και του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται στην Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα, με ρεαλιστικό και οικονομικά συμφέροντα τρόπο, έτσι ώστε να προστατευθεί και να βελτιωθεί η στοματική υγεία του ελληνικού πληθυσμού.

### ΕΑ3

#### **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Μαντζαρόπουλος Ιωάννης, Μπάτου Νίκη, Φοροτζίδης Ευστάθιος

Κέντρο Υγείας Διαβατών

#### **Εισαγωγή**

Η εκτίμηση των παρερχόμενων υπηρεσιών από φορείς του χώρου της Υγείας, είναι πολυπαραγοντική και κυρίως αφορά την οργάνωση, φροντίδα, τις διαδικασίες και τη συμπεριφορά του προσωπικού.

#### **Σκοπός**

Η έρευνα αυτή στοχεύει στην εκτίμηση του επιπέδου των υπηρεσιών του Κ.Υ. Διαβατών, μέσα από την διερεύνηση της γνώμης των εξυπηρετούμενων σ αυτό ασθενών και συνοδών.

#### **Υλικό και Μέθοδος**

Συμμετείχαν 200 ανώνυμοι εθελοντές, επισκέπτες ασθενείς του Κ.Υ. Διαβατών, που συμπλήρωναν ερωτηματολόγιο με τις παρακάτω ενότητες:

Οργάνωση

Συμπεριφορά προσωπικού

Φροντίδα ασθενών

Διοικητικές διαδικασίες

Λειτουργία τακτικών ιατρείων

Λειτουργία ιατρείων επειγόντων

Η αξιολόγηση γινόταν με τη διαβάθμιση «Ανεπαρκής», «Μέτρια», «Καλή», «Άριστη».

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Σεπτεμβρίου 2010 έως Φεβρουάριος 2011.

Αποτελέσματα

Τα υψηλότερα ποσοστά κατά κατηγορία γνώμης καταγράφηκαν ως εξής :

1. «Ανεπαρκής», 22% στην ενότητα «ενημέρωση πριν και μετά την ιατρική εξέταση»
2. «Μέτρια», 12% στην ενότητα «κλείσιμο Ραντεβού»
3. «Καλή», 25% στην ενότητα «Λειτουργία τηλεφωνικού κέντρου»
4. «Άριστη», 11% στην ενότητα «φροντίδα από το ιατρικό προσωπικό»

#### **Συμπεράσματα**

1. Οι θετικές γνώμες αφορούν τις υπηρεσίες που προσφέρουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
2. Οι αρνητικές γνώμες αφορούν τις υποδομές.

### ΕΑ4

#### **ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΤΑΚΤΙΚΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ**

Πολάτου Αντωνία, Αλεξίου Στυλιανή, Μπότσιος Σωτήρης

Οδοντιατρικό Τμήμα Κωνσταντοπούλειου Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας

#### **Σκοπός**

Η διερεύνηση των οδοντιατρικών αναγκών καθώς και των ασφαλιστικών ταμείων των ασθενών που προσέρχονται στο Τμήμα.

#### **Υλικό και μέθοδος**

Υλικό της εργασίας αποτέλεσαν τα αρχεία του Τμήματος κατά τη χρονική περίοδο 2009-2010. Καταγράφηκαν 1200 ασθενείς κατά φύλο, ηλικία, οδοντιατρική εργασία και ταμείο.

#### **Αποτελέσματα**

Από τους 1200 ασθενείς 544 (ποσοστό 45%) ήταν άνδρες και 656 (ποσοστό 55%) γυναίκες. 15% των ασθενών ήταν ηλικίας 5 έως 25 ετών, 30% ηλικίας 26 έως 45 ετών, 35% ηλικίας από 46 έως 65 ετών και 20% από 66 ετών και άνω.

Από τους ασθενείς το 28% είχαν ταμείο Πρόνοιας και ΟΓΑ, το 39% ΙΚΑ, το 25% Δημόσιο, ΝΑΤ, ΤΣΜΕΔΕ και όποιο άλλο ταμείο πλην του ΙΚΑ, και τέλος 8% των ασθενών ήταν ανασφάλιστοι.

Οι οδοντιατρικές εργασίες διαχωρίστηκαν σε εξαγωγές δοντιών (ποσοστό 25% των εργασιών), σε καθαρισμούς και αποξέσεις (ποσοστό 13%), σε εμφράξεις (ποσοστό 17%), σε θεραπείες, όπου συμπεριλάβαμε διανοίξεις δοντιών και συνεδρίες ενδοδοντικών θεραπειών (ποσοστό 40%), καθώς και όλες τις συνεδρίες που αφορούσαν σε στοματολογικά προβλήματα, προβλήματα δυσλειτουργίας της κροταφογοναθικής διάρθρωσης, έκδοση πιστοποιητικών και συνταγογράφηση (ποσοστό 5%).

#### **Συμπεράσματα**

Η κύρια ανάγκη προσέλευσης των ασθενών σε ένα Οδοντιατρικό Τμήμα δημόσιου Νοσοκομείου παραμένει ο πόνος που προκαλείται από δόντια που χρειάζονται ενδοδοντική θεραπεία ή εξαγωγή. Η ανάγκη απόκτησης και διατήρησης στοματικής υγείας με τη μορφή καθαρισμών δεν αποτελεί προτεραιότητα των προσερχομένων, αλλά συνήθως συνιστάται από τις θεράποντες. Οι εμφράξεις δοντιών ήταν αίτημα των ασθενών σε περίπου μισές από τις περιπτώσεις, ενώ τις υπόλοιπες ήταν σύσταση του θεράποντος.

Σε ότι αφορά τα ασφαλιστικά ταμεία είναι αναμενόμενη η προσέλευση ασθενών που τα ταμεία τις καλύπτουν τη νοσηλεία (π.χ Δημόσιο ή Πρόνοια). Η προσέλευση ανασφάλιστων ασθενών ενώ είναι μεγάλη τις εφημερίες ως επειγόντα περιστατικά διαπιστώθηκε μάλλον μικρή στο τακτικό ιατρείο, δεδομένου ότι οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν εναλλακτική κάλυψη των οδοντιατρικών τις αναγκών. Τέλος, παραμένει σημαντικό προβληματισμού η πολύ μεγάλη προσέλευση σθενών του ΙΚΑ, δεδομένου ότι είναι ένα ασφαλιστικό ταμείο με πληθώρα οδοντιάτρων και οδοντιατρικών τμημάτων που θα αναμενόταν να καλύπτει πλήρως τις ανάγκες των ασφαλισμένων του.

## EA5

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ, ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΑΛΑΝΤΗΣ**

Αναγνωστοπούλου Ιωάννα, Σεμερτζιάδη Μαρία, Σίσκου Όλγα, Τσούνιας Βασίλειος

Τμήμα Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοϊατρική - Πανεπιστήμιο Στερεάς Ελλάδας, Τμήμα Νοσηλευτικής - Πανεπιστήμιο Αθηνών, Κέντρο Υγείας Αταλάντης

**Σκοπός**

Η διερεύνηση των καθοριστικών παραγόντων που σχετίζονται με την πρόθεση συμμετοχής των πολιτών στο κόστος πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών που τους παρέχονται, με την καταβολή μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού, με σκοπό την αναβάθμισή τους.

**Υλικό - Μέθοδος**

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Μάιο ως τον Ιούλιο του 2009 συμμετέχοντας 150 επισκέπτες του Κέντρου Υγείας Αταλάντης άνω των 18 ετών. Για τη συλλογή των δεδομένων δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο έπειτα από εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση και η συμπλήρωσή του έγινε με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 15.0 και περιελάμβανε τον έλεγχο t test, τον έλεγχο χ<sup>2</sup> και τη λογιστική παλινδρόμηση. Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05.

**Αποτελέσματα**

Σχεδόν οι μισοί από το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού δήλωσαν πρόθυμοι να συμμετέχουν στο κόστος της φροντίδας καταβάλλοντας κάποιο μικρό ποσό, έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας. Ο παράγοντας που φάνηκε να επηρεάζει περισσότερο την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος είναι το ταμείο κοινωνικής ασφάλισης. Συγκεκριμένα, αυτοί που ανήκουν στο ΙΚΑ έχουν τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν προθυμία συγκριτικά με τους ασφαλισμένους οποιουδήποτε άλλου ταμείου κοινωνικής ασφάλισης. Τέλος, μελετήθηκαν τα «καθαρά» δυνητικά έσοδα που ενδέχεται να προκύψουν σε περίπτωση εισαγωγής του εισπρακτικού μηχανισμού τα οποία ανέρχονται σε 184.107,4 για το πρώτο έτος και σε 186.357,4 για τα υπόλοιπα έτη.

**Συμπεράσματα**

Επιβεβαιώνεται ότι άτομα από ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές ομάδες και νεαρής ηλικίας τείνουν να είναι περισσότερο θετικά στην ιδέα της πρόθεσης συμμετοχής στο κόστος των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών από το Κέντρο Υγείας. Επίσης, τα καθαρά έσοδα από την εφαρμογή ενός εισπρακτικού μηχανισμού ήταν αρκετά ώστε να καλύψουν κάποιες κενές οργανικές θέσεις με επικουρικούς γιατρούς, αλλά και να βοηθήσουν στην αγορά κάποιων ιατρικών μηχανημάτων ή τον εκσυγχρονισμό της κτηριακής υποδομής του Κέντρου Υγείας.

## EA6

**Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ**

Μπέλλου Όλγα, Κοντούλη-Γείτονα Μαίρη

Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**Εισαγωγή**

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας δείκτης ποιότητας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Κύρια μέθοδος αξιολόγησης και ανατροφοδότησης ενός συστήματος υγείας είναι η καταγραφή της άποψης των χρηστών. Η μέτρηση και αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας είναι αναγκαία προκειμένου να βγουν χρήσιμα συμπεράσματα για το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

**Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα Κέντρα Υγείας του Νομού Τρικάλων.

**Υλικό**

Για την εκτίμηση της ικανοποίησης των 344 ενήλικων χρηστών πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας των τριών (3) Κέντρων Υγείας του Ν. Τρικάλων χρησιμοποιήθηκε ειδικό, ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε κοινωνικοοικονομικά στοιχεία καθώς και 27 ερωτήσεις βάσει της εξάβαθμης κλίμακας Likert.

**Μέθοδος**

Για την στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε αρχικά περιγραφική στατιστική επεξεργασία και ακολούθησε ανάλυση πρωταρχικών παραγόντων.

**Αποτελέσματα**

Η ανάλυση πρωταρχικών παραγόντων ανέδειξε τις ακόλουθες αρχικές ομαδοποιήσεις ερωτήσεων: ιατρική εξέταση, νοσηλευτικό & λοιπό προσωπικό, καθαριότητα των Κ.Υ., περιβάλλον των Κ.Υ. Οι δυο πρώτες κλίμακες είχαν ικανοποιητικό συντελεστή Cronbach, ενώ οι υπόλοιπες εξαιρέθηκαν λόγω χαμηλής εσωτερικής συνοχής. Καταγράφηκε υψηλό ποσοστό εμπιστοσύνης στο έργο των ιατρών, ενώ ικανοποιητικά κρίνονται και τα ποσοστά ικανοποίησης των χρηστών από το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό. Τέλος η μέση τιμή συνολικής ικανοποίησης ήταν 3,495 σαφώς μικρότερη από τις μέσες τιμές αθροιστικών κλιμάκων για την ιατρική εξέταση, το νοσηλευτικό & λοιπό προσωπικό που ήταν 4,123 και 4,084 αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα**

Οι συγκεκριμένες αξιολογήσεις των τριών (3) Κέντρων Υγείας του Ν. Τρικάλων είναι υψηλές, ωστόσο υπάρχουν ακόμα περιθώρια βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πρέπει να διεξαχθεί περαιτέρω έρευνα χρησιμοποιώντας μεγαλύτερο πληθυσμιακό δείγμα προκειμένου να αποδειχθεί η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Σε αυτή την κατεύθυνση πρέπει να κατευθυνθούν οι σύγχρονες πολιτικές υγείας προκειμένου να ενισχυθεί ο ρόλος της Π.Φ.Υ.



### EA7

#### **ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 6-12 ΕΤΩΝ ΤΗΣ ΝΗΣΟΥ ΑΝΔΡΟΥ ΚΥΚΛΑΔΩΝ**

Ζαρμπίη-Μαγείρου Αικατερίνη, Καλαμπαλικής Κωνσταντίνος, Μαγείρου Άννα  
Οδοντιατρικό Τμήμα Κέντρου Υγείας Ανδρου

#### **Εισαγωγή**

Η οδοντοστοματολογική εξέταση των μαθητών μπορεί να αποκαλύψει την ύπαρξη διαφόρων ορθοδοντικών προβλημάτων.

#### **Σκοπός**

Η αποκάλυψη ορθοδοντικών προβλημάτων μαθητών δημοτικών σχολείων και η ενημέρωση των γονέων τους.

#### **Υλικό και μέθοδος**

Έγινε εξέταση 349 παιδιών ηλικίας 6-12 ετών, των δημοτικών σχολείων της νήσου Άνδρου Κυκλάδων. Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε κατά τη σχολική περίοδο 2010-2011. Τα παιδιά ήταν Έλληνες και αλλοδαποί. Στο πλαίσιο της εξέτασης κατεγράφησαν τα εξής ευρήματα:

1. Δεν υπάρχει ορθοδοντικό πρόβλημα.
2. Πρόβλημα υπάρχον και ήδη αντιμετωπιζόμενο.
3. Πρόβλημα που χρήζει προληπτικής ορθοδοντικής αγωγής.
4. Πρόβλημα που απαιτεί περαιτέρω ακτινολογικού ελέγχου.
5. Πρόβλημα προς αντιμετώπιση μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα.
6. Πρόβλημα που απαιτεί άμεση έναρξη ορθοδοντικής θεραπείας.

#### **Αποτελέσματα-Συζήτηση**

1. Η συχνότητα των ορθοδοντικών προβλημάτων τα οποία χρειάζονται θεραπεία είναι η εξής:

Στο σύνολο των παιδιών που ελέγχθηκαν (Έλληνες και αλλοδαποί): 63,7%.

Στους Έλληνες 67,9% - στους αλλοδαπούς 54,5%.

Η παραπάνω διαφορά οφείλεται στο ότι λαμβάνοντας υπόψη την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των οικογενειών υπήρχε λιγότερη αυστηρότητα εκ μέρους του εξετάζοντος στην εκτίμηση της αναγκαιότητας ή μη ορθοδοντικής θεραπείας, π.χ. μικροσυνωστισμοί ή μικροδιαστήματα δεν αξιολογήθηκαν ως πρόβλημα.

Τα παραπάνω ποσοστά είναι περίπου ίδια με αυτά που ανακοινώθηκαν από τον Αδαμίδη [1985] σε έλεγχο στον Νομό Πιερίας (60,4%) και στον Νομό Λαρίσης (67,9%) [Αδαμίδης 1982].

2. Όσον αφορά στην προληπτική ορθοδοντική αγωγή, η ανάγκη πρόληψης προκύπτει αυξημένη στις τρεις πρώτες τάξεις του Δημοτικού (ηλικίας 6-9 ετών) τόσο στο σύνολο των παιδιών όσο και μεμονωμένα μόνο σε Έλληνες μόνο σε αλλοδαπούς. Η ανάγκη πρόληψης επί του συνόλου των παιδιών είναι 7,4% - για τους Έλληνες 5,1% για δε τους αλλοδαπούς 12,5%.

3. Οι Έλληνες που ήταν σε θεραπεία αποτελούσαν το 9,3% ενώ οι Αλλοδαποί το 1,8%.

4. Εντυπωσιακά ομοιόμορφη με όμοιο ποσοστό 22,3% είναι η ανάγκη άμεσης έναρξης ορθοδοντικής στα παιδιά

ηλικίας 12 ετών τόσο στο σύνολο όσο και στις δύο πληθυσμιακές ομάδες μεμονωμένα.

#### **Συμπεράσματα**

Τα ευρήματα καταδεικνύουν την σημασία της πρόληψης γενικά αλλά και ειδικότερα στους πληθυσμούς των αλλοδαπών οι οποίοι λόγω των οικονομικών συνθηκών αδυνατούν να παράσχουν πάντα στα παιδιά τους ορθοδοντική θεραπεία.

### EA8

#### **Η ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΣΥΜΦΥΣΗΣ ΩΣ ΔΟΤΡΙΑ ΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΣΥΜΠΑΓΟΥΣ ΟΣΤΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ: ΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ, ΤΕΧΝΙΚΗ, ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ, ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ**

#### **Ανδρεσάκης Διονύσης**

Οδοντιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά «Τζάνειο»

#### **Εισαγωγή**

Η αποκατάσταση οστικών ελλειμμάτων στην στοματική και γναθοπροσωπική περιοχή μπορεί να επιτευχθεί με την εφαρμογή διάφορων τεχνικών και μοσχευμάτων οστικής ανάπλασης. Παρόλη την πρόοδο που έχει γίνει τα τελευταία χρόνια στις αυξητικές τεχνικές με τη χρήση αλλομοσχευμάτων ή ξενομοσχευμάτων τα αυτόλογα οστικά μοσχεύματα συνεχίζουν να αποτελούν το «χρυσό κανόνα».

Σαν περιοχές ενδοστοματικής λήψης οστικών μοσχευμάτων με καλά αποτελέσματα αναφέρονται η γενειακή σύμφυση, η έξω λοξή γραμμή, ο κλάδος της κάτω γνάθου και το γναθιαίο κύρτωμα της άνω γνάθου.

#### **Σκοπός**

Η παρουσίαση των ανατομικών στοιχείων της περιοχής της γενειακής σύμφυσης, η διαφύλαξη των οποίων κρίνεται μεγίστης σημασίας, η παρουσίαση της τεχνικής λήψης του μοσχεύματος, η ανάλυση της πορείας επούλωσης, οι επιπλοκές και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που μπορεί να προσφέρει η συγκεκριμένη τεχνική, τα οποία προκύπτουν βιβλιογραφικά από διάφορες κλινικές έρευνες.

#### **Κύριο μέρος**

Οστικά μοσχεύματα από την ανατομική περιοχή της γενειακής σύμφυσης έχουν χρησιμοποιηθεί επιτυχώς σε διάφορες κλινικές εφαρμογές. Όπως στην δευτερογενή οστεοπλαστική γναθο-υπερώιων σχιστιών, στην αποκατάσταση του εδάφους του οφθαλμικού κόγχου, σαν ενδιάμεσο μόσχευμα σε περιπτώσεις μη συγκόλλησης των καταγμάτων άκρων σε καταγμάτα της άνω και κάτω γνάθου, σε περιπτώσεις προώθησης της άνω γνάθου σε Le Fort I οστεοτομία, στην ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου και στην αύξηση του όγκου των φατνιακών αποφύσεων προκειμένου να τοποθετηθούν οστεοενσωματούμενα οδοντικά εμφυτεύματα, που αποτελεί και τη συνη-

θέστερη εφαρμογή τους.

Μετά από στελεχειαία αναισθησία των κάτω φατνιακών νεύρων αμφοτερόπλευρα και εμπότιση της περιοχής, γίνεται τομή του βλεννογονοπεριοστέου στον πυθμένα της ουλοχειλικής αύλακας μεταξύ των κυνοδόντων. Ακολουθεί παρασκευή των γενειακών νεύρων αμφοτερόπλευρα και με την βοήθεια παλινδρομικού οστεοπρίονου ή λεπτής οστεοεγγλυφίδας οριοθετούνται τα οστικά τεμάχια που θα ληφθούν σαν μοσχεύματα. Τέλος γίνεται η αποκόλληση τους με τη βοήθεια λεπτού οστεοτόμου.

#### **Συμπεράσματα**

Η γενειακή σύμφυση προσφέρει ικανοποιητικών διαστάσεων οστικά μοσχεύματα που αφομοιώνονται γρήγορα στην δέκτρια θέση, ενώ η τεχνική λήψης τους χαρακτηρίζεται από ευκολία στην προσπέλαση και μικρό ποσοστό επιπλοκών.

### **EA9**

#### **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΤΑΧΕΙΑ ΔΙΕΥΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΩΑΣ: ΜΙΑ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΟΡΘΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ.**

Ανδρεσάκης Διονύσης

Οδοντιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά «Τζάνειο»

#### **Εισαγωγή**

Η διεύρυνση του οδοντικού τόξου τις άνω γνάθου σε ασθενείς με στενή υπερώα και εκσεσημασμένη σταυροειδή σύγκλιση κατά την παιδική και εφηβική ηλικία επιτυγχάνεται στις περισσότερες περιπτώσεις με ορθοδοντικές μεθόδους. Με την πάροδο, όμως, της ηλικίας απαραίτητη είναι η χειρουργικά υποβοηθούμενη ταχεία διεύρυνση της υπερώας.

#### **Σκοπός**

Η παρουσίαση της τεχνικής της χειρουργικά υποβοηθούμενης ταχείας διεύρυνσης της υπερώας, η οποία μπορεί να εφαρμοσθεί και σε περιπατητικό ασθενή.

#### **Κύριο μέρος**

Με την πάροδο της ηλικίας και τη βαθμιαία συνοστέωση της μέσης υπερώας ραφής, καθώς και την ενίσχυση των συνενώσεων της άνω γνάθου με το κρανίο και το υπόλοιπο ζυγωματικό σύμπλεγμα δεν επαρκούν οι δυνάμεις που ασκούνται μέσω των συνήθων ορθοδοντικών μεθόδων αλλά απαιτούνται ισχυρότερες δυνάμεις για την διεύρυνση της υπερώας.

Η χειρουργικά υποβοηθούμενη ταχεία διεύρυνση της υπερώας είναι η τεχνική που έχει ως σκοπό να εξαλείψει αυτές τις αντιστάσεις. Είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί με τοπική αναισθησία και συνίσταται στην εκτέλεση αμφοτερόπλευρης οριζόντιας φλοιοτομίας που διενεργείται 5mm πάνω από την ακρορριζική περιοχή των δοντιών και φέρεται από την περιοχή του κυνόδοντα προς τα πίσω στην περιοχή της πτερυγογναθιαίας εντομής. Σε

περιπτώσεις που οι αντιστάσεις στην διεύρυνση είναι έντονες, η φλοιοτομία μπορεί να επεκταθεί μέχρι το πρόσθιο χείλος του απιοειδούς στομίου της μύτης, να συνδυαστεί με διάνοιξη της μέσης υπερώας ραφής με λεπτή σμίλη, καθώς και με διαχωρισμό στην περιοχή της πτερυγογναθιαίας εντομής αμφοτερόπλευρα. Στο τέλος της επέμβασης γίνεται ενεργοποίηση του ορθοδοντικού μηχανήματος διεύρυνσης του οδοντικού τόξου μέχρι να διαπιστωθεί διάσταση μεταξύ των μυλών των κεντρικών τομών της άνω γνάθου.

Με βάση την βιβλιογραφία η επέμβαση αυτή φαίνεται να βοηθά στην βελτίωση της ρινικής αναπνοής ενώ από ορισμένους συγγραφείς συνίσταται για την αντιμετώπιση της αποφρακτικής υπινικής άπνοιας. Η συνηθέστερη επιπλοκή που καταγράφεται είναι η αιμορραγία από το γ-μόρειο.

#### **Συμπέρασμα**

Η χειρουργικά υποβοηθούμενη ταχεία διεύρυνση της υπερώας θεωρείται ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος και μπορεί να πραγματοποιηθεί σε περιπατητικούς ασθενείς.

### **EA10**

#### **Η ΝΩΔΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Τασόπουλος Θεόδωρος, Καραθανάση Βασιλική, Γλυκοφρύδης Σωτήριος, Καπορδέλης Βασίλης, Τασόπουλος Γεώργιος, Παρασκευοπούλου Όλγα

Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά ΜΕΤΑΞΑ, Ιδιωτικό Ιατρείο

#### **Εισαγωγή**

Ο καρκίνος κεφαλής-τραχήλου αποτελεί τον έκτο συχνότερο τύπο καρκίνου παγκοσμίως, ενώ το προσδόκιμο επιβίωσης του αγγίζει μόλις το 50% και δεν έχει παρουσιάσει κάποια σημαντική βελτίωση τα τελευταία χρόνια. Οι πάσχοντες υποβάλλονται κατά περίπτωση σε χειρουργική αφαίρεση, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία μεμονωμένα ή σε συνδυασμό. Κατά τη διάρκεια της ογκολογικής θεραπείας η πολυσταδιακή στοματογναθική προσθετική αποκατάσταση του ασθενούς συμβάλλει καθοριστικά στη διατήρηση της στοματογναθικής λειτουργίας και της αισθητικής του προσώπου.

#### **Σκοπός**

Σκοπός της εργασίας είναι η διεξοδική περιγραφή και ανάλυση της ενδεικνυόμενης πολυσταδιακής προσθετικής αποκατάστασης του νωδού ασθενούς με καρκίνο κεφαλής-τραχήλου κατά τις ποικίλες φάσεις της εφαρμοζόμενης ογκολογικής θεραπείας.

#### **Παρουσίαση περιστατικού**

Ασθενής, άρρην 65 ετών, με καρκίνο κεφαλής-τραχήλου, μερικά νωδός, υποβλήθηκε σε ετερόπλευρη άνω ημιγνα-

θεκτομή. Προεγχειρητικά είχε ήδη κατασκευαστεί χειρουργικός νάρθηκας ενώ κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο κατασκευάστηκε και παραδόθηκε στον ασθενή ενδιάμεση προσθετική εργασία. Παράλληλα ο ασθενής υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία (συνολική δόση 60 Gray) που προκάλεσε κλειδωμά της ΚΓΔ, για την αντιμετώπιση του οποίου εφαρμόστηκαν κινησιοθεραπεία και υπέρηχοι. Μετά από 3 μήνες και εφόσον βελτιώθηκε σημαντικά η στοματική διάνοιξη του ασθενούς παραδόθηκε η μόνιμη προσθετική εργασία.

### **Συμπεράσματα**

Η συνεχής προσθετική αξιολόγηση και υποστήριξη του ασθενούς κατά τα διάφορα στάδια της ογκολογικής θεραπείας επέτρεψε την απρόσκοπτη στοματική λειτουργία και συνέβαλε στη διατήρηση της αισθητικής και της ποιότητας ζωής του ογκολογικού ασθενούς. Συγκεκριμένα, ο χειρουργικός νάρθηκας διασφάλισε βασικές λειτουργίες όπως η φώνηση, η μάσηση και η κατάποση, ενώ οι διαδοχικές αναπροσαρμογές του καθώς και η ενδιάμεση οδοντοστοιχία διατήρησαν την απαιτούμενη υγιεινή στην πάσχουσα περιοχή και συνέβαλαν στην ομαλή μετεγχειρητική πορεία και την απρόσκοπτη ολοκλήρωση της ογκολογικής θεραπείας.

## **EA11**

### **Ο ΙΑΤΡΟΣ ΑΠΟΛΛΩΝΙΟΣ Ο ΚΙΤΙΕΥΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΡΘΡΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ**

Βαράκλας Βασίλειος

Ιδιωτικό ιατρείο

### **Εισαγωγή**

Μελετώντας την πορεία της ιατρικής επιστήμης στο πέρας των αιώνων, στα Αλεξανδρινά χρόνια (1ος αι. π.Χ.), συναντάται σε κείμενα της αρχαίας γραμματείας το όνομα του Απολλώνιου του Κιτιέως, του ιατρού, ο οποίος σε ένα από τα συγγράμματά του περιγράφει και κατατάσσει μεγάλο αριθμό εξάρθρωσεων και τρόπους θεραπείας τους.

### **Σκοπός**

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των απόψεων του Απολλώνιου για την ανάταξη της εξάρθρωσης της κάτω γνάθου.

### **Κύριο Μέρος**

Ο Απολλώνιος έζησε στην Αλεξάνδρεια (1ος αι. π.Χ.) όπου ήταν μαθητής της Εμπειρικής Ιατρικής Σχολής με δάσκαλο τον ιατρό Ζώπυρρο, ο οποίος τηρούσε τις υποδείξεις του Ιπποκράτη. Έχουν διασωθεί τέσσερα συγγράμματά του, το σημαντικότερο των οποίων είναι η «περί άρθρων γραμματείαν» (δηλ. περί αρθρώσεων), με στόχο την ορθή αντιμετώπιση των εξάρθρωμάτων, που συνέβαιναν την εποχή εκείνη στις παλαιότερες και τους αθλητικούς χώρους.

Αυτό το σύγγραμμα γράφτηκε κατ' εντολή του βασιλέως της Κύπρου Πτολεμαίου (81-58 π.Χ.), ο οποίος ήταν λά-

τρης της άθλησης και αφιέρωνε ο ίδιος αρκετό χρόνο για άσκηση στις παλαιότερες. Την εποχή εκείνη ο Απολλώνιος ασκούσε την ιατρική στο Κίτιον της Κύπρου.

Η «περί άρθρων γραμματείαν» αποτελείται από τρία βιβλία και ο συγγραφέας χρησιμοποιεί πλούσια εικονογράφηση, ώστε να γίνει κατανοητός ο σωστός τρόπος ανάταξης των διαφόρων εξάρθρωσεων. Μεταξύ των άλλων, στο δεύτερο βιβλίο, αναφέρεται στην εξάρθρωση της κάτω γνάθου, η οποία απασχολεί την οδοντιατρική επιστήμη έως σήμερα.

Ο Απολλώνιος σε αυτή την περίπτωση συστήνει την σύλληψη της κάτω γνάθου αμφοτερόπλευρα από τον ιατρό με τα δύο του χέρια έτσι ώστε οι αντίχειρες να τοποθετηθούν στην μασητική επιφάνεια των δοντιών και την ταυτόχρονη μετακίνηση αυτής προς τα κάτω και πίσω για την επαναφορά της στη σωστή θέση.

### **Συμπεράσματα**

Με το έργο του Απολλώνιου, διαπιστώνεται ότι οι γιατροί της εποχής εκείνης, πρώτον, είχαν άριστες γνώσεις της ανατομίας του ανθρώπινου σώματος και, δεύτερον, χρησιμοποιούσαν μεθόδους και τεχνικές ανάταξης των εξάρθρωσεων, οι οποίοι μέχρι σήμερα είναι ίδιες.

## **EA12**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΔΟΜΗΣ ΤΗΣ ΑΝΟΡΓΑΝΗΣ ΦΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ**

Αναστασοπούλου Ιωάννα, Σγούρος Δημήτριος

Σχολή Χημικών Μηχανικών, Ακτινοχημεία & Βιοφασματοσκοπία, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο

### **Εισαγωγή**

Η ανόργανη ύλη συνυπάρχει σχεδόν σε όλους τους έμβιους ιστούς. Σε ορισμένους ιστούς, όπως στην αδαμαντίνη, την οδοντίνη και τα οστά η ανόργανη μάζα καθορίζει την ποιότητα και αντοχή των ιστών αυτών. Η ανόργανη μάζα των ιστών αυτών αποτελείται κυρίως από φωσφορικά και ανθρακικά άλατα του ασβεστίου, χωρίς όμως να αποκλείεται η παρουσία άλλων ανόργανων ιόντων, όπως φθορίου. Τα φωσφορικά άλατα, ως υδροξυαπατίτης, και με τις μοναδικές γνωστές ιδιότητες προσδίδουν στα δόντια και γενικά τα οστά την αντοχή σε πολύ μεγάλες πιέσεις, ενώ παράλληλα επιτρέπουν την κυκλοφορία και ανταλλαγή των οργανικών συστατικών.

### **Σκοπός**

Στην εργασία αυτή μελετάται η γήρανση της οδοντίνης και αδαμαντίνης των οστών με υπέρυθρη φασματοσκοπία μετασχηματισμού Fourier. Η υπέρυθρη φασματοσκοπία παρέχει πληροφορίες σχετικά με τις μεταβολές της μοριακής δομής του υδροξυαπατίτη, η οποία οφείλεται στο φαινόμενο της γήρανσης.

### **Αποτελέσματα**

Από τις μεταβολές των εντάσεων και μετατοπίσεων των χαρακτηριστικών ομάδων σε όλες τις περιοχές του φά-

σματος διαπιστώνεται ότι τα δόντια των παιδιών είναι περισσότερο πλούσια σε πρωτεΐνες, ενώ των ηλικιωμένων ανθρώπων είναι περισσότερο πλούσια σε υδροξυαπατίτη. Διαπιστώνεται ότι η από οιονδήποτε λόγο καταστροφή των δοντιών μειώνει σημαντικά την ανόργανη φάση, όπως φαίνεται από την μείωση των εντάσεων των ταινιών στις περιοχές μεταξύ 3000-2800 και 1600-1500.

#### **Συμπεράσματα**

Η FT-IR φασματοσκοπία απέδειξε ότι στη νεαρή ηλικία τα δόντια είναι πιο πλούσια σε πρωτεΐνες. Διαπιστώθηκε επίσης ότι η βλάβη της μοριακής δομής των πρωτεϊνών των δοντιών οδηγεί σε επιτάχυνση της βλάβης της αδμαντίνης και οδοντίνης.

### **EA13**

#### **ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ SEM, FT-IR & LASER ΣΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Σγούρος Δημήτριος, Αναστασοπούλου Ιωάννα

Σχολή Χημικών Μηχανικών, Ακτινοχημεία & Βιοφασματοσκοπία, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο

#### **Εισαγωγή**

Συχνά διαγνωστικοί και θεραπευτικοί προβληματισμοί που εμφανίζονται καθημερινά στη κλινική πράξη απαιτούν εξειδικευμένη γνώση για αποτελεσματική λύση. Από την άλλη πλευρά η επιτυχία του ιδιώτη-γιατρού εξαρτάται από την ορθή διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση, χωρίς νοσοκομειακή ή πανεπιστημιακή υποστήριξη. Στα ιατρεία συνήθως καταφθάνουν τα πιο «εύκολα» περιστατικά, εκτός αν οι ασθενείς προέρχονται από το άμεσο φιλικό περιβάλλον. Δύσκολα στα ιατρεία καταφθάνουν ασθενείς μετά από έρευνα αγοράς και συνήθως με τη διάγνωση ή τη θεραπευτική αγωγή στο «χέρι», δείχνοντας ότι τα πραγματικά μεγάλα διλήμματα αντιμετωπίζονται εκ του ασφαλούς σε υψηλότερης βαθμίδας ιδρύματα. Η ανεπάρκεια ενός νοσοκομειακού ή ιδιώτη γιατρού δεν επιτρέπεται να προσκρούει στο υψηλό κόστος του εξοπλισμού αλλά αποκλειστικά στην επιστημονική γνώση.

#### **Σκοπός**

Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση των μεταβολών, που είναι δυνατόν να ανιχνευθούν με νέες τεχνολογικές μεθόδους, στην μοριακή δομή των δοντιών ατόμων με σωματική αναπηρία, χρόνιες ιατρικές παθήσεις, νοητική καθυστέρηση και ψυχολογικές διαταραχές, εφόσον εμφανίστηκαν στοματικές εκδηλώσεις, αλλά και η πρώιμη διάγνωση ως μέσον της προληπτικής οδοντιατρικής να υποστηρίξουμε τη στοματική υγεία και την ποιότητα ζωής τους.

#### **Μέθοδος και υλικό**

Για την μελέτη της μορφολογίας χρησιμοποιήθηκε SEM, LEO-SUPRA35VP, με χρυσό. Τα φάσματα FT-IR καταγράφηκαν με φασματοφωτόμετρο Bio-RadMerlin σε δίσκικα KCl και Nicolet 6700 thermoscientific. Επεξεργασίες με

laser Er:YAG(2940nm) Nd:YAG(1064nm) LLLT-GaAs (905nm). Αντίστοιχη ομάδα ελέγχου υποβλήθηκε προσομοίωση γήρανσης με γ-rays.

#### **Αποτελέσματα**

Τα FT-IR φάσματα στην περιοχή 36003400 cm<sup>-1</sup>, όπου εμφανίζονται οι δονήσεις τάσεις του νερού και των υδροξυλίων του υδροξυαπατίτη είναι συνάρτηση της ηλικίας του ασθενούς. Η ίδια συμπεριφορά φαίνεται και στην περιοχή 1800-1500, που χαρακτηρίζει τις πρωτεΐνες των δοντιών. Μεταβολές παρατηρήθηκαν επίσης στην περιοχή 1200950 cm<sup>-1</sup> των ταινιών όπου απορροφούν οι φωσφορικές ομάδες του υδροξυαπατίτη.

Με την επίδραση της ακτινοβολίας LaserEr:YAG εμφανίζεται μια αδροποιημένη επιφάνεια ενώ παράλληλα ανιχνεύθηκαν νανο-κρύσταλλοι συνηγορώντας για την επίδραση των laser στη κρυσταλλική δομή του δοντιού.

#### **Συμπεράσματα**

Από το συνδυασμό των FT-IR φασματοσκοπικών δεδομένων και της τοπολογικής αρχιτεκτονικής και στοιχειακής ανάλυσης με SEM-EDAX διαπιστώνεται ότι τα νεογιλά δόντια είναι πλουσιότερα σε πρωτεΐνες, όπως αναμένεται, ενώ των ενηλίκων ή με προσομοίωση γήρανσης διαφέρουν σημαντικά. Σημαντικές πληροφορίες λαμβάνουμε για τις μεταβολές σε μοριακό επίπεδο, οι οποίες συμφωνούν με την νανο-αρχιτεκτονική και μορφολογία της επιφάνειας δοντιών, διαπιστώνοντας ότι μεταβάλεται ο ρυθμός ανταλλαγής φωσφορικών & ανθρακικών ιόντων στον υδροξυαπατίτη.

### **EA14**

#### **ΣΤΟΜΑΤΟΔΥΝΙΑ**

Μαραγκού Παναγιώτα

Οδοντιατρικό Τμήμα Κέντρου Υγείας Μεγάρων

#### **Εισαγωγή**

Η στοματοδυνία είναι ένας ενδοστοματικός πόνος, που συνήθως εμφανίζεται σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών. Ο πόνος αυτός έχει τον χαρακτήρα καύσου και αυξάνει σε ένταση με την πάροδο της ημέρας.

Σε αντίθεση με τους υπόλοιπους στοματικούς πόνους, η έντασή του μειώνεται με τη λήψη τροφής ή υγρών. Η συχνότερη εντόπιση του πόνου αυτού είναι η γλώσσα οπότε και χαρακτηρίζεται ως γλωσσοδυνία. Η ένταση της στοματοδυνίας ποικίλει από ήπια ενόχληση έως έντονο πόνο αντίστοιχο με αυτόν της οδονταλγίας. Έχει επίσης αναφερθεί ότι μπορεί να συνοδεύεται από ναυτία, ζάλη και διαταραχή στη γεύση.

Η αιτιολογία της στοματοδυνίας περιλαμβάνει πλήθος παραγόντων όπως τοπικούς παράγοντες, συστηματικά νοσήματα, ψυχογενή αίτια καθώς τέλος και αλλαγές στην ποσότητα και στην ποιότητα του σιέλου.

#### **Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά στους παράγοντες που έχουν εμπλακεί κατά καιρούς στην αι-

τιοπαθγένεια της στοματοδυνίας, στην απαιτούμενη αιματολογική και βιοχημική διερεύνηση καθώς και στην ανταπόκριση των ασθενών στις εκάστοτε θεραπείες.

### Κύριο μέρος

Οι τοπικοί παράγοντες που έχουν αναφερθεί ότι εμπλέκονται στην αιτιοπαθγένεια της στοματοδυνίας περιλαμβάνουν: γεωγραφική γλώσσα, καντιντίαση, δημιουργία γαλβανικών ρευμάτων από παρακείμενες εμφράξεις αμαλγάματος καθώς και αλλεργία στο ακρυλικό των οδοντοστοιχιών.

Οι συστηματικοί παράγοντες περιλαμβάνουν: ελλείψεις βιταμινών όπως η Β12 και το φυλλικό οξύ καθώς και σιδηροπενική αναιμία. Στοματοδυνία επίσης αναφέρεται σε διαβητικούς ασθενείς καθώς και σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα. Τέλος κατά την εμμηνοπαυση οι γυναίκες εμφανίζουν συχνά στοματοδυνία.

Πολλές ψυχιατρικές διαταραχές έχουν ενοχοποιηθεί για τη στοματοδυνία με επικρατέστερες την καρκινοφοβία, την αντιδραστική κατάθλιψη και το άγχος λόγω επαγγελματικών προβλημάτων.

Για τους ασθενείς με στοματοδυνία απαιτείται η λήψη ενός εκτενούς ιστορικού και η διενέργεια ορισμένων αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων ώστε να ανευρεθούν ή αποκλεισθούν πιθανά νοσήματα που εμπλέκονται στην αιτιοπαθγένεια της στοματοδυνίας.

### Συμπέρασμα

Η λήψη εκτενούς ιστορικού και η διενέργεια συγκεκριμένων αιματολογικών και βιοχημικών συμβάλλουν στην ανεύρεση του εκάστοτε αιτίου της στοματοδυνίας και στον καθορισμό της θεραπείας.

---

## EA15

### ΜΕΛΑΓΧΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΛΕΙΧΗΝΟΕΙΔΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

---

Τσιτσινίδης Σάββας, Καμπέρος Γεώργιος, Νικητάκης Νικόλαος, Δοντά Αικατερίνη, Οικονομοπούλου Παναγιώτα, Σκλαβούνη-Ανδρικοπούλου Αλεξάνδρα

Εργαστήριο Στοματολογίας και Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

### Εισαγωγή

Η διάχυτη μελάγχρωση του στοματικού βλεννογόνου συσχετίζεται με μεγάλη ποικιλία τοπικών και συστηματικών αιτιών κυμαινόμενων από τη φυσιολογική μελάγχρωση μέχρι το κακόηθες μελάνωμα. Η μελαγχρωματική μορφή του ομαλού λειχήνα αποτελεί εξαιρετικά σπάνιο υπότυπο και χαρακτηρίζεται από εντοπισμένες ή και διάχυτες μελαγχρωματικές βλάβες στο στοματικό βλεννογόνο, με συχνότερη εντόπιση τις παρειές και τη γλώσσα. Ποικίλα φάρμακα έχουν ενοχοποιηθεί για την πρόκληση λειχηνοειδών αντιδράσεων οι οποίες μιμούνται κλινικά και ιστοπαθολογικά τις βλάβες του ομαλού λειχήνα.

### Παρουσίαση περιστατικού

Γυναίκα 57 ετών ανέφερε εμφάνιση ανώδυνων μελαγχρωματικών βλαβών, οι οποίες έγιναν αντιληπτές πριν λίγους μήνες. Από το ιατρικό ιστορικό, προέκυψε ότι η ασθενής λάμβανε pregabalin για νευροφυτικό πόνο στην αριστερή θωρακική χώρα τους τελευταίους μήνες. Επίσης η ασθενής βρισκόταν σε μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή με T4 και zolpidem για θυρεοειδίτιδα Hashimoto και νευρολογικές διαταραχές αντίστοιχα.

Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκαν διάχυτη μελάγχρωση στα πλάγια χείλη της γλώσσας, πολλαπλές μελαγχρωματικές κηλίδες στο βλεννογόνο των παρειών και των χειλέων καθώς και αμυδρό λευκωπό δίκτυο στην αριστερή παρεία και το αριστερό πλάγιο χείλος της γλώσσας. Δεν παρατηρήθηκαν δερματικές βλάβες.

Στη διαφορική διάγνωση συμπεριελήφθησαν ο μελαγχρωματικός ομαλός λειχήνας στόματος, η μελαγχρωματική λειχηνοειδής αντίδραση, η νόσος Addison, η αιμοχρωμάτωση, η εναπόθεση εξωγενών χρωστικών και η φυσιολογική μελάγχρωση.

Πραγματοποιήθηκε αιματολογικός έλεγχος, ο οποίος απέκλεισε τα πιθανά συστηματικά αίτια, ενώ η ιστοπαθολογική εξέταση βιοψίας γλώσσας αποκάλυψε λειχηνοειδή χαρακτηριστικά με διάχυτη εναπόθεση μελανίνης. Τέθηκε η διάγνωση των μελαγχρωματικών λειχηνοειδών βλαβών και συνεστήθη τακτική παρακολούθηση.

### Συμπεράσματα

Ελάχιστα περιστατικά μελαγχρωματικού ομαλού λειχήνα στόματος ή μελαγχρωματικών λειχηνοειδών αντιδράσεων έχουν παρουσιαστεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι μελαγχρωματικές λειχηνοειδείς βλάβες αρκετές φορές εμφανίζονται σε συνδυασμό με άλλες τυπικότερες κλινικές μορφές, όπως η δικτυωτή, διευκολύνοντας τη διάγνωση. Η διάκριση μεταξύ ομαλού λειχήνα και λειχηνοειδών φαρμακευτικών αντιδράσεων μπορεί να παρουσιάζει δυσχέρειες λόγω της κλινικής και ιστοπαθολογικής τους ομοιότητας και κυρίως βασίζεται στη χρονική συσχέτιση μεταξύ λήψης φαρμάκων και εμφάνισης των βλαβών και στην ανταπόκριση του ασθενούς στη διακοπή του ενοχοποιημένου φαρμάκου.

---

## EA16

### Η ΔΙΕΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΕ ΕΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ (ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ)

---

Ζιώγα Αικατερίνη, Τσουνίας Βασίλειος

Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας

### Εισαγωγή

Η λειτουργία στοματολογικού ιατρείου σε ένα νοσοκομείο της περιφέρειας συμβάλλει καθοριστικά στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία όχι μόνο στοματικών νοσημάτων αλλά και γενικών νόσων με αρχικές εκδηλώσεις στη στοματική κοιλότητα. Η τελική διάγνωση της νόσου, α-



ντιμετώπιση των συμπτωμάτων αλλά και η πλήρης θεραπεία του ασθενή επιτυγχάνεται κατόπιν συνεργασίας του στοματολογικού ιατρού και με άλλα τμήματα του νοσοκομείου.

#### Σκοπός

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιάσει τα δυο χρόνια λειτουργίας του Στοματολογικού Ιατρού του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας.

#### Υλικό & Μέθοδος

Στη μελέτη περιελήφθησαν 130 περιπτώσεις που εξετάστηκαν στο Στοματολογικό Ιατρείο το χρονικό διάστημα 2008-2010. Σε κάθε περίπτωση συμπληρώνονταν ειδική καρτέλα σύμφωνα με τις οδηγίες του WHO.

#### Αποτελέσματα

Από τους 130 ασθενείς οι 47 ήταν άνδρες με μέσο όρο ηλικίας τα 55,7 έτη και οι 83 ήταν γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 56,4 έτη. Οι 130 περιπτώσεις στοματολογικού ενδιαφέροντος που εξετάστηκαν, κατανέμονται ως εξής: Στοματογενετικές Δυσπλασίες: 1 ή 0,77%

Όγκοι του Στόματος: 34 ή 26,15%

Φλεγμονώδεις Νόσοι του Στόματος τοπικής ή άγνωστης αιτιολογίας: 27 ή 20,77%

Στοματικές Εκδηλώσεις Γενικών Νόσων: 68 ή 52,31%

#### Συμπεράσματα

1. Βασικό χαρακτηριστικό των περισσότερων περιπτώσεων ήταν η καθυστερημένη αναζήτηση του ειδικού στοματολόγου με συνέπεια την εξέλιξη της νόσου.
2. Η επιτυχημένη αντιμετώπιση ενός στοματολογικού ασθενή συχνά βασίζεται στη συνεργασία του Στοματολόγου με άλλα τμήματα του νοσοκομείου όπως το ιατρείο ΩΡΛ και το Δερματολογικό.
3. Κλειδί στην ακριβή διάγνωση αποτελεί η συνεργασία Στοματολογικού Ιατρού και Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου του Νοσοκομείου.
4. Η λειτουργία Στοματολογικού Ιατρού έστω σε εβδομαδιαία βάση συμβάλλει στην αναβάθμιση του Οδοντιατρικού Τμήματος και την ισότιμη συμμετοχή του στην επιστημονική λειτουργία του Νοσοκομείου.

#### ΕΑ17

#### ΝΟΣΟΣ DARIER: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Δοντά Αικατερίνη, Λυκουρέσης Διονύσιος, Νικητάκης Νικόλαος, Καραγιάννη Καίτη

Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος και Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

#### Εισαγωγή

Η νόσος Darier συνιστά ασυνήθη δερματοπάθεια με βραδεία προοδευτική εξέλιξη, η οποία κληρονομείται με τον αυτοσωμικό επικρατούντα χαρακτήρα. Συνήθως, προσβάλλονται άτομα κατά τη 2η και 3η δεκαετία της ζωής. Η πορεία της νόσου είναι χρόνια με υφέσεις και εξάρσεις, επιδεινώνεται κατά τους καλοκαιρινούς μήνες και

διαρκεί εφ' όρου ζωής ενώ οι ασθενείς έχουν φυσιολογικό προσδόκιμο επιβίωσης. Εκτός από το δέρμα, βλάβες εντοπίζονται στα νύχια και το στοματικό βλεννογόνο. Ειδικότερα, προσβολή της στοματικής κοιλότητας παρατηρείται σε ποσοστό περίπου 15-50% των περιπτώσεων, με τη μορφή συρρεουσών λευκών βλατίδων στην υπερώα, τη φατνιακή ακρολοφία ή τη γλώσσα, οι οποίες στη συνέχεια επεκτείνονται δημιουργώντας εικόνα «πλακόστρωτου». Αποτελεσματική θεραπεία αποτελούν τα παράγωγα της βιταμίνης Α και η τοπική χρήση κερατολυτικών ή/και κορτικοστεροειδών αλοιφών. Επίσης χορηγούνται αντιηλιακά καλλυντικά και συμπληρωματικές δίαιτες με λιπίδια.

#### Παρουσίαση περίπτωσης

Ασθενής ηλικίας 45 ετών προσήλθε για οδοντιατρική αξιολόγηση στην Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, ΕΚΓΠΑ. Δεν ανέφερε συμπτώματα από τα δόντια, τις γνάθους ή το στοματικό βλεννογόνο. Από το ιατρικό ιστορικό προέκυψε ότι ο ασθενής έπασχε από τη νόσο του Darier (θυλακική δυσκεράτωση) και είχε νοσηλευτεί στο παρελθόν για δερματολογικά προβλήματα. Επίσης, αναφέρθηκε ίλιγγος και ψυχωσικές διαταραχές. Βρισκόταν σε φαρμακευτική αγωγή με ρετινοειδή, τοπικά κορτικοστεροειδή για δερματική χρήση, διμενυδρινάτη, αλοπεριδόλη και βιπεριδίνη.

Κλινικός και ακτινογραφικός έλεγχος αποκάλυψε ότι ο ασθενής ήταν μερικά νωδός, με παραμονή πολλαπλών ριζών και έγκλειστου κυνόδοντα στην κάτω γνάθο, ενώ ο στοματικός βλεννογόνος ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Δερματολογικός έλεγχος αποκάλυψε συρρεούσες ερυθρωπές βλατίδες στο δέρμα των άνω και κάτω άκρων, εντυπώματα στις παλάμες και δυστροφίες ονύχων.

#### Συμπεράσματα

Η λήψη ενός πλήρους ιατρικού ιστορικού αποτελεί βασική προϋπόθεση πριν την έναρξη οποιασδήποτε οδοντιατρικής εργασίας. Η αποκάλυψη συστηματικών νοσημάτων με δερματολογικές και άλλες εκδηλώσεις, όπως η νόσος του Darier, θα καθοδηγήσει τον κλινικό στην αναζήτηση πιθανών εκδηλώσεων στη στοματική και περιστοματική χώρα και θα επιτρέψει το σχεδιασμό ενός οδοντιατρικού σχεδίου θεραπείας κατάλληλα προσαρμοσμένου στις ανάγκες του ασθενούς.

#### ΕΑ18

#### ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ 6 ΕΤΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ SOTOS

Κουτσούκος Ιωάννης, Ρερρέ Αναστασία, Χαλά Μαριάννα, Αραποστάθης Κωνσταντίνος

Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα Παιδών και Εφήβων ΑμεΑ Γενικού Νοσοκομείου Παιδών Πεντέλης

### Εισαγωγή

Το σύνδρομο Sotos είναι γνωστό ως εγκεφαλικός γιγαντισμός λόγω του χαρακτηριστικού μεγέθους και σχήματος της κεφαλής. Είναι γενετική κατάσταση, με συχνότητα 1/12.000 γεννήσεις, που προκαλεί σωματική υπερανάπτυξη, γερασμένα οστά, ακρομεγαλία και μη-προοδευτική εγκεφαλική διαταραχή με διανοητική καθυστέρηση. Προκαλείται από μεταλλάξεις στο γονίδιο NSD1 και περίπου το 95% των περιπτώσεων εμφανίζεται σε άτομα χωρίς ιστορικό της νόσου στην οικογένειά. Είναι παρόμοιο με το σύνδρομο Weaver. Τα πάσχοντα παιδιά έχουν μεγάλα χέρια και πόδια από την στιγμή της γέννησης, είναι συνήθως ψηλότερα, πιο βαριά και έχουν μεγαλύτερη κεφαλή από τους συνομήλικούς τους. Η εμφάνιση του προσώπου είναι ιδιαίτερα αισθητή από την πρώιμη παιδική ηλικία. Ο μύϊκός τόνος είναι χαμηλός και η ομιλία χαρακτηριστικά ελαττωματική. Οι ασθενείς με σύνδρομο Sotos εμφανίζουν πολύ χαμηλό βαθμό συνεργασίας και απαιτείται γενική αναισθησία (Γ.Α) για την ολοκλήρωση της οδοντιατρικής θεραπείας. Η φυσική κατάσταση του παιδιού ήταν στο επίπεδο II.

### Σκοπός

Η παρούσα εργασία ως σκοπό έχει την παρουσίαση της οδοντιατρικής θεραπείας παιδιού με σύνδρομο Sotos και νοητική υστέρηση κάτω από γενική αναισθησία.

### Παρουσίαση περίπτωσης

Πρόκειται για κορίτσι ηλικίας 6 ετών με σύνδρομο Sotos και νοητική υστέρηση που προσήλθε για οδοντιατρική αντιμετώπιση στο Νοσοκομείο μας.

Η κλινική εμφάνιση της ασθενούς ανταποκρινόταν στα ευρήματα που αναφέρονται στην βιβλιογραφία. Στο Νοσοκομείο μας λειτουργεί Οδοντιατρική Μονάδα Παίδων και Εφήβων με αναπηρία από το 1987. Λόγω της μη συνεργασίας, το παιδί αντιμετωπίστηκε κάτω από γενική αναισθησία.

Κατά την διάρκεια της επέμβασης αντιμετωπίστηκαν όλες οι οδοντοστοματολογικές ανάγκες της ασθενούς και δεν παρατηρήθηκε καμία επιπλοκή κατά την Γ.Α και την επέμβαση. Ο χρόνος αναισθησίας ήταν 115' ενώ ο χρόνος οδοντοθεραπείας ήταν 100'. Έγιναν δύο (2) εμφράξεις αμαλγάματος, τέσσερις (4) εμφράξεις από σύνθετη ρητίνη, εννέα (9) εξαγωγές και φθορίωση.

### Συμπέρασμα

Η οδοντιατρική θεραπεία με γενική αναισθησία, με την τήρηση των ισχυόντων κανόνων, αποτελεί μία ασφαλή μέθοδο αντιμετώπισης όλων των οδοντοστοματολογικών αναγκών σε μία συνεδρία των ατόμων εκείνων που δεν μπορούν να συνεργασθούν για αντιμετώπιση στην οδοντιατρική έδρα.

## ΕΑ19

### ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Πεπονάκη Ειρήνη, Μάστακα Αντωνία, Γεωργαλά Δέσποινα, Φραγκάκης Μάριος

Οδοντιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

### Εισαγωγή

Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες νοσηρότητας και θνησιμότητας των ενεργητικών και των παθητικών καπνιστών. Επίσης σχετίζεται με την εμφάνιση καρκίνου και σοβαρών συστηματικών παθήσεων. Η ευθύνη των επαγγελματιών υγείας για τον έλεγχο/περιορισμό της επιδημίας του καπνού (tobacco epidemic) είναι μεγάλη.

### Σκοπός

Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση των καπνιστικών συνθηκών των ασθενών Οδοντιατρικού Τμήματος Νοσοκομείου και η εφαρμογή της συμβουλευτικής κατά του καπνίσματος.

### Υλικό και μέθοδος

Στη μελέτη συμμετείχαν 96 οδοντιατρικοί ασθενείς από τους οποίους 55 (57,29%) ήταν καπνιστές, 26 (27,08%) πρώην καπνιστές και 15 (15,62%) μη καπνιστές, κατά το έτος 2010. Σε ειδικό έντυπο καταγράφηκαν οι καπνιστικές συνήθειες κάθε ασθενούς, ακολουθούσε συμβουλευτική παρέμβαση διάρκειας 5' και χορηγούνταν ενημερωτικά έντυπα. Έξι μήνες μετά την παρέμβαση ακολουθούσε τηλεφωνική επικοινωνία με τους ασθενείς και καταγραφόταν το αποτέλεσμα της προσπάθειάς τους.

### Αποτελέσματα

Από τους 55 καπνιστές το 53,36% ήταν άντρες, το 43,63% ήταν γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 50,47 έτη, οι οποίοι κάπνιζαν κατά μέσο όρο 26,07 έτη. Οι περισσότεροι από τους καπνιστές προσπάθησαν στο παρελθόν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς αποτέλεσμα. Το 78,18% επιθυμούσε να διακόψει το κάπνισμα για λόγους υγείας και το 34,54% για οικονομικούς λόγους. Ως σημαντικότερα προβλήματα που θα αντιμετώπιζαν από τη διακοπή του καπνίσματος ανέφεραν το στερεητικό σύνδρομο και την αύξηση του σωματικού βάρους. Από τους 46 καπνιστές που επικοινωνήσαν τηλεφωνικά οι 3 (6,52%) απάντησαν ότι διέκοψαν το κάπνισμα. Επίσης όλοι οι πρώην καπνιστές και οι μη καπνιστές δήλωσαν ότι συνέχιζαν να μη κάπνιζουν.

### Συμπεράσματα

Η συμβουλευτική κατά του καπνίσματος έχει μικρό κόστος και μεγάλο όφελος για την δημόσια υγεία. Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ της οδοντιατρικής ομάδας και των ασθενών αποτελεί ιδανικό περιβάλλον για την προβολή της διακοπής του καπνίσματος. Απαιτείται κατάλληλη εκπαίδευση του οδοντιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού, για να είναι σε θέση να υλοποιεί τη συμβουλευτική κατά του καπνίσματος με αποτελεσματικό τρόπο.

## ΕΑ20

### ΒΑΤΡΑΧΙΟ ΕΔΑΦΟΥΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Μένεγας Γεώργιος, Τζώρτζης Γεώργιος, Κατσάμπης Σωτήριος, Καρράς Ανδρέας

Οδοντιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης και Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Γενικού Νοσοκομείου

**Εισαγωγή**

Η βλεννώδης κύστη είναι μια κύστη των μαλακών μοριών χωρίς επιθηλιακή επένδυση η οποία προέρχεται από την ρήξη του εκφορητικού πόρου σιελογόνου αδένα και την συλλογή της βλέννας μέσα στους ιστούς. Το βατράχιο ανήκει στις βλεννώδεις κύστες.

**Σκοπός**

Η εργασία σκοπό έχει να παρουσιάσει αφενός μεν την βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά το βατράχιο εδάφους στόματος και τις μεθόδους αντιμετώπισής του και αφετέρου μία ενδιαφέρουσα σχετική περίπτωση.

**Παρουσίαση περίπτωσης**

Ασθενής, γυναίκα, ετών 59, παραπέμφθηκε στο Οδοντιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου από ιδιώτη οδοντίατρο στο λόγω ύπαρξης διόγκωσης στο έδαφος του στόματος δεξιά. Η αναφερόμενη διάρκεια της διόγκωσης ήταν περίπου 1,5 μήνας.

Από τα κλινικά χαρακτηριστικά τέθηκε ως πιθανή διάγνωση εκείνη του βατραχίου. Στην συνέχεια, σε συνεργασία με το Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής έτερου Νοσοκομείου έγιναν όλες οι εργαστηριακές εξετάσεις και αξονική τομογραφία για την επιβεβαίωση της πιθανής διάγνωσης. Έγινε χειρουργική αφαίρεση της διόγκωσης και μερική αφαίρεση του υπογλώσσου αδένα. Έξη μήνες μετά η ασθενής είναι ελεύθερη σχετικών σημείων και συμπτωμάτων.

**Συμπεράσματα**

Αρκετές φορές κατά την άσκηση της Οδοντιατρικής στα Νοσοκομεία προκύπτει η ανάγκη συνεργασίας με τον στοματικό και γναθοπροσωπικό χειρουργό. Η καλή σχετική συνεργασία αποβαίνει πάντοτε προς όφελος του ασθενούς και προάγει το επίπεδο της παρεχόμενης περιθαλψης.

**EA21****Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΠΙΠΡΟΒΟΛΗΣ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΣΤΗΝ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗ ΜΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΙΜΩΝ ΠΤΩΜΑΤΩΝ**

Φραγκάκης Μάριος, Τζανάκη Ελευθερία, Μανιός Ανδρέας, Δούζης Ιωάννης, Μιχαλοδημητράκης Μανώλης

Οδοντιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου και Εργαστήριο Ιατροδικαστικών Επισημών Πανεπιστημίου Κρήτης

**Εισαγωγή**

Η αναγνώριση της ταυτότητας ατόμων που έχασαν τη ζωή τους κάτω από εξαιρετικά βίαιες συνθήκες (απανθράκωση, ακρωτηριασμός, πνιγμός) είναι απαραίτητη για νομικούς και κοινωνικούς λόγους. Η Ιατροδικαστική του Στόματος συμβάλλει στην αναγνώριση των αλλοιωμένων πτωμάτων με την αξιοποίηση των οδοντιατρικών ιστορικών, των εκμαγείων, των οδοντιατρικών ακτινογραφιών, των ενδοστοματικών ή αναμνηστικών φωτογραφιών κ.ά.

**Σκοπός**

Η παρουσίαση της συμβολής της μεθόδου της επιπροβολής των δοντιών στην ταυτοποίηση μη αναγνωρίσιμων πτωμάτων με βάση επιλεγμένα περιστατικά.

**Παρουσίαση περιστατικών**

Παρουσιάζονται τρεις περιπτώσεις ταυτοποίησης αλλοιωμένων, μη αναγνωρίσιμων πτωμάτων, που πραγματοποιήθηκαν με τη μέθοδο της επιπροβολής των μεταθανάτιων φωτογραφιών των δοντιών στις προθανάτιες φωτογραφίες τους.

Η πρώτη περίπτωση αφορά γυναίκα, υπήκοο Ηνωμένου Βασιλείου, ηλικίας 54 ετών, που εντοπίστηκε νεκρή μετά από πολυήμερη παραμονή στη θάλασσα ως αποτέλεσμα εγκληματικής ενέργειας.

Η δεύτερη περίπτωση αφορά άνδρα, ηλικίας 50 ετών, ο οποίος βρέθηκε πλήρως απανθρακωμένος, στο χώρο αποσκευών του καμμένου αυτοκινήτου του (απαγωγή-δολοφονία).

Η τρίτη περίπτωση αφορά άνδρα, ηλικίας 58 ετών, ο οποίος βρέθηκε πλήρως απανθρακωμένος στο χώρο εργασίας του, λόγω ατυχήματος.

Η κατάσταση των πτωμάτων (σαπωνοποίηση και απανθράκωση) κατέστησε αδύνατη την αναγνώριση από τους οικείους τους. Σε όλες τις περιπτώσεις συμπληρώθηκαν μεταθανάτια οδοντογράμματα και ζητήθηκαν τα προθανάτια από τους θεράποντές τους. Επίσης ελήφθησαν μεταθανάτιες φωτογραφίες και παράλληλα αναζητήθηκαν πρόσφατες προθανάτιες φωτογραφίες των θυμάτων. Η προθανάτια φωτογραφία της γυναίκας βρέθηκε στο διαδίκτυο (facebook) ενώ στις άλλες περιπτώσεις τις προσκόμισαν οι συγγενείς τους. Ακολούθησε κατάλληλη ψηφιακή επεξεργασία των φωτογραφιών και με τη βοήθεια Η/Υ πραγματοποιήθηκε η επιπροβολή των μεταθανάτιων φωτογραφιών στις προθανάτιες φωτογραφίες των οδοντικών τόξων. Από την επιπροβολή των φωτογραφιών διαπιστώθηκε πλήρης σύμπτωση των μορφολογικών χαρακτηριστικών των οδοντικών τόξων, επιβεβαιώνοντας έτσι την ταυτότητα των θυμάτων. Λίγες ημέρες μετά την ταυτοποίηση της πρώτης περίπτωσης, παρελήφθη το οδοντόγραμμα, τα στοιχεία του οποίου αντιστοιχούσαν απολύτως με τα καταγραφέντα κατά τη νεκροτομή.

**Συμπέρασμα**

Η φωτογραφική επιπροβολή κρανίου ή δοντιών χαρακτηρίζεται ως μια ταχεία, οικονομική και αξιόπιστη μέθοδος, η οποία σε ειδικές περιπτώσεις αποτελεί χρήσιμο βοήθημα για τον Ιατροδικαστή του Στόματος.

**EA22****ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑμεΑ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΣΕ ΕΙΔΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ 3,5 ΕΤΩΝ: ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ - ΟΔΟΝΤΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ**

Δημητρίου Αικατερίνη, Καρκαντζού Στέλλα, Φανδρίδης Ιωάννης, Ζερβού-Βάλβη Φλώρα

Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ενηλίκων ΑμεΑ του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας»

### Εισαγωγή

Το επίπεδο της στοματικής υγείας των ατόμων με αναπηρία (ΑμεΑ) είναι πολύ χαμηλό, κυρίως λόγω της μη συνεργασίας τους για στοματική υγιεινή, σωστή διατροφή και εξέταση από τον οδοντίατρο.

### Σκοπός

α) η καταγραφή ανά κατηγορία αναπηρίας των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν στο χειρουργείο στην Ειδική Μονάδα Οδοντοθεραπείας για ενήλικα ΑμεΑ του Νοσοκομείου μας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3,5 ετών

β) ο προσδιορισμός του επιπολασμού τερηδόνας και των οδοντοθεραπευτικών αναγκών αυτών.

### Υλικό και Μέθοδος

Κριτική αξιολόγηση και μελέτη των φακέλων των ΑμεΑ που αντιμετωπίστηκαν στο χειρουργείο, κατά την πρώτη προσέλευσή τους στο Τμήμα μας, στο διάστημα 1/1/2008 έως 30/6/2011. Καταγράφηκαν:

- Το φύλο, η ηλικία, και είδος της αναπηρίας,
- Ο δείκτης τερηδόνας DMF (D+M+F/n),
- Ο δείκτης των υπαρχουσών θεραπευτικών αναγκών UTN (D/D+F%),
- Ο αριθμός των εμφράξεων και εξαγωγών που έγιναν ανά ΑμεΑ στο χειρουργείο

### Αποτελέσματα

Οι ασθενείς 1ης φοράς ήταν 214, 125 άνδρες (58,4%) και 89 γυναίκες (41,6%). Οι ηλικίες κυμαίνονταν από 14 έως 82 έτη (μ.ό. 28,9). Η πλειονότητα ήταν 14-30 ετών.

Νοητική υστέρηση ως μόνη αναπηρία είχαν 90 άτομα (42%), κινητική αναπηρία 37 (17,3%), αυτισμό 29 (13,5%), σύνδρομο Down 11 (5,1%) και άλλα σύνδρομα 14 (6,5%), επιληψία 12 (5,6%), ψύχωση 10 (4,7%), αισθητηριακή αναπηρία 5 (2,3%), άνοια 3 (1,4%), άλλα 3 (1,4%). Σχεδόν όλα τα άτομα παρουσίαζαν νοητική υστέρηση και αδυναμία συνεργασίας με τον οδοντίατρο στην οδοντιατρική έδρα. Στην πλειονότητά των συνυπήρχαν περισσότερες από μία αναπηρίες.

Μόνο 3 άτομα 1,4% των ΑμεΑ ήταν ελεύθερα τερηδόνας. Ο δείκτης DMF ήταν 13,6 εύρημα που δηλώνει υψηλή τερηδονική προσβολή.

Ο δείκτης UTN ήταν 83,2% εύρημα που δηλώνει ότι είχαν μεγάλες οδοντοθεραπευτικές ανάγκες.

Σε κάθε ασθενή έγιναν κατά μέσο όρο 4,8 εμφράξεις και 4 εξαγωγές.

### Συμπεράσματα

Η πιο συχνή αναπηρία που οδηγεί ένα ΑμεΑ στο χειρουργείο για οδοντοθεραπεία είναι η νοητική υστέρηση. Το χαμηλό επίπεδο στοματικής υγείας και οι αυξημένες οδοντοθεραπευτικές ανάγκες υπογραμμίζουν την σημασία της οργανωμένης πρόληψης στις ευαίσθητες αυτές κοινωνικές ομάδες.

## ΕΑ23

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΜΕΑ

Ταβουλαρέα Ζαχαρούλα, Ζιάκου Αικατερίνη

Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ενηλίκων ΑμεΑ του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας»

### Εισαγωγή

Άτομα με ειδικές ανάγκες χαρακτηρίζονται αυτά με σοβαρές ανεπάρκειες, ανικανότητες ή μειονεξίες, που οφείλονται σε σωματικές βλάβες, συμπεριλαμβανομένων των βλαβών των αισθήσεων, ή σε διανοητικές ή ψυχικές βλάβες, οι οποίες περιορίζουν ή αποκλείουν την εκτέλεση δραστηριότητας ή λειτουργίας, η οποία θεωρείται κανονική για έναν άνθρωπο,

### Σκοπός

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της προσπάθειας διατήρησης της οδοντιατρικής υγείας των ΑΜΕΑ μέσω της πρόληψης των οδοντιατρικών ασθενειών, η οποία απαιτεί κατάλληλο προγραμματισμό και εφαρμογή από τις υπηρεσίες υγείας και την συμβολή του επισκέπτη υγείας σε αυτές

### Κύριο μέρος

Η προληπτική στρατηγική που πρέπει να ακολουθείται, περιλαμβάνει τρία στάδια:

1. Την πρωτοβάθμια πρόληψη η οποία περιλαμβάνει τις ορθές διατροφικές συνήθειες, την αποφυγή σακχαρούχων προϊόντων, την μείωση των βλαπτικών περιβαλλοντικών επιδράσεων κ.λ.π.
2. Την δευτεροβάθμια πρόληψη, η οποία περιλαμβάνει την αναχαίτιση των βλαβών στα πρώτα στάδια π.χ. με φθοριώσεις, αποτρίγωση κ.λ.π. και
3. Την τριτοβάθμια πρόληψη η οποία περιλαμβάνει την ενεργητική και επανορθωτική θεραπεία.

Και εδώ ο ρόλος του επισκέπτη υγείας καθίσταται ιδιαίτερα σημαντικός διότι η πρώιμη διάγνωση επιτρέπει την έγκαιρη έναρξη θεραπείας, αυξάνοντας θεαματικά τις πιθανότητες ίασης. Συνοπτικά ο ρόλος του επισκέπτη υγείας περιλαμβάνει:

- Εξατομικευμένες επισκέψεις στα σπίτια αλλά και στα ειδικά σχολεία, από οδοντιατρικές ομάδες (στις οποίες συμμετέχει και επισκέπτης υγείας), οι οποίες θα πραγματοποιούν προαγωγή της υγείας του στόματος, προληπτικό οδοντιατρικό έλεγχο και θα δίνουν συμβουλές για οδοντιατρική υγιεινή.
- Εκστρατείες οι οποίες αποσκοπούν στην αλλαγή συμπεριφοράς των διατροφικών συνηθειών, ώστε να μειωθούν οι παράγοντες που προκαλούν οδοντιατρικές ασθένειες.
- Συμμετοχή σε εθνικές επιδημιολογικές έρευνες, που αφορούν την οδοντιατρική υγεία, προκειμένου να προετοιμάσουν και να εφαρμόσουν ένα δημόσιο οδοντιατρικό σχέδιο υγειονομικής περίθαλψης για ΑμεΑ.

**Συμπεράσματα**

Στα πλαίσια αυτά ο ρόλος των επισκεπτών υγείας μπορεί να αναδειχθεί σε ιδιαίτερα σημαντικό. Τίποτα όμως πιο ουσιαστικό δεν μπορεί να επιτευχθεί, αν δεν μεσολαβήσει η προσωπική και οικογενειακή προσπάθεια του καθενός για την διατήρηση της στοματικής του υγείας.

**ΕΑ24****ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

Βαϊλάκη Ευαγγελία, Νεονάκη Σοφία, Λασηθιωτάκη Δήμητρα, Νικολιδάκης Δημήτριος, Φραγκάκης Μάριος

Οδοντιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

**Εισαγωγή**

Τα άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ) συγκροτούν μια ευρεία και ανομοιογενή ομάδα, που αδυνατεί να παρακολουθήσει τα γενικά προγράμματα προληπτικής οδοντιατρικής, εξαιτίας ειδικών προβλημάτων και γι' αυτό έχουν ανάγκη εξειδικευμένης προσέγγισης.

**Σκοπός**

Η εργασία αποσκοπεί στην περιγραφή του τρόπου οργάνωσης και υλοποίησης ενός προγράμματος προληπτικής οδοντιατρικής για μαθητές-ΑμεΑ, που φοιτούν σε ανοικτού ή κλειστού τύπου ιδρύματα.

**Κύριο μέρος**

Η οργάνωση ενός προγράμματος προληπτικής οδοντιατρικής για ΑμεΑ, υλοποιείται με οκτώ αλληλοδιαδόχα βήματα, που περιέχονται σε τρία βασικά κεφάλαια:

**A. Προκαταρτικές Ενέργειες:** 1ο Βήμα: Ενημερώνεται εγγράφως το ίδρυμα για την πραγματοποίηση του προγράμματος από την οδοντιατρική υπηρεσία, η οποία επίσης στελεχώνει την οδοντιατρική ομάδα παρέμβασης. 2ο Βήμα: Καταγράφονται στοιχεία όπως το είδος του ιδρύματος (σχολείο, κέντρο, ανοικτού-κλειστού τύπου), ο αριθμός, η ηλικία των μαθητών-ΑμεΑ κ.ά. 3ο Βήμα: Συλλέγονται πληροφορίες με σκοπό να εκτιμηθούν οι οδοντιατρικές ανάγκες των ΑμεΑ.

**B. Κυρίως Προληπτικό Πρόγραμμα:** 4ο Βήμα: Πραγματοποιούνται ομιλίες για θέματα στοματικής υγείας, που απευθύνονται στους μαθητές, στους γονείς και στους εκπαιδευτές του ιδρύματος. 5ο Βήμα: Πραγματοποιείται οδοντοστοματική εξέταση και καταγράφονται όλα τα ευρήματα. 6ο Βήμα: Γίνεται εξατομικευμένος έλεγχος της οδοντικής μικροβιακής πλάκας, διδάσκεται ο τρόπος μηχανικής απομάκρυνσής της και αναλόγως των προβλημάτων συστήνεται η χρήση αντισηπτικών ή φθοριούχων. 7ο Βήμα: Ελέγχεται το διαιτολόγιο κάθε μαθητή και προβάλλεται η αξία της ισορροπημένης διατροφής. Επίσης ελέγχεται ο τρόπος σίτισης και ομιλίας δηλαδή αξιολογούνται οι δεξιότητες των ΑμεΑ στη σύλληψη, μάσηση

και κατάποση των τροφών, στη λήψη υγρών καθώς και οι ικανότητές τους να ομιλούν.

**Γ. Αξιολόγηση και η Επανάληψη του Προγράμματος:** 8ο Βήμα: Αξιολογείται συνολικά το πρόγραμμα (επίδοση μαθητών, ανταπόκριση γονέων/εκπαιδευτών). Η επανάληψη του προγράμματος γίνεται από το 4ο Βήμα.

**Συμπεράσματα**

Ένα πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας για ΑμεΑ πρέπει να ενεργοποιεί όλους τους συντελεστές (μαθητές, γονείς, εκπαιδευτές), να αξιοποιεί τα εκπαιδευτικά προγράμματα και την υποδομή του ιδρύματος και επίσης να είναι ολοκληρωμένο, συστηματικό, εξατομικευμένο και επαναλαμβανόμενο.

**ΕΑ25****ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**

Νεονάκη Σοφία, Βαϊλάκη Ευαγγελία, Λασηθιωτάκη Δήμητρα, Νικολιδάκης Δημήτριος, Φραγκάκης Μάριος

Οδοντιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

**Εισαγωγή**

Τα άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ) αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού της χώρας μας, το οποίο υπερβαίνει το 10-15%. Στα ΑμεΑ η παρουσία κυρίως τερηδονικών βλαβών και περιοδοντικής νόσου καθώς και οι αντίστοιχες θεραπευτικές ανάγκες εμφανίζουν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά. Κύριες αιτίες θεωρούνται: η απουσία προγραμμάτων προληπτικής οδοντιατρικής για ΑμεΑ και οι εγγενείς αδυναμίες της Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας στο Ε.Σ.Υ.

**Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας εργασία ήταν η αξιολόγηση της στοματικής υγείας, η καταγραφή των θεραπευτικών αναγκών, η διδασκαλία της υγιεινής του στόματος και η συμβουλευτική σε θέματα διατροφής-σίτισης των ΑμεΑ που φοιτούν σε ειδικά σχολεία ή νοσηλεύονται σε ιδρύματα του νομού Ηρακλείου.

**Υλικό και μέθοδος**

Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν 128 ΑμεΑ, από τα οποία 125 άτομα συνεργάστηκαν ικανοποιητικά. Στο σύνολο των εξετασθέντων ατόμων το 57% ήταν άρρενες, το 43% θήλειες ενώ η μέση ηλικία ήταν 21 έτη. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τέσσερα ειδικά σχολεία και ένα ίδρυμα κλειστής περίθαλψης από τον Ιούνιο του 2010 μέχρι τον Μάρτιο του 2011. Κατά την κλινική εξέταση, καταγράφηκαν σε ειδικά έντυπα τα παρακάτω στοιχεία: ηλικία, φύλο, κατάσταση στοματικής υγιεινής, παρουσία τρυγίας/αιμορραγίας, ανάγκη εμφράξεων/εξαγωγών, οδοντογναθικές ανωμαλίες, χρήση μέσων στοματικής υγιεινής, ικανότητα σίτισης-ομιλίας κ.ά. Ακολούθησε στατιστική επεξεργασία των ευρημάτων.



### Αποτελέσματα

Η στοματική υγιεινή των ΑμεΑ καταγράφηκε ως ανεπαρκής στο 87% των περιπτώσεων. Εναποθέσεις τρυγίας εντοπίστηκαν στο 85% ενώ αιμορραγία ανιχνεύθηκε στο 70% των ατόμων, τα οποία είχαν ανάγκη περιοδοντικής αντιμετώπισης. Επίσης το 24,8% του δείγματος εμφάνιζε αύξηση του όγκου των ούλων που απατούσε ουλεκτομή / ουλοπλαστική. Το 30% των εξετασθέντων είχε ανάγκη εμφράξεων ενώ το 18% χρειαζόταν εξαγωγές δοντιών. Το 45% των ατόμων παρουσίαζε οδοντογενικές ανωμαλίες. Η ικανότητα σίτισης σχετίζεται άμεσα με αυτήν της ομιλίας.

### Συμπεράσματα

Καταγράφηκε μια ενδιαφέρουσα ποικιλία οδοντοστοματικών παθήσεων και διαπιστώθηκε η επιτακτική ανάγκη οδοντοθεραπευτικής κάλυψης των εξετασθέντων. Κρίνεται απαραίτητη η άμεση οδοντιατρική παρέμβαση σε επίπεδο πρόληψης και θεραπείας των ΑμεΑ. Απαιτείται αναδιοργάνωση της Δευτεροβάθμιας Οδοντιατρικής Περύθλαψης για την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων των ειδικών ασθενών.

### EA26

---

#### Η ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΑ ΑμεΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΓΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

---

Σαρρίδου Δέσποινα, Μουστάκα Αλεξάνδρα, Πιπερόπουλος Αλέξανδρος, Διακομή Μαρία, Παπαδόπουλος Πρόδρομος, Πολυμενάκου Μαρία, Ζερβού-Βάλβη Φλώρα, Μελά Αργυρώ

Από τα Τμήματα Αναισθησιολογικό και Οδοντιατρικό - Ειδική Μονάδα ενηλίκων ΑμεΑ του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας»

### Εισαγωγή

Η διαχείριση των ΑμεΑ, στα οποία περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων άτομα με νοητική υστέρηση και αυτισμό, οφείλει να είναι προσαρμοσμένη στις ειδικές συνθήκες. Βασικά προβλήματα αποτελούν το έλλειμμα συνεργασίας, η επιθετικότητα, η έλλειψη συνεννόησης και το αίσθημα του φόβου που συνοδεύει τον αποχωρισμό από τα οικεία πρόσωπα. Η αναισθησιολογική παρέμβαση αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα στην προσπάθεια επίτευξης της αναγκαίας συνεργασίας για την παροχή γενικής αναισθησίας.

### Σκοπός

Η παρουσίαση των αναισθησιολογικών παρεμβάσεων κατά την άμεση προεγχειρητική περίοδο που στοχεύουν στην επίτευξη της συνεργασίας των ΑμεΑ για την παροχή γενικής αναισθησίας.

### Υλικό και μέθοδος

Στην Ειδική Μονάδα του Νοσοκομείου μας για οδοντοθεραπεία ενηλίκων ΑμεΑ υπό γενική αναισθησία, από τον Σεπτέμβριο του 1995 που έγινε η έναρξη λειτουργίας της

Μονάδας αυτής έως τον Ιούνιο του 2011, έχουν αντιμετωπισθεί 2000 περιστατικά.

Άξονες της προ- και δι-εγχειρητικής αναισθησιολογικής διαχείρισης αποτελούν:

1. Η συνεργασία ομάδας αναισθησιολόγων (συχνά τριών σε επιθετικούς ασθενείς) με τους επεμβαίνοντες οδοντιάτρους και τους νοσηλευτές, με το σύνολο των μελών να διαθέτουν ειδική ευαισθητοποίηση, εμπειρία και εκπαίδευση.
2. Η κατάλληλη κατά περίπτωση επιλογή προνάρκωσης στον χώρο του χειρουργείου. Φάρμακα επιλογής αποτελούν η μιδαζολάμη ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά ή ακόμη και per os σε μη συνεργάσιμους ασθενείς καθώς και η ενδομυϊκή χορήγηση κεταμίνης σε πιο απαιτητικές περιπτώσεις.
3. Η κατά περίπτωση συνοδεία και παρουσία γονέως ή οικείου του ασθενούς προσώπου, στην αίθουσα του χειρουργείου μέχρι την εισαγωγή στην αναισθησία.
4. Η διαρκής ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών από το σύνολο των μελών της επεμβαίνουσας ομάδας.

### Αποτελέσματα

Οι προσπάθειες τήρησης των ανωτέρω τεχνικών και μεθόδων οδήγησαν στον περιορισμό στο ελάχιστο των περιστατικών αναβολής για λόγους αδυναμίας συνεργασίας (μόλις τρία περιστατικά).

### Συμπεράσματα

Η στρατηγική διαχείριση των ΑμεΑ -κυρίως προεγχειρητικά- στηρίζεται στην ειδική ευαισθητοποίηση, εμπειρία και εκπαίδευση των επεμβαίνοντων. Η αναισθησιολογική παρέμβαση διαφοροποιείται στοχευμένα τόσο στην ιδιαίτερη προεγχειρητική προετοιμασία και προνάρκωση, όσο και στη βελτιστοποίηση των συνθηκών κατά την παραμονή στην χειρουργική αίθουσα πριν την εισαγωγή στην αναισθησία. Σημαντικότερη όλων αναδεικνύεται η ανάγκη συλλογικής εργασίας.

### EA27

---

#### ΑΙΤΙΕΣ ΑΝΑΒΟΛΗΣ Ή ΜΑΤΑΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΘΕΝΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ ΑμεΑ

---

Φανδριδής Ιωάννης, Σκάρπα Νεκταρία, Δημητρίου Αικατερίνη, Ζερβού-Βάλβη Φλώρα

Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ενηλίκων ΑμεΑ του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας»

### Εισαγωγή

Η υπό γενική αναισθησία (Γ.Α.) οδοντιατρική αντιμετώπιση των ΑμεΑ αποτελεί ορισμένες φορές τη μόνη λύση. Παρά την προσπάθεια τήρησης των ενδεδειγμένων κανόνων προεγχειρητικού ελέγχου και προετοιμασίας, αναβολές ή ματαιώσεις χειρουργείων για ιατρικούς λόγους δεν μπορούν πάντα να αποφευχθούν.

### Σκοπός

Η μελέτη των αιτιών αναβολής ή ματαίωσης με στόχο την προσπάθεια αποφυγής τους.

**Υλικό και μέθοδος**

Κριτική μελέτη και αξιολόγηση των βιβλίων του χειρουργείου της Ειδικής Οδοντιατρικής Μονάδας ΑμεΑ του Νοσοκομείου μας από την αρχή της λειτουργίας της μέχρι σήμερα (Σεπτ. 1995 - Μάιος 2011).

**Αποτελέσματα**

Στο διάστημα αυτό καταγράφονται 2009 οδοντοθεραπευτικά χειρουργεία ΑμεΑ με Γ.Α. Από αυτά 23 (1,1%) αναβλήθηκαν ή ματαιώθηκαν μετά την είσοδο τους στον χώρο του χειρουργείου. Το ποσοστό αυτό είναι υποεκτιμημένο καθώς δεν έχουν καταγραφεί όλες οι αναβολές. Αναλυτικά:

Τέσσερα χειρουργεία ΑμεΑ αναβλήθηκαν λόγω λοίμωξης αναπνευστικού διαγνωσθείσα την τελευταία στιγμή και αναπρογραμματίστηκαν μετά την αποδρομή της.

Τέσσερα αναβλήθηκαν λόγω ανεπαρκούς ελέγχου ή ρύθμισης των επίπεδων φαρμάκων που ελάμβαναν και αναπρογραμματίστηκαν μετά τη διευθέτησή τους.

Πέντε ματαιώθηκαν οριστικά λόγω αδυναμίας διασωλήνωσης οφειλόμενης σε ανατομικό ή άλλο κώλυμα στη γνάθο, αυχένα ή θώρακα.

Σε ένα υπήρξε αδυναμία καθητηριασμού της φλέβας, που ξεπεράστηκε σε επόμενο χειρουργείο.

Σε τρία παρουσιάστηκε πρόβλημα κατά την εισαγωγή στην Γ.Α. (πώση κορεσμού, ταχυκαρδία). Το ένα αναπρογραμματίστηκε μετά λεπτομερή καρδιολογική επανεκτίμηση.

Τέσσερα (με σκλήρυνση κατά πλάκα, λαρυγγομαλακία, ατροφία μετωπιαίου λοβού και μυασθένεια αντίστοιχα) ματαιώθηκαν κατόπιν επανεκτίμησης του ιδιαίτερα βεβαρημένου για Γ.Α. ιατρικού ιστορικού. Μόνο το τελευταίο αναπρογραμματίστηκε αφού εξασφαλίστηκε κλίνη στη ΜΕΘ.

Ένα ματαιώθηκε λόγω πτώσης και μηριαίου κατάγματος κατά τη μεταφορά του στο χειρουργείο.

Τέλος, μία ματαιώση δεν αναφέρει αιτία παρά μόνο ότι έγινε καθαρισμός οδόντων του στο εξωτερικό ιατρείο.

**Συμπεράσματα**

Τα ΑμεΑ αποτελούν μία χειρουργική ομάδα με μεγάλη δυσχέρεια διαχείρισης. Τα ανωτέρω αναδεικνύουν τη σημασία:

1. της εξάντλησης κάθε δυνατότητας οδοντοθεραπειών τους με τοπική αναισθησία στα εξωτερικά ιατρεία,
2. του ενδεδειχμένου προεγχειρητικού ελέγχου και προετοιμασίας τους,
3. της στενής συνεργασίας των ιατρών όλων των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων για τη πληρέστερη συνεκτίμηση τους,
4. του υψηλού δείκτη υποψίας και της εγρήγορσης για το αναπάντεχο και την αντιμετώπισή του.

**EA28****ΥΑΛΟΙΟΝΟΜΕΡΗΣ ΚΟΝΙΑ: ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΙΛΕΓΕΙ ΩΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΣΕ ΑμεΑ;**

Σπηλιωτόπουλος Αθανάσιος, Ντόκος Ελευθέριος, Mc Cabe F. John

Royal Victoria Infirmary (RVI) Dental Hospital, UK.

**Εισαγωγή**

Η υαλοϊονομερής κονία (ΥΚ) είναι οδοντιατρικό υλικό που χρησιμοποιείται ως: i) μόνιμο ή προσωρινό εμφρακτικό υλικό, ii) ουδέτερο στρώμα και iii) συγκολλητική κονία. Οι εμφράξεις δοντιών σε άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑμεΑ) μπορούν συχνά να επιφυλάσσουν στον οδοντίατρο αρκετές δυσκολίες. Το γεγονός αυτό καθιστά την επιλογή του σχεδίου θεραπείας και του υλικού αποκατάστασης στρατηγικής σημασίας.

**Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι: α) Να παρουσιασθεί η σύσταση, ταξινόμηση καθώς και οι ιδιότητες (μηχανικές και βιολογικές) της ΥΚ. β) Να παρουσιασθεί η κλινική της χρήση (ενδείξεις, αντενδείξεις, προδιαγραφές). γ) Να περιγραφεί ο τρόπος απελευθέρωσης του φθορίου από την ΥΚ καθώς και οι παράγοντες από τους οποίους αυτή επηρεάζεται. δ) Να δειχθεί εάν η κλινική συμπεριφορά της ΥΚ την καθιστά ως ένα αποκαταστατικό υλικό εκλογής σε ΑμεΑ.

**Κύριο μέρος**

Η δυσκολία στην πρόσβαση της στοματικής κοιλότητας των ΑμεΑ και στην απομόνωση του δοντιού, η πλημμελής στοματική υγιεινή και η ιδιόμορφη σύγκλιση (που συναντώνται συχνότατα σε αυτούς τους ασθενείς), σε συνδυασμό με τη μακροβιότητα της αποκατάστασης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή του αποκαταστατικού υλικού. Οι αποκαταστάσεις είναι, για τους παραπάνω λόγους, στην πλειοψηφία τους άμεσες. Η επιλογή του εμφρακτικού υλικού περιορίζεται συνήθως ανάμεσα στα εξής τρία: i) αμάλγαμα, ii) σύνθετη ρητίνη και iii) ΥΚ. Η ιδιότητα της σταδιακής απελευθέρωσης φθορίου στο στόμα αποτελεί συγκριτικό πλεονέκτημα της ΥΚ σε σχέση με άλλα οδοντιατρικά αποκαταστατικά υλικά.

**Συμπεράσματα**

Η ΥΚ αποτελεί ένα από τα οδοντιατρικά αποκαταστατικά υλικά εκλογής σε ΑμεΑ διότι εμφανίζει ικανοποιητική κλινική συμπεριφορά με προεξάρχουσα ιδιότητα τη σταδιακή απελευθέρωση φθορίου στο στόμα. Η ιδιότητα αυτή είναι σημαντικής αξίας στα ΑμεΑ τα οποία συχνότατα εμφανίζουν πλημμελή στοματική υγιεινή και, επομένως, αυξημένο επιπολασμό (πρωτογενούς και δευτερογενούς) τερηδόνας. Η σωστή χρήση της ΥΚ απαιτεί την τήρηση των προδιαγραφών της προκειμένου να επιδειχθεί η προβλεπόμενη κλινική συμπεριφορά της.

**EA29****ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΑμεΑ ΜΕ ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Κατσούπας Αχιλλέας, Σιαφάκα Παρασκευή, Κατσουράκης Μιχαήλ, Αγά-Κουμπίτσκα Ειρήνη, Σερέτη Μαρία

Ιδιωτικό Οδοντιατρείο, Λάρισα και Οδοντιατρικό Τμήμα, Οδοντιατρική Μονάδα ΑμεΑ Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

### Εισαγωγή

Στο Ελληνικό Δημόσιο Σύστημα Υγείας δεν προβλέπεται παροχή προσθετικής αποκατάστασης- εμφυτευμάτων για τους ασθενείς. Δεν υπάρχει η δυνατότητα συνεργασίας με οδοντοτεχνικό εργαστήριο. Για να ξεπεραστεί αυτό μας εδόθη έγγραφο από την 5η ΥΠΕ με το οποίο μας δίνεται η δυνατότητα συνεργασίας μας με ιδιώτες οδοντιάτρους (επιλογής της οικογένειας του ασθενούς).

### Σκοπός

Να δοθεί η δυνατότητα σε ασθενείς ΑμεΑ κυρίως της επαρχίας και μέτριου ή χαμηλού οικονομικού επιπέδου να αποκτήσουν υψηλό επίπεδο οδοντιατρικής φροντίδας-αποκατάστασης μέσα από το ΕΣΥ. Η εναλλακτική λύση αυτών των ασθενών που δεν έχουν την δυνατότητα του ιδιωτικού θεραπευτηρίου είναι η νωδότητα.

### Παρουσίαση περίπτωσης

Οι ασθενείς που εντάσσονται σε αυτό το πρωτόκολλο πρέπει να τηρούν τις εξής προϋποθέσεις:

Δυνατότητα λήψης πανοραμικής ακτινογραφίας, τήρηση ενός βασικού επιπέδου στοματικής υγιεινής, συνεργασία στην οδοντιατρική έδρα για κλινική εξέταση και στην κατάταξη των αναισθησιολόγων να είναι ASA 1 ή ASA 2.

Ο ασθενής που παρουσιάζουμε είναι άνδρας 27 ετών με ελαφρά νοητική υστέρηση που προσήλθε με πολυτερηδονισμό και μερική νωδότητα άνω και κάτω γνάθου. Έγινε ακίνητη προσθετική αποκατάσταση στην άνω και κάτω γνάθο και με τη βοήθεια εμφυτευμάτων. Για την αποκατάσταση απαιτήθηκαν τρία χειρουργεία με γενική αναισθησία.

### Συμπέρασμα

Η δυνατότητα συνεργασίας ιδιωτικού και δημόσιου τομέα μπορεί να προσφέρει υψηλού επιπέδου οδοντιατρική φροντίδα σε ειδικές κατηγορίες ασθενών.

## ΕΑ30

---

### ΠΑΡΟΧΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕΙΡΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

---

Γιαννοπούλου Αγγελική, Παπαβασιλείου Γιώργος, Γκιζά-νη Σωτηρία, Καμποσιώρα Φωτεινή, Κορρές Νεκτάριος

Κ.Α.Α.Π.Βούλας, Τμήμα Προσθετικής Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Τμήμα Παιδοδοντιατρικής Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής "ΚΑΤ"

### Εισαγωγή

Οι ασθενείς με ψυχικές και σωματικές αναπηρίες συχνά παρουσιάζουν οδοντικά προβλήματα, συμπεριλαμβανο-

μένων των περιοδοντικών και αυτών της αποκατάστασης. Πολλοί από αυτούς έχουν ελλείποντα δόντια, με αποτέλεσμα την μείωση της μασητικής τους ικανότητας και επιπλέον την παρουσία ψυχολογικών προβλημάτων λόγω της κακής αισθητικής.

### Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογήσει τα πιθανά θετικά αποτελέσματα που προκύπτουν από την αποκατάσταση του στόματος ασθενών με ειδικές ανάγκες.

### Μεθοδολογία

Χρησιμοποιήθηκαν δέκα ασθενείς, οι οποίοι ζουν σε δομές αποϊδρυματισμού που έχει αναπτύξει ο Φορέας που έχει αναλάβει την προστασία τους. Ακολουθήθηκε η προβλεπόμενη από το νόμο διαδικασία και εξασφαλίστηκε η συγκατάθεση των αρμοδίων. Αρχικά συμπληρώθηκε ερωτηματολόγιο ως προς την ποιότητα ζωής των ασθενών που επηρεάζεται από την στοματική τους κατάσταση, καθώς και όσον αφορά τα επίπεδα της ανησυχίας τους σχετικά με την αντιμετώπιση των οδοντικών προβλημάτων. Η οδοντιατρική θεραπεία παρασχέθηκε σε όλους τους ασθενείς στις κλινικές των μεταπτυχιακών τμημάτων Παιδοδοντίας και Προσθετικής, από μεταπτυχιακούς φοιτητές υπό επίτηρηση. Το σχέδιο θεραπείας περιελάμβανε αποκαταστάσεις περιοδοντικές, ενδοδοντικές, καθώς και κατασκευή κινητών μερικών οδοντοστοιχιών. Οι ασθενείς προσήλθαν για επανέλεγχο μετά από 4 μήνες τα δε ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν και πάλι μετά 8 μήνες από την θεραπεία.

### Αποτελέσματα

Η ανάλυση των ερωτηματολογίων έδειξε βελτίωση σχετικά με όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής που εξετάστηκαν, καθώς και μείωση του άγχους στην οδοντιατρική θεραπεία. Η επίτευξη ενός αποδεκτού επιπέδου στοματικής υγιεινής χρήζει συνεχούς υποστήριξης. Η χρήση και η συντήρηση των προσθετικών αποκαταστάσεων ήταν αποδεκτή.

### Συμπεράσματα

Υπήρξε βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ειδικές ανάγκες μετά την αποκατάσταση του στόματος αυτών. Προκειμένου να έχουμε πιο αξιόπιστα αποτελέσματα κρίνεται σκόπιμο να αυξηθεί ο αριθμός των ασθενών

## ΕΑ31

---

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑμεΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ

---

Δημοπούλου Αικατερίνη, Βλάχου Αγγελική, Μαρίνου Ελένη, Λεμονάκη Βασιλική

Νοσηλεύτες του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας»

### Εισαγωγή

Στους χώρους παροχής φροντίδας υγείας, τα ΑμεΑ (με

τις διάφορες ιδιαιτερότητές τους) χρήζουν ειδικής φροντίδας αλλά και εξατομικευμένης νοσηλείας και διαχείρισης γενικότερα. Η συμπεριφορά και οι χειρισμοί του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού έχουν άμεσο αντίκτυπο στο επίπεδο συνεργασίας των ΑμεΑ. Στο εξελισσόμενο περιβάλλον υγείας, πρόκληση για τους Νοσηλευτές αποτελεί η σωστή διαχείριση αλλά και η ασφάλεια των ΑμεΑ που νοσηλεύονται για οδοντιατρικούς αλλά και άλλους λόγους.

#### Σκοπός

Η ανάδειξη του τρόπου διαχείρισης των ΑμεΑ από το Νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο για οδοντιατρικούς λόγους. Καθοριστικός είναι ο ρόλος των Νοσηλευτών στην επίτευξη της, κατά το δυνατόν, καλύτερης σχέσης συνεργασίας με τους ιδιαίτερους αυτούς ασθενείς.

#### Υλικό και μέθοδος

Από το 1995 έως σήμερα, έχουν εισαχθεί στο νοσηλευτικό τμήμα περίπου 2000 ΑμεΑ με οδοντιατρικά προβλήματα για χειρουργική αντιμετώπιση. Βασικούς παράγοντες της νοσηλευτικής διαχείρισης αποτελούν:

- α) Οι Νοσηλευτές του χειρουργικού τμήματος
- β) Η συνοδεία των ΑμεΑ από τους γονείς ή άλλο οικείο πρόσωπο μέχρι την αίθουσα του χειρουργείου
- γ) Η παρουσία των γονέων ή άλλων οικείων προσώπων καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας τους
- δ) Ο ειδικά σχεδιασμένος θάλαμος νοσηλείας

#### Αποτελέσματα

- α) ελάχιστα περιστατικά αναβολής λόγω αδυναμίας συνεργασίας
- β) κανένας σοβαρός τραυματισμός κατά τη νοσηλεία τους στο τμήμα

#### Συμπεράσματα

Η λήψη μέτρων από το Νοσηλευτικό προσωπικό για την ασφάλεια και την ελάττωση του στρες των νοσηλευόμενων ΑμεΑ, είναι απαραίτητη για την προετοιμασία των ασθενών για την χειρουργική επέμβαση, αλλά και για την ανάρρωσή τους μετά από αυτήν. Για την επίτευξη των ανωτέρω, απαραίτητη κρίνεται και η επιμόρφωση του προσωπικού με ειδικά σεμινάρια.

#### ΕΑ32

#### ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ. ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΗ ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

Τσιώνα Στεφανή-Φωτεινή, Αλαχιώτη Ξανθίππη-Σοφία, Μελέκος Θεοδόσιος, Τελειούδης Ζήσης, Βαχτσεβάνος Κωνσταντίνος, Αντωνιάδης Κωνσταντίνος

Εργαστήριο Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Μονάδα Υπερβαρικής Ιατρικής Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Ογκολογικό Γναθοχειρουργικό Τμήμα Αντικαρκινικού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»

Ως θεραπεία με υπερβαρικό οξυγόνο (hyperbaric oxygen therapy, HBO) ορίζεται η χορήγηση 100% O<sub>2</sub> μέσω της αναπνοής σε περιβάλλον με πίεση μεγαλύτερη της μίας ατμόσφαιρας (υπερβαρικός θάλαμος). Η παραπάνω θεραπευτική προσέγγιση τα τελευταία χρόνια έχει σαφώς μελετηθεί και τεκμηριωθεί ως προς την ευεργετική επίδρασή της (αποϊδηματική δράση, βακτηριοστατική-βακτηριοκτόνος δράση, συνέργεια με αντιβιοτικά, κ.ά.).

Οι ενδείξεις εφαρμογής της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας (ΥΒΟ) περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα νοσογόνων καταστάσεων ανομοιογενών μεταξύ τους, χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι πρέπει να αντιμετωπίζεται ως πανάκεια και με έλλειψη σύνεσης. Οι αντενδείξεις της πρέπει να λαμβάνονται επίσης σοβαρά υπ όψιν. Όσον αφορά την καθαρά οδοντιατρική προσέγγιση, η ισχυρότερη ένδειξη εφαρμογής ΥΒΟ είναι σε περίπτωση οστεοαδονεκρώσεων (επιπλεγμένες, μη επιπλεγμένες μετακτινικές βλάβες).

Το κόστος εγκατάστασης και συντήρησης ενός ανάλογου θαλάμου είναι υψηλό, γι αυτό και οι δαπάνες για εφαρμογή ΥΒΟ καλύπτονται ελάχιστα από τα ασφαλιστικά ταμεία, βαρύνοντας κυρίως τον ασθενή. Ο στόχος για το μέλλον είναι οι θάλαμοι υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας να φιλοξενούν ασθενείς οι οποίοι πραγματικά θα επωφεληθούν από τις συνεδρίες. Το οξυγόνο αν και αέριο άοσμο, άγευστο, άχρωμο, είναι πρωταρχικής σημασίας για την επιβίωση μας. Για συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών, η ΥΒΟ αποτελεί το δικό τους «οξυγόνο», ώστε να σταθούν απέναντι στη νόσο, να επανακτήσουν την υγεία τους και να μη χρειάζονται εισπνοή 100% O<sub>2</sub> μέσω μάσκας, αλλά O<sub>2</sub> εκτός θαλάμου μέσω του ατμοσφαιρικού αέρα, όπως όλοι μας.

**Σκοπός** της παρούσης εργασίας αποτελεί η προβολή των ευεργετικών και θεαματικών δράσεων της υπερβαρικής οξυγονοθεραπείας στην αντιμετώπιση διαφόρων παθολογικών καταστάσεων.

Παρουσιάζονται κλινικά περιστατικά, όπου εφαρμόστηκε επιτυχώς θεραπεία με χορήγηση υπερβαρικού οξυγόνου.

#### ΕΑ33

#### ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΥΠΟ ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Αλαχιώτη Ξανθίππη-Σοφία, Τσιώνα Στεφανή-Φωτεινή, Παύλου Ευάγγελος, Αντωνιάδης Κωνσταντίνος

Εργαστήριο Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

Η επιληψία αποτελεί ένα σύνολο από διαφορετικές διαταραχές που έχουν ως κοινό παθολογικό σημείο τους ε-

παναλαμβανόμενους παροξυσμούς με αιφνίδια, υπέρμετρη και ανώμαλη εκφόρτιση εγκεφαλικών νευρώνων. Αποτέλεσμα των παροξυσμών είναι οι σπασμοί (εάν συμμετέχει ο κινητικός φλοιός) ή οι οπτικές, ακουστικές ή οσφρητικές ψευδαισθήσεις (εάν συμμετέχει ο βρεγματικός ή ινιακός φλοιός).

Η επιληψία διακρίνεται σε μερική ή εστιακή (απλή, σύνθετη) και σε γενικευμένη (τονικοκλονική, αφαίρεση, μυοκλονική, πυρετικοί σπασμοί, επιληπτική κατάσταση). Πιο συχνά, στην παιδική ηλικία εμφανίζεται με τη μορφή της αφαίρεσης (*petit mal*) και των πυρετικών σπασμών.

Η συνήθως επιβαρυσμένη στοματολογική εικόνα των νεαρών ασθενών οφείλεται κυρίως στη φαρμακευτική αγωγή (υπερπλασμένα και οιδηματώδη ούλα φαρμακευτικής αιτιολογίας) και στην πλημμυχή από πλευράς ασθενούς και περιβάλλοντός του στοματική υγιεινή (οιδηματώδη ούλα φλεγμονώδους-μικροβιακής αιτιολογίας).

Μια πληθώρα φαρμάκων χρησιμοποιούνται προκειμένου να ελεγχθεί η συχνότητα, η ένταση και η διάρκεια των επιληπτικών κρίσεων, όπως η φαινυτοΐνη, η καρβαμαζεπίνη, η αιθουσοξιμίδη, η γκαμπαπεντίνη, το βαλπροϊκό οξύ και άλλα. Αξίζει να επισημανθεί ότι η εκδήλωση επιληπτικών κρίσεων δε σημαίνει απαραίτητα την ύπαρξη επιληψίας, αλλά μπορεί να οφείλεται σε υψηλό πυρετό, σε πτώση του σακχάρου στο αίμα, σε αλκοόλ ή να είναι απότοκος εγκεφαλικής διάσεισης.

Η έγκαιρη διάγνωση, οι τακτικοί επανέλεγχοι, η ενεργοποίηση του ασθενούς και του περιβάλλοντός του και κυρίως η προληπτική (πρωτίστως) και η θεραπευτική (δευτερευόντως) παρέμβαση αποτελούν τους βασικούς άξονες γύρω από τους οποίους θα περιστραφεί η οδοντιατρική φροντίδα.

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται ευρήματα σε ομάδα παιδιών με αντιεπιληπτική αγωγή που αφορούν διαταραχές στη σύγκλιση, τραυματισμούς προσθίων δοντιών, υπερπλασίες ούλων, κακοσμία στόματος, οδοντικές τερηδόνες, οδοντικές αποτριβές και διαβρώσεις, και το σχήμα οδοντιατρικής φροντίδας που ακολουθούν.

---

### ΕΑ34

#### **ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ: ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ**

---

Ντήτριχ Εύα-Μαρία, Μιτσιμπόνας Κωνσταντίνος, Αντωνιάδης Κωνσταντίνος

Εργαστήριο Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

#### **Εισαγωγή**

Η στοχευμένη θεραπεία του καρκίνου αποβλέπει στην αναστολή της ανάπτυξης των καρκινικών κυττάρων, αλληλεπιδρώντας με συγκεκριμένα μόρια τα οποία εμπλέκονται στην καρκινογένεση και την ανάπτυξη του όγκου.

#### **Σκοπός**

Με την παρούσα εργασία επιχειρείται η διερεύνηση των ανεπιθύμητων εκδηλώσεων της στοχευμένης θεραπείας του καρκίνου από τη στοματική κοιλότητα.

#### **Κύριο μέρος**

Οι βασικές κατηγορίες στοχευμένης θεραπείας είναι τα μικρά σωματίδια και τα μονοκλωνικά αντισώματα. Χρησιμοποιούνται στη θεραπεία πολλών νεοπλασμάτων, όπως του ορθοκολικού καρκίνου, του πνεύμονα, της κεφαλής και του τραχήλου. Ωστόσο, η δράση τους συνδέεται με την εμφάνιση από τη στοματική κοιλότητα βλεννογονίτιδας, στοματίτιδας, ξηροστομίας, δυσφαγίας, αιμορραγικής διάθεσης και οστεονέκρωσης της κάτω γνάθου. Κύριος μηχανισμός πρόκλησης των εκδηλώσεων είναι η δέσμευση του αγγειακού ενδοθηλιακού αυξητικού παράγοντα. Οι στοματικές εκδηλώσεις μπορεί να συνδέονται αποκλειστικά με τα φάρμακα της στοχευμένης θεραπείας ή να αποτελούν αθροιστικό αποτέλεσμα του συνδυασμού τους με ακτινοθεραπεία ή κλασική χημειοθεραπεία.

#### **Συμπεράσματα**

Η θεραπεία του καρκίνου με φάρμακα-μοριακούς στόχους, οι οποίοι δε στοχεύουν μόνο στο άναρχα αναπτυσσόμενο καρκινικό κύτταρο αλλά και στο μηχανισμό της καρκινογένεσης, υπόσχεται να αποτελέσει τη θεραπεία εκλογής πολλών νεοπλασμάτων στο μέλλον, αντικαθιστώντας ίσως την κλασική χημειοθεραπεία. Αν και συνδέεται με ηπιότερες ανεπιθύμητες δράσεις, η εμφάνιση βλεννογονίτιδας, ξηροστομίας, αλλά και άλλων εκδηλώσεων από το στόμα μπορούν να περιορίσουν σημαντικά τη δυνατότητα σίτισης του ασθενούς και να υπονομεύσουν την ποιότητα ζωής του. Ο σχεδιασμός και η εκτέλεση μελετών για τη διερεύνηση των ανεπιθύμητων εκδηλώσεων της στοχευμένης θεραπείας του καρκίνου από τη στοματική κοιλότητα κρίνεται απαραίτητος, ώστε να είναι δυνατή η πρόληψη αλλά και η έγκαιρη αναγνώρισή τους, στα πλαίσια της υποστηρικτικής θεραπείας των ασθενών.

---

### ΕΑ35

#### **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ, ΤΟ ΟΗΡ-14.**

---

Μαρούλη Διαμαντούλα, Οδοντίατρος, Msc Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας ΕΣΥ του ΕΑΠ  
Κοντοδημόπουλος Νίκος, Dr. Οικονομικών Υγείας Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (ΕΑΠ)

#### **Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση των διαστάσεων της ποιότητας ζωής σε σχέση με την στοματική υγεία, χρησιμοποιώντας ως εργαλείο μέτρησης το ερωτηματολόγιο ΟΗΡ-14, το οποίο αποτιμά την άποψη του ατόμου για την επίδραση της οδοντικής νόσου στην ευεξία και την ποιότητα ζωής του και η



σύγκριση του με το ερωτηματολόγιο EQ-5D, το οποίο είναι ένα όργανο μέτρησης της σχετιζόμενης με την γενική υγεία ποιότητας ζωής.

#### **Υλικό και μέθοδος**

Το δείγμα αποτελείται από τους οδοντιατρικούς ασθενείς που προσέρχονταν στις οδοντιατρικές υπηρεσίες του Γενικού Νοσοκομείου της Λευκωσίας στην Κύπρο. Οι ασθενείς συμπλήρωναν μόνοι τα δύο ερωτηματολόγια. Μετά δε από κλινική εξέταση των ασθενών καταγράφονταν ο δείκτης τερηδόνας DMFT και η παρουσία προσθετικών εργασιών στην στοματική κοιλότητα, δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία. Τα αποτελέσματα του EQ-5D, ως βαθμός διαβάθμισης μετασχηματίστηκαν με έναν αλγόριθμο σε έναν αριθμό που αποτελεί τον δείκτη γενικής υγείας για κάθε άτομο του δείγματος και διευκόλυσε τη στατιστική επεξεργασία. Η βαθμολόγηση του OHIP-14 για κάθε άτομο υπολογίστηκε αθροίζοντας τους επιμέρους βαθμούς των απαντήσεων, οπότε προέκυψε ένας «αθροιστικός βαθμός», ο οποίος χρησιμοποιήθηκε στις στατιστικές αναλύσεις.

#### **Αποτελέσματα**

Ποσοστό ασθενών μεγαλύτερο του 80% δήλωσαν απουσία συμπτωμάτων ή πολύ λίγα συμπτώματα και στα δύο ερωτηματολόγια. Ενώ όπου παράμετροι πόνος/ δυσφορία και άγχος/θλίψη για το EQ-5D και οι διαστάσεις «φυσικός πόνος» και «ψυχολογική δυσφορία» για το OHIP-14 σε ποσοστό 45% παρουσίασαν αυξημένες θετικές απαντήσεις συμπτωμάτων και σε μεγαλύτερη συχνότητα. Η μέση τιμή του δείκτη EQ-5D ήταν  $x=0,8191$  και  $SD=0,18091$ , ενώ του OHIP-14 ήταν  $x=10,3831$   $SD=8,735$ . Από τη συσχέτιση των δύο δεκτών προέκυψε ότι αυξανόμενη της τιμής του δείκτη EQ-5D (καλύτερη υγεία) μειωνόταν η τιμή του OHIP-14 (καλύτερο επίπεδο στοματικής υγείας).

#### **Συμπέρασμα**

Γενικό συμπέρασμα για το OHIP-14 είναι ότι αυτό αποτυπώνει τις διαφορές σε σχέση με τη στοματική υγεία μέσα στο δείγμα.

### **EA36**

#### **ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΑΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ (5ου ΕΤΟΥΣ) ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ**

Αχιλλέως Εύα-Ελένη, Βαρελά Ραλού, Τζούτζας Ιωάννης, Κοσιώνη Αναστασία, Μάνου Όλγα

Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

#### **Εισαγωγή**

Το ιατρικό προφίλ των ασθενών που προσέρχονται για οδοντιατρική αντιμετώπιση καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το σχέδιο θεραπείας και τις τεχνικές οδοντιατρικής φροντίδας. Επιπλέον αποτελεί και ένα θέμα με σημα-

ντικές εκπαιδευτικές, κοινωνικές και επαγγελματικές παραμέτρους.

#### **Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να καταγραφούν τα γενικά δημογραφικά στοιχεία και το ιατρικό ιστορικό των ασθενών που προσήλθαν για οδοντιατρική θεραπεία στην Κλινική που δέχεται το μεγαλύτερο όγκο των ασθενών της Σχολής, την Κλινική Συνολικής Αντιμετώπισης και που αντιμετωπίστηκαν από προπτυχιακούς φοιτητές του 5ου έτους.

#### **Υλικό και Μέθοδος**

Επιλέχθηκαν τυχαία και καταγράφηκαν στοιχεία από 430 φακέλους από τους 1023 ενεργούς ασθενείς της ΚΣΑ του 5ου έτους, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν κατά το ακαδημαϊκό έτος 2010-2011. Η καταγραφή περιλάμβανε τα δημογραφικά τους στοιχεία (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ιθαγένεια, επάγγελμα) και το ιατρικό τους ιστορικό.

#### **Αποτελέσματα**

Από τους 430 ασθενείς που καταγράφηκαν οι 190 ήταν άνδρες και οι 240 γυναίκες.

Το μεγαλύτερο ποσοστό αφορούσε ηλικίες 40-70 ετών (70%) και οι περισσότεροι ήταν παντρεμένοι (60%).

Σε ποσοστό 90% οι ασθενείς που αντιμετωπιζόνταν ήταν Έλληνες ενώ το ποσοστό των αλλοδαπών ήταν κάτω από 10%.

Σε μεγάλα ποσοστά ανέρχονταν οι συνταξιούχοι (22%), οι ασχολούμενοι με οικιακά (25%) και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (13,5%).

Ελεύθερο ιατρικό ιστορικό εμφάνιζε μόλις το 23% των ασθενών (99 άτομα). Από τα νοσήματα που αναφέρονταν κυρίαρχο ρόλο κατείχαν οι διάφορες καρδιαγγειακές παθήσεις σε ποσοστό 40% των ασθενών (173 άτομα) με την υπέρταση να καταλαμβάνει ποσοστό 27% (117 άτομα) και να αποτελεί την κυρία εκδήλωση. Επίσης και οι αλλεργίες αναφέρονταν σε πολύ υψηλά ποσοστά (26%). Από τα 112 άτομα (26%) περίπου οι μισοί ασθενείς (53 άτομα) εμφάνιζαν αλλεργίες σε φάρμακα (12%) με τις αλλεργίες στα αντιβιοτικά να εμφανίζονται σε υψηλά ποσοστά (31 ασθενείς, 7%). Το 13% των ασθενών παρουσίαζαν υπερχοληστεριναιμία (57 ασθενείς) ενώ σημαντικό ήταν και το ποσοστό εκείνων που έπασχαν από νόσους του μεταβολισμού, όπως σακχαρώδη διαβήτη (43 ασθενείς, 10%) και υποθυρεοειδισμό (37 ασθενείς, 8,6%). Τέλος, 12% των ασθενών παρουσίαζαν αναιμία (52 ασθενείς) και 13% των ασθενών (57 άτομα) εμφάνιζαν γαστρεντερικές παθήσεις.

#### **Συμπεράσματα**

Μεγάλο ποσοστό των ασθενών που προσέρχονται για θεραπεία στην Οδοντιατρική Σχολή εμφανίζουν γενικές παθήσεις οι οποίες επιβάλλουν περιορισμούς και τροποποιήσεις στην οδοντιατρική αντιμετώπιση και υποδηλώνουν την ανάγκη ανάλογης προσαρμογής των εκπαιδευτικών προγραμμάτων σπουδών στην ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών και στη σύνδεση της οδοντιατρικής με τη γενική υγεία.

### ΕΑ37

#### **ΜΗ ΟΔΟΝΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΑΝΟΡΑΜΙΚΕΣ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ**

Δελαντώνη Αντιγόνη

Εργαστήριο Οδοντοφατνιακής Χειρουργικής, Χειρουργικής Εμφυτευματολογίας και Ακτινολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

#### **Εισαγωγή**

Η πανοραμική ακτινογραφία αποτελεί μία εξέταση ρουτίνας για τον οδοντίατρο στις μέρες μας. Πέρα από τα οδοντικά ευρήματα που μπορεί να παρατηρήσει κανένας σε πανοραμικές ακτινογραφίες υπάρχει ένας αριθμός μη οδοντικών ευρημάτων που συχνά παρουσιάζονται και παρατηρούνται. Τα ευρήματα αυτά πολλές φορές μπορεί να παρατηρηθούν σαν τυχαία ευρήματα στις ακτινογραφίες ή σαν επακόλουθα παθολογικών εξεργασιών σε άλλα συστήματα που μπορεί να εκδηλωθούν στην στοματογενναθική περιοχή.

#### **Σκοπός- Υλικό**

Για να γίνει μία σωστή και ακριβής καταγραφή των μη οδοντικών ευρημάτων που παρατηρούνται στις πανοραμικές συχνά, επιλέχθηκαν 250 πανοραμικές ακτινογραφίες από το υλικό της οδοντιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ. Οι πανοραμικές αυτές που επιλέχθηκαν είχαν συγκεκριμένα μη οδοντικά ευρήματα που έπρεπε οι παρατηρητές να εντοπίσουν. Αυτό έγινε κυρίως για να γνωρίζουν οι αξιολογητές τί έπρεπε να παρατηρηθεί σε κάθε ακτινογραφία.

Στη συνέχεια οι πανοραμικές αυτές δόθηκαν σε 10 οδοντιάτρους και 2 ειδικούς ακτινολόγους για να καταγράψουν τις παρατηρήσεις τους.

#### **Μέθοδος- Αποτελέσματα**

Οι παρατηρητές δεν γνώριζαν τι έπρεπε να εντοπίσουν σε κάθε ακτινογραφία και κατέγραφαν ότι αυτοί θεωρούσαν «παθολογικό εύρημα».

Η αξιολόγηση των πανοραμικών από τους ειδικούς έδωσε τελείως διαφορετικά αποτελέσματα από αυτή των οδοντιάτρων.

Οι οδοντίατροι είχαν την τάση να περιορίζουν τη διάγνωση τους στα οδοντικά στοιχεία των πανοραμικών ακτινογραφιών και όχι σε ευρήματα παρακείμενων δομών. Για το λόγο αυτό δεν κατάφεραν να παρατηρήσουν στοιχεία όπως κατάγματα των γνάθων, αρθρίτιδα της κροταφογενναθικής διάρθρωσης και απασβεστώσεις μαλακών μορίων (καρπιτίδες, παρωτιτίδες, αμυγδαλές, λεμφαδένες) καθώς και παθήσεις των ιγμορείων

#### **Συμπεράσματα**

Συμπερασματικά μπορούμε να δούμε ότι οι οδοντίατροι δεν ελέγχουν όλα τα στοιχεία της πανοραμικής ακτινογραφίας και δεν δίνουν σημασία στην ποιότητα του οστού και την δοκίμωσή του, την κατάσταση του ιγμορείου και της κροταφογενναθικής διάρθρωσης καθώς και τα μαλακά μόρια των οποίων οι απασβεστώσεις μπορεί να απεικονι-

σθούν σε πανοραμικές ακτινογραφίες

### ΕΑ38

#### **ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Δέσκος Δημήτριος, Γάτου Ευστρατία, Βάρδας Εμμανουήλ, Ρούσου Μαρία, Νικολάτου-Γαλίτη Ουρανία, Δημόπουλος Αθανάσιος Μελέτιος

Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς, Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και Θεραπευτική Κλινική-Ογκολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

#### **Εισαγωγή**

Η αμυλοείδωση αποτελεί μία ομάδα ετερογενών παθήσεων με κοινό χαρακτηριστικό την εξωκυττάρια εναπόθεση αμυλοειδούς σε διάφορους ιστούς και όργανα. Ο πιο συχνός τύπος είναι η αμυλοείδωση από ελαφρές αλυσουσ της ανοσοσφαιρίνης (AL), που χαρακτηρίζεται από πλεονάζουσα παραγωγή ελαφρών αλύσεων της ανοσοσφαιρίνης από ένα μονοκλωνικό πληθυσμό πλασματοκυττάρων και συσχετίζεται συχνά με υποκείμενο πολλαπλούν μυέλωμα. Η νόσος μπορεί να προσβάλλει τη στοματική κοιλότητα και στην περίπτωση αυτή η γλώσσα αποτελεί την πιο συχνή θέση εντόπισης προκαλώντας μακρογλωσσία.

#### **Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά μιας περιπτώσεως αμυλοείδωσης με εκδήλωση από το στόμα σε ασθενή που έπασχε από πολλαπλούν μυέλωμα.

#### **Παρουσίαση περιστατικού**

Γυναίκα 65 ετών παραπέμφθηκε στην Κλινική μας τον Απρίλιο του 2011 με δυσφαγία και δυσαρθρία. Η ασθενής είχε διαγνωστεί με πολλαπλούν μυέλωμα το 1999 και αντιμετωπιζόταν με ενδοφλέβια χορήγηση ζολενδρονικού οξέος ανά 4 εβδομάδες, ενώ τους τελευταίους 14 μήνες λάμβανε θεραπευτικό σχήμα με βινκριστίνη, δοξορουβικίνη και δεξαμεθαζόνη. Κατά την κλινική εξέταση του στόματος διαπιστώθηκε μακρογλωσσία. Η γλώσσα ήταν ξηρή και διάχυτα σκληρή στην ψηλάφηση με περιορισμένη κινητικότητα. Αποφασίστηκε η διενέργεια βιοψίας και ιστοτεμάχιο λήφθηκε από την κάτω επιφάνεια της γλώσσας. Η ιστοπαθολογική εξέταση αποκάλυψε εναπόθεση άμορφου ηωσινόφιλου εξωκυττάρου υλικού εντός του χορίου. Η διάγνωση της αμυλοείδωσης τεκμηριώθηκε ύστερα από τη θετική ιστοχημική χρώση με ερυθρό του Congo και στην ασθενή χορηγήθηκε bortezomib σε συνδυασμό με δεξαμεθαζόνη.

#### **Συμπεράσματα**

Η αναγνώριση συμπτωμάτων από το στόμα, όπως η δυσφαγία και η δυσκολία στην ομιλία σε ασθενείς με πολλαπλούν μυέλωμα μπορεί να οδηγήσει στην διάγνωση

της αμυλοείδωσης. Η παρούσα εργασία υποδηλώνει τη σπουδαιότητα της συνεργασίας μεταξύ του αιματολόγου και του οδοντιάτρου, καθώς η πρώιμη διάγνωση της νόσου μπορεί να συμβάλει στην αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

#### EA39

### ΟΥΛΟΡΡΑΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΙ BEVACIZUMAB. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Παπαδοπούλου Ερωφίλη, Μπαφαλούκος Δημήτριος, Γάτου Ευστρατία, Λινάρδου Έλενα, Νικολάτου-Γαλίτη Ουρανία

Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και Α' Ογκολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ»

#### Εισαγωγή

Το bevacizumab δρα ως αναστολέας του παράγοντα VEGF και χορηγείται για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού και άλλων συμπαγών όγκων. Η υπέρταση, η διάτρηση γαστρεντερικού, οι αιμορραγίες, οι επιπλοκές στην επούλωση τραυμάτων αλλά και λίγες περιπτώσεις οστεονέκρωσης των γνάθων ανήκουν στις αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου.

#### Σκοπός

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση μιας περίπτωσης ουλορραγίας σε ασθενή με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας που λαμβάνει bevacizumab.

#### Παρουσίαση περιστατικού

Γυναίκα 47 ετών προσήλθε με ουλορραγία, άλγος και δυσγευσία. Η ασθενής είχε διαγνωσθεί με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας το 2008 και είχε αντιμετωπιστεί με υστερεκτομή, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία με cisplatin. Το 2010 η ασθενής ανέπτυξε πνευμονική μετάσταση και αντιμετωπίστηκε με bevacizumab (300mg) σε συνδυασμό με πακλιταξέλη και cisplatin κάθε εβδομάδα, πραγματοποιώντας 8 κύκλους έως το Μάιο 2010. Από τον Οκτώβριο 2010 έως τα μέσα Μαρτίου 2011, της χορηγήθηκε μόνο bevacizumab, λαμβάνοντας συνολικά 10 δόσεις των 600mg/2 εβδομάδες. Το Μάρτιο 2011 εμφάνισε σοβαρή ουλορραγία, ενώ οι εξετάσεις αίματος ήταν φυσιολογικές και το φάρμακο διακόπηκε. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε αιμορραγία και εστίες νέκρωσης στις μεσοδόντιες θηλές. Στην πανοραμική ακτινογραφία δεν υπήρχαν παθολογικά ευρήματα. Διαγνώστηκε επιπλοκή βακτηριακής λοίμωξης, χωρίς όμως μικροβιολογική καλλιέργεια και χορηγήθηκε μετρονιδαζόλη 500mg?3/ημέρα, ενώ δόθηκαν οδηγίες στοματικής υγιεινής. Η ουλορραγία, ο πόνος και η δυσγευσία υποχώρησαν μια εβδομάδα μετά. Το bevacizumab χορηγήθηκε ξανά ένα μήνα

μετά, σε δόση 400mg/3 εβδομάδες.

#### Συμπεράσματα

Η παρούσα περίπτωση είναι σημαντική για να ενεργοποιηθεί τους λειτουργούς υγείας σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες του bevacizumab στη στοματική κοιλότητα, καθώς και για τη σημασία της στοματικής φροντίδας. Επίσης, μπορεί να παρέχει κλινικές πληροφορίες για τη συσχέτιση της νέκρωσης των ούλων με την οστεονέκρωση.

#### EA40

### ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ 7 ΕΤΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ JOUBERT ΚΑΙ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΣΦΑΙΡΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ

Κουτσούκος Ιωάννης, Ρερρέ Αναστασία, Χαλά Μαριάννα, Αραποστάθης Κωνσταντίνος

Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα Παιδών και Εφήβων ΑμεΑ Γενικού Νοσοκομείου Παιδών Πεντέλης

#### Εισαγωγή

Το σύνδρομο Joubert αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά από την παιδονευρολόγο Marie Joubert στο Μόντρεαλ του Καναδά το 1968-1969. Από τότε περίπου εκατό περιστατικά έχουν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Το σύνδρομο Joubert είναι μια σπάνια γενετική διαταραχή που επηρεάζει την παρεγκεφαλίδα. Χαρακτηρίζεται από την αγενεσία του σκώληκα της παρεγκεφαλίδας. Παθολογικό σημείο του συνδρόμου αποτελεί η εικόνα του γομφίου ("molar tooth sign") στη μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου. Τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι υπέρπνοια, νεογνική άπνοια και στη συνέχεια ταχύπνοια, ανώμαλες οφθαλμικές και γλωσσικές κινήσεις, υποτονία, αταξία, καθυστέρηση ανάπτυξης, και νοητική υστέρηση. Τα άτομα με το σύνδρομο εμφανίζουν νοητική στέρωση, χαμηλό βαθμό συνεργασίας με τον οδοντίατρο και χρειάζονται οδοντική θεραπεία με γενική αναισθησία (Γ.Α).

Η κληρονομική σφαιροκυττάρωση οφείλεται σε διαταραχή της δομής της ερυθροκυτταρικής μεμβράνης. Παθολογικά, τα οσμωτικά εύθραυστα σφαιροκύτταρα παγιδεύονται και καταστρέφονται στο σπλήνα, με αποτέλεσμα την εκδήλωση αιμολυτικής αναιμίας. Επιπλέον των τυπικών κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων, η διάγνωση βασίζεται στην ανεύρεση της υπεύθυνης γενετικής διαταραχής. Η φυσική κατάσταση του παιδιού κατά ASA ήταν στο επίπεδο III

#### Σκοπός

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει την οδοντιατρική θεραπεία ενός παιδιού με σύνδρομο Joubert, σφαιροκυττάρωση και νοητική υστέρηση με χρήση γενικής αναισθησίας.

#### Παρουσίαση περίπτωσης

Πρόκειται για κορίτσι ηλικίας 7 ετών με σύνδρομο Joubert, σφαιροκυττάρωση και νοητική υστέρηση που

προσήλθε για οδοντιατρική αντιμετώπιση στο Νοσοκομείο μας.

Στο Νοσοκομείο μας λειτουργεί Οδοντιατρική Μονάδα Παίδων και Εφήβων με αναπηρία από το 1987. Λόγω της μη συνεργασίας, το παιδί αντιμετωπίστηκε με χρήση γενικής αναισθησίας. Κατά την διάρκεια της επέμβασης αντιμετωπίστηκαν όλες οι οδοντιατρικές ανάγκες της ασθενούς, δηλαδή έγιναν τρεις (3) εμφράξεις αμαλγάματος σύνθετες, τέσσερις (4) εξαγωγές και φθορίωση δοντιών. Ο χρόνος αναισθησίας ήταν 60' ενώ ο χρόνος οδοντοθεραπείας ήταν 45'. Δεν παρατηρήθηκε καμία επιπλοκή κατά την Γ.Α και την επέμβαση.

### **Συμπέρασμα**

Για τα άτομα που δεν μπορούν να συνεργασθούν για αντιμετώπιση στην οδοντιατρική έδρα, όπως η συγκεκριμένη ασθενής, η οδοντιατρική θεραπεία με γενική αναισθησία, με την τήρηση των ενδεδειγμένων κανόνων, αποτελεί μία ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης των οδοντοστοματολογικών τους αναγκών.

---

### **EA41**

#### **ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ. ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΩΝ ΝΑΡΘΗΚΩΝ**

---

Βαράκλας Βασίλειος

Ιδιωτικό Ιατρείο

### **Εισαγωγή**

Η συμμετοχή του πληθυσμού σε διάφορες αθλητικές δραστηριότητες έχει αυξηθεί εντυπωσιακά κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Επομένως, το ίδιο σημαντικά έχει πολλαπλασιαστεί η πιθανότητα οδοντοστοματικού ή άλλου τραυματισμού των συμμετεχόντων αθλητών. Παρ' όλα αυτά, η πρόληψη των κακώσεων, σε μεγάλο ποσοστό, είναι εφικτή.

### **Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει το ρόλο του οδοντίατρου στην πρόληψη των οδοντικών τραυματισμών σε μεγάλο αριθμό αθλημάτων και δραστηριοτήτων.

### **Κύριο Μέρος**

Μετά από εκτενή ανασκόπηση της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας, περιγράφονται τα προληπτικά μέτρα για την αποφυγή των οδοντικών τραυματισμών στους αθλητές και ιδιαίτερος στην κατασκευή και χρήση του προστατευτικού νάρθηκα στόματος.

Οι προσπάθειες του οδοντίατρου πρέπει να κατατείνουν στη μείωση του αριθμού των οδοντικών τραυματισμών των αθλητών με τη χρήση προληπτικών μέτρων, όπως λεπτομερή οδοντιατρική εξέταση πριν από την αγωνιστική περίοδο, διάγνωση και αντιμετώπιση στοματικών προβλημάτων, χρήση προστατευτικού νάρθηκα κ. ά. Η Αμερικανική Εταιρεία Χειρουργών Στοματικής Κοιλότητας, Γνάθου και Προσώπου, αναφέρει ότι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης των κακώσεων σε αθλήματα επαφής

είναι η πρόληψη διότι σε αυτά υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα τραυματισμού των αθλητών σε σχέση με άλλα, στα οποία δεν υπάρχει σωματική επαφή. Το βασικότερο μέτρο πρόληψης είναι τα προστατευτικά στόματος, δηλαδή ενδοστοματικοί νάρθηκες, κατασκευασμένοι από πλαστικό υλικό, οι οποίοι εφαρμόζονται στον οδοντικό φραγμό και έτσι προστατεύουν από διάφορες μορφές τραύματος. Η πρόληψη πρέπει να εφαρμόζεται εξατομικευμένα ώστε να λαμβάνονται υπόψη τα ιδιαίτερα ανατομικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου. Οι οδοντοφατνιακοί τραυματισμοί είναι οι πιο συχνοί κατά τις αθλητικές δραστηριότητες, ενώ οι περισσότεροι από αυτούς μπορούν να προληφθούν. Ένας αθλητής έχει 60 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να υποστεί οδοντική βλάβη χωρίς την κατάλληλη προστασία.

### **Συμπεράσματα**

Ο ρόλος του οδοντίατρου είναι σημαντικός, τόσο για την εφαρμογή πρόληψης (προληπτικών μέτρων) στους αθλητές, όσο και για την παροχή επείγουσας οδοντιατρικής περίθαλψης σε αυτούς.

---

### **EA42**

#### **Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΔΟΝΤΟΦΑΤΝΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥ ΕΣΥ**

---

Πολάτου Αντωνία, Ζώταλης Νικόλαος

Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, ΩΡΛ Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»

### **Εισαγωγή**

Οι οδοντογενείς λοιμώξεις είναι από τις πλέον σοβαρές αιτίες φλεγμονωδών διογκώσεων του προσώπου και του τραχήλου. Οι λοιμώξεις αυτές έχουν σαν κύριες αιτίες την τερηδόνα και την περιοδοντική νόσο και μπορούν να επεκταθούν από την φατνιακή απόφυση στους βαθύτερους ιστούς της στοματικής κοιλότητας, του προσώπου και του τραχήλου.

### **Σκοπός**

Σκοπός της παρουσίασης είναι η αναφορά στους υπεύθυνους μικροβιακούς παράγοντες και στις οδούς επέκτασης των οδοντογενών λοιμώξεων. Γίνεται επίσης αναφορά στους διάφορους χειρουργικούς χειρισμούς και γενικότερα στις αρχές αντιμετώπισης των λοιμώξεων αυτών, ανάλογα με τη σοβαρότητα, τη θέση και το ιατρικό ιστορικό του κάθε ασθενούς ξεχωριστά.

### **Υλικό και μέθοδος**

Στα 10 έτη λειτουργίας της Μονάδας Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΩΡΛ Τμήματος του Νοσοκομείου μας αντιμετωπίστηκαν 80 λοιμώξεις οδοντογενούς αιτιολογίας. Οι μισές από αυτές αντιμετωπίστηκαν με την εν θερμώ αφαίρεση των υπεύθυνων δοντιών και την ταυτόχρονη παροχέτευση της πυώδους συλλογής μέσα και γύρω από το φατνίο. Στα υπόλοιπα περιστατικά, εκτός από την άρση του οδοντικού αιτίου, εφαρμόστηκαν επιπλέον εκτεταμένες βαθιές ενδοστοματικές και εξωστο-

ματικές τομές για την παροχέτευση της πυώδους συλλογής. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται επιλεγμένα χαρακτηριστικά περιστατικά οδοντογενών λοιμώξεων και ο τρόπος αντιμετώπισής τους.

#### **Αποτελέσματα**

Είκοσι περιστατικά εκτεταμένων οδοντογενών λοιμώξεων αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά υπό γενική αναισθησία. Τα περιστατικά αυτά αφορούσαν παραμελημένα αποστήματα, άλλα από αμέλεια των ασθενών και άλλα εξαιτίας πλημμελούς αντιμετώπισης από τον οδοντίατρο όσον αφορά το χρόνο διάνοιξης και παροχέτευσης όσο και την παλαιότερη αντίληψη ότι αρκεί η αντιβιοτική κάλυψη των ασθενών για τη θεραπεία αποστημάτων. Στα υπόλοιπα η αντιμετώπιση έγινε με τοπική αναισθησία. Οι χειρουργικές παρεμβάσεις συνοδεύτηκαν με χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής.

#### **Συμπεράσματα**

Οι οδοντογενείς λοιμώξεις κατατάσσονται στα άκρως επείγοντα περιστατικά λόγω του κινδύνου να εμφανισθούν οι δυσάρεστες επιπλοκές, οι οποίες μπορούν να αποβούν μοιραίες ακόμη και για τη ζωή των ασθενών.

### **EA43**

#### **ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Μάστακα Αντωνία, Πεπονάκη Ειρήνη, Γεωργαλά Δέσπονα, Λασηθιωτάκη Γεωργία

Οδοντιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

#### **Εισαγωγή**

Οι παράγοντες που προκαλούν στρες διακρίνονται σε ενδογενείς και εξωγενείς. Η προσαρμογή στο στρες είναι απαραίτητη διαδικασία για τη σωματική, συναισθηματική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου. Εάν οι προσαρμοστικοί μηχανισμοί του ατόμου δεν είναι αποτελεσματικοί τότε το στρες αποτελεί κίνδυνο για την ανάπτυξη νοσήματος.

#### **Σκοπός**

Σκοπός της εργασίας είναι να συνεισφέρει στη διερεύνηση των ψυχοπαιστικών καταστάσεων που επιβαρύνουν τους ειδικούς οδοντιατρικούς ασθενείς και να προτείνει τρόπους αντιμετώπισης.

#### **Κύριο μέρος**

Κάθε άτομο αντιμετωπίζει συνεχείς βιολογικές, ψυχολογικές ή κοινωνικές αλλαγές στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του. Το παρατεταμένο στρες επηρεάζει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία. Η σωματική αντίδραση περιλαμβάνει το σύνδρομο γενικής προσαρμογής στο στρες, το οποίο διακρίνεται στο στάδιο αντίδρασης-συναγερμού, στο στάδιο αντίστασης και στο στάδιο εξάντλησης. Η κύρια ψυχολογική αντίδραση στο στρες είναι το άγχος.

Το άγχος και το στρες είναι καταστάσεις που εμφανίζο-

νται συχνά στους οδοντιατρικούς ασθενείς. Αν δεν αντιμετωπισθούν κατάλληλα μπορεί να προκαλέσουν από απλές αντιδράσεις μέχρι και επικίνδυνες επιπλοκές.

Το στρες εκδηλώνεται με εφίδρωση, τρόμο, επιτάχυνση αναπνοής, ταχυκαρδία, αύξηση αρτηριακής πίεσης, διαταραχές τιμών σακχάρου κ.ά.

Παράγοντες που προκαλούν στρες στους οδοντιατρικούς ασθενείς είναι: Ο ξαφνικός μη αναμενόμενος πόνος, ο φόβος, η θέα του αίματος, οι οσμές του οδοντιατρείου, τα εργαλεία, οι προηγούμενες εμπειρίες κ.ά.

Στην αντιμετώπιση των οδοντιατρικών ασθενών απαιτείται:

- Άμεση ανακούφιση από τον πόνο (επείγον)
- Επικοινωνία, ενημέρωση και εφαρμογή τεχνικών χαλάρωσης
- Παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών, μέτρηση επιπέδων σακχάρου κ.ά.
- Χορήγηση αγχολυτικών για προσωρινή μείωση του στρες
- Απόσπαση προσοχής ασθενούς (λευκός ήχος, μουσική)
- Σύντομη διάρκεια αναμονής και συνεδριών

#### **Συμπεράσματα**

Η ιατρονοσηλευτική ομάδα σχεδιάζει και υλοποιεί τη νοσηλεία των οδοντιατρικών ασθενών για να ελαττώσει το στρες που προκαλείται από τη συστηματική νόσο, τον πόνο, το φόβο κ.ά. Κάθε άτομο αντιλαμβάνεται και αντιδρά στους στρεσογόνους παράγοντες με εξατομικευμένο τρόπο και δεν υπάρχει μια ιδανική μέθοδος για την αντιμετώπιση κάθε περίπτωσης.

### **EA44**

#### **ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΑΘΛΗΤΩΝ ΜΕ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΜΕΡΟΣ ΣΤΑ SPECIAL OLYMPICS ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ**

Ειμανουήλ Δημήτρης

Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

#### **Εισαγωγή**

Η οδοντιατρική βιβλιογραφία παρουσιάζει σημαντικές διαφορές στα ποσοστά στοματικής υγείας ασθενών με διανοητική αναπηρία σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

#### **Σκοπός**

Η εργασία αυτή παρουσιάζει τα αποτελέσματα της καταγραφής παραμέτρων της στοματικής υγείας 3000 αθλητών που έλαβαν μέρος στα Special Olympics της Αθήνας το 2011 εκ των οποίων και 375 Έλληνες.

#### **Μέθοδος**

Σε αθλητές των SO έγινε οδοντιατρική εξέταση σύμφωνα με το πιστοποιημένο πρωτόκολλο των SO. Επείγοντα περιστατικά έγιναν γνωστά στους συμμετέχοντες και τους συνοδούς των για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Μετρήθηκαν βασικές παράμετροι όπως απουσία ή όχι



τερηδόνας, ελλείποντα δόντια, τοποθέτηση προληπτικών εμφράξεων, εμφάνιση ουλίτιδας, απουσία πόνου.

### **Αποτελέσματα**

Ενδεικτικά 55% των Ελλήνων αθλητών εμφάνιζαν βαθιές τερηδόνες, 10% είχαν ελλείποντα πρόσθια δόντια και μόνο 8% προληπτικές εμφράξεις. Το 70% παρουσίαζε ουλίτιδα και άνω του 10% χρειαζόταν επείγουσα οδοντιατρική αντιμετώπιση.

### **Συζήτηση-Συμπεράσματα**

Τα ποσοστά αυτά αναδεικνύουν την ανάγκη πληρέστερης οδοντιατρικής φροντίδας των ατόμων με διανοητική αναπηρία και την εκπαίδευση του οδοντιατρικού δυναμικού της χώρας στην αντιμετώπισή τους.

---

## ΕΑ45

### **ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΤΟ ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ**

---

Φραγκάκης Μάριος

Οδοντιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

### **Εισαγωγή**

Η υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας. Οι ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα και ειδικές θεραπείες (π.χ. χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, σκλήρυνση κατά πλάκας, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, χημειο-ακτινοθεραπεία, χειρουργική καρδιάς, μεταμόσχευση οργάνων, μαστεκτομή κ.ά.), εκτός του ότι βιώνουν την εμπειρία των οργανικών επιπλοκών της νόσου ή της ειδικής θεραπείας, αντιμετωπίζουν και ένα πλήθος προβλημάτων σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Έτσι οι ασθενείς αυτοί και το περιβάλλον τους οφείλουν να προσαρμόζονται διαρκώς στις διαμορφούμενες νέες καταστάσεις, αναζητώντας κάθε φορά τις κατάλληλες συναισθηματικές και συμπεριφορικές αλλαγές.

### **Σκοπός**

Η εργασία αποσκοπεί στη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν το βιοψυχοκοινωνικό σύστημα των ατόμων που πάσχουν από χρόνια σωματική νόσο ή/και ακολουθούν ειδική ιατρική θεραπεία, με στόχο α) την αντιμετώπισή τους ως ψυχοσωματικές οντότητες και β) τη βελτιστοποίηση της επικοινωνίας κατά την οδοντιατρική τους περίθαλψη.

### **Κύριο μέρος**

Η διάγνωση μιας χρόνιας-σοβαρής νόσου αποτελεί την αρχή μιας δύσκολης διαδικασίας προσαρμογής του πάσχοντος ατόμου και του περιβάλλοντός του. Η αντίδραση του ατόμου μετά τη διάγνωση μιας νόσου ακολουθεί τα παρακάτω στάδια: α) Αρχικό σοκ: Το άτομο νιώθει κεραυνοβολημένο, συμπεριφέρεται με αυτόματο τρόπο και βρίσκεται εκτός πραγματικότητας. β) Αντιπαράθεση:

Αποδιοργανώνεται η σκέψη και επικρατούν αισθήματα απώλειας, απελπισίας και πένθους. γ) Υποχώρηση: Το άτομο αποσύρεται στον εαυτό του και αρνείται το πρόβλημα και τις επιπτώσεις του. Σταδιακά όμως, αρχίζει να αποδέχεται και να διαχειρίζεται την κρίση.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν το βιοψυχοκοινωνικό κόσμο ενός ασθενούς, σχετίζονται με την ηλικία, την προσωπικότητα, τη φύση της νόσου και το περιβάλλον μέσα στο οποίο βιώνει και αντιμετωπίζει τη νόσο του. Οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν και δημιουργούν ένα πλαίσιο στο οποίο αναπτύσσονται οι αντιδράσεις του ασθενούς, που τελικώς επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την εξέλιξη της νόσου.

### **Συμπεράσματα**

Ο ασθενής πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ψυχοσωματική οντότητα και όχι ως μεμονωμένο πάσχον όργανο ή οργανικό σύστημα. Η ηλικία, η προσωπικότητα, η φύση της νόσου και το περιβάλλον του ασθενούς είναι παράγοντες καθοριστικής σημασίας για την προσαρμογή του στη νόσο.

---

## ΕΑ46

### **ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ**

---

Μπογοσιάν Ευαγγελία

Οδοντιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

### **Εισαγωγή**

Παρότι μάλλον σπάνιες, επείγουσες καταστάσεις μπορεί να συμβαίνουν και συμβαίνουν κατά την άσκηση της Οδοντιατρικής. Συστατικό στοιχείο της προετοιμασίας για την αντιμετώπιση τους αποτελεί η οργάνωση του φαρμακείου του οδοντιατρείου. Στο διαδίκτυο αλλά και σε επιστημονικά περιοδικά υπάρχουν σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες.

### **Σκοπός**

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η συμβολή στην προετοιμασία για την αντιμετώπιση του ιατρικού επειγόντος κατά την άσκηση της Οδοντιατρικής, με προτάσεις για την καλύτερη δυνατή οργάνωση του φαρμακείου του οδοντιατρείου.

### **Κύριο μέρος**

Φάρμακα για την αντιμετώπιση του επειγόντος πρέπει να είναι διαθέσιμα σε κάθε οδοντιατρείο. Ο οδοντίατρος μπορεί είτε να προμηθευτεί έτοιμο κυτίο επειγόντων από το εμπόριο είτε να οργανώσει το δικό του. Το κυτίο των επειγόντων πρέπει να περιέχει φάρμακα των οποίων γνωρίζει τις ενδείξεις, τις αντενδείξεις, τη δοσολογία και την οδό χορήγησης. Κατά κανόνα όσο απλούστερα οργανωμένο, τόσο πιο χρηστικό είναι. Βασικά φάρμακα που πρέπει να περιέχονται είναι τα: οξυγόνο, αδρεναλίνη, αγγειοδιασταλτικά (νιτρογλυκερίνη), βρογχοδια-

σταλτικά (σαλβουταμόλη), ενέσιμη γλυκαγόνη, αντιυπογλυκαιμικοί παράγοντες (διάλυματα δεξτρόζης και υδατάνθρακες) και ασπιρίνη. Άλλες οδηγίες συμπεριλαμβάνουν στα βασικά τα φάρμακα για την αντιμετώπιση των σπασμών (βενζοδιαζεπίνες). Εκτός από τα βασικά φάρμακα, στο κυτίο των επειγόντων μπορεί να περιέχονται και άλλα φάρμακα, δεύτερης γραμμής, όπως ατροπίνη, αντιισταμινικά, κορτικοστεροειδή, διεγερτικά του αναπνευστικού συστήματος ή άλλα, ανάλογα με την εκπαίδευση και τις ανάγκες του οδοντιάτρου.

Τα φάρμακα πρέπει να ελέγχονται κάθε βδομάδα για να διασφαλίζεται ότι είναι σε καλή κατάσταση και δεν έχουν λήξει. Την ευθύνη για τον έλεγχο αναλαμβάνει μέλος της οδοντιατρικής ομάδας που σημειώνει ότι έγινε έλεγχος σε ειδικό έντυπο. Ληγμένα φάρμακα και άδειες φιάλες οξυγόνου είναι άχρηστα την ώρα του επειγόντος.

#### **Συμπεράσματα**

Συμπερασματικά η καλή οργάνωση του φαρμακείου του οδοντιατρείου συμβάλλει στην ελαχιστοποίηση του κινδύνου για τον ασθενή σε κρίσιμες περιστάσεις και στην προστασία της ανθρώπινης ζωής.

#### **EA47**

### **ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ**

Μπογοσιάν Ευαγγελία

Οδοντιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

#### **Εισαγωγή**

Η αντιμετώπιση του ιατρικού επειγόντος κατά την άσκηση της οδοντιατρικής προϋποθέτει την ύπαρξη του κατάλληλου εξοπλισμού και των απαραίτητων φαρμάκων. Η επιτυχής διαχείριση του εξασφαλίζεται με τη σωστή εκπαίδευση και την έγκαιρη προετοιμασία και οργάνωση των μελών της οδοντιατρικής ομάδας.

#### **Σκοπός**

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να περιγράψει τα βασικά χαρακτηριστικά ενός σχεδίου δράσης για τη διαχείριση του ιατρικού επειγόντος κατά την άσκηση της οδοντιατρικής.

#### **Κυρίως θέμα**

Είναι σκόπιμο να υπάρχει στο οδοντιατρείο γραπτό σχέδιο, που να περιγράφει τους ρόλους των μελών της οδοντιατρικής ομάδας στη διάρκεια ιατρικού επειγόντος. Οι ρόλοι κατανέμονται ανάλογα με τον αριθμό των μελών της ομάδας και πρέπει να συζητούνται σε ειδικές συναντήσεις, ανά τακτά διαστήματα και να γίνονται ασκήσεις προσομοίωσης ώστε η ετοιμότητα της ομάδας να διατηρείται.

Στη διάρκεια του επειγόντος ο οδοντίατρος τίθεται επικεφαλής, στέκεται δίπλα στον ασθενή και δίδει τις εντολές. Τοποθετεί τον ασθενή στην κατάλληλη θέση, ανάλογα με το είδος του επειγόντος, εκτιμά την κατάσταση

του, αποφασίζει αν και πότε θα κληθεί ιατρική βοήθεια και προχωρά σε ΚΑΡΠΑ αν χρειάζεται, μέχρι η βοήθεια να φτάσει. Άλλο μέλος της ομάδας αναλαμβάνει να φέρει και να ετοιμάσει τον απαραίτητο εξοπλισμό και τα φάρμακα. Τρίτο μέλος αναλαμβάνει να καλέσει επείγουσα ιατρική βοήθεια, καταγράφει τα ζωτικά σημεία του ασθενή, τα φάρμακα που χορηγήθηκαν ή όποιες άλλες παρεμβάσεις έγιναν. Την ώρα που εξελίσσεται το επειγόν πρέπει να υπάρχει ψυχραιμία, συντονισμός των κινήσεων, ταχύτητα και αποφασιστικότητα. Καθένας που λαμβάνει εντολή αναφέρει ότι την έλαβε και στη συνέχεια ότι την εκτέλεσε. Μόνο αφού είναι βέβαιο ότι η προηγούμενη εντολή έγινε κατανοητή και εκτελείται, ανατίθεται το επόμενο καθήκον. Τα μέλη της ομάδας επικοινωνούν με ξεκάθαρους και ευθείς όρους και έχοντας οπτική επαφή μεταξύ τους.

#### **Συμπεράσματα**

Κομβικό στοιχείο της προετοιμασίας για την αντιμετώπιση του ιατρικού επειγόντος είναι η προετοιμασία των μελών της οδοντιατρικής ομάδας. Προετοιμασία που πρέπει να γίνεται έγκαιρα και σχεδιασμένα, με πνεύμα συλλογικότητας και συνεργασίας και κυρίαρχη την ευθύνη για την προστασία της ζωής του ασθενή.

#### **EA48**

### **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ (ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ)**

Ντέντε Ελένη, Ζιώγα Αικατερίνη, Κουρή-Καψαμπέλη Ελένη.

Οδοντιατρικό Τμήμα Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικόν»

#### **Εισαγωγή**

Τα τελευταία χρόνια η προσέλευση ασθενών με οδοντοστοματολογικά προβλήματα στα οδοντιατρικά τμήματα των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ έχει αυξηθεί αισθητά. Οικονομικοί κυρίως λόγοι έχουν στρέψει τους ασθενείς στην αναζήτηση ασφαλούς οδοντιατρικής περίθαλψης, χαμηλού κόστους και υψηλής ποιότητας που παρέχεται σε αυτά. Σημαντικός αριθμός των ασθενών αυτών είναι άτομα με ειδικά προβλήματα υγείας που χρήζουν οδοντιατρικής φροντίδας σε νοσοκομειακό περιβάλλον για την ασφαλή αντιμετώπισή τους, σε συνεργασία του οδοντιάτρου με τους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

#### **Σκοπός**

Η καταγραφή και παρουσίαση του αριθμού των ασθενών με ειδικά προβλήματα υγείας που προσήλθαν στο Οδοντιατρικό Τμήμα του Νοσοκομείου κατά τη διάρκεια ενός έτους λαμβάνοντας υπόψη ότι το εν λόγω νοσοκομείο καλύπτει την ευρύτερη περιοχή της Δυτικής Αττικής.

#### **Υλικά και μέθοδος**

Στους ασθενείς που προσήλθαν στο Οδοντιατρικό Τμή-

## Ελεύθερες Ανακοινώσεις

μα από 1/6/2010 έως 30/6/2011 έγινε οδοντοστοματολογική κλινική εξέταση και καταγραφή των δεδομένων σε ειδικά πρωτόκολλα βάσει των οδηγιών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (W.H.O). Στη συνέχεια έγινε ανάλυση των δεδομένων αυτών.

### Αποτελέσματα

Σε σύνολο 2234 ασθενών που προσήλθαν στο Οδοντιατρικό Τμήμα από 1/6/2010 έως 30/6/2011 οι 585 (26,186%) ανήκαν στην ομάδα των ειδικών ασθενών.

Οι κατηγορίες των ειδικών ασθενών που καταγράφηκαν έχουν ως εξής:

(1) Καρδιοπαθείς 214 **9,57%** (2) Στοματολογικοί 70 **3,13%** (3) Ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη 64 **2,86%** (4) Νευρολογικοί ασθενείς 26 **1,16%** (5) Νεφροπαθείς 23 **1,02%** (6) Ψυχιατρικοί 40 **1,79%** (7) Ασθενείς με παθήσεις αναπνευστικού 22 **0,98%** (8) Ογκολογικοί 37 **1,65%** (9) ΑΜΕΑ 32 **1,43%** (10) Οροθετικοί 27 **1,20%** (11) Νοσηλεύσιμοι στη Μ.Ε.Θ 4 **0,17%** (12) Ασθενείς με ηπατίτιδα Β/С 12 **0,53%** (13) Αλλεργικοί ασθενείς 8 **0,35%** (14) Ασθενείς με συγγενή σύνδρομο 6 **0,26%**.

### Συμπεράσματα

Μεγάλο ποσοστό από τους ασθενείς που προσέρχονται στο οδοντιατρείο του δημόσιου νοσοκομείου είναι ειδικοί ασθενείς με συνδυασμό πολλαπλών νοσημάτων. Πολλές φορές για την ασφαλή αντιμετώπισή τους απαιτείται η συνεργασία του νοσοκομειακού οδοντιάτρου με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Αυτό δύναται να επιτευχθεί άμεσα και αποτελεσματικά στο περιβάλλον του δημόσιου νοσοκομείου, υπογραμμίζοντας την αξία του Ε.Σ.Υ, για την ενίσχυση του οποίου πρέπει όλοι να μεριμνούμε έτσι ώστε με την εύρυθμη λειτουργία του να παρέχουμε σωστή, ακίνδυνη και ικανοποιητικής ποιότητας οδοντοστοματολογική περίθαλψη ιδιαίτερα στους ασθενείς με ειδικά προβλήματα.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι κυρίως χειρουργική. Ριζική χειρουργική εκτομή του όγκου συνδέεται με καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα σε σχέση με συντηρητικές τεχνικές.

Από την λεπτομερή ανασκόπηση της Αγγλοσαξονικής βιβλιογραφίας προκύπτει ότι μέχρι σήμερα έχουν αναφερθεί 135 περιπτώσεις κεντρικού βλεννοεπιδερμοειδούς καρκινώματος (ΚΒΕΚ). Ωστόσο στις περισσότερες από αυτές τα στοιχεία που αφορούν τη μετεγχειρητική παρακολούθηση, τη βιολογική συμπεριφορά και την πρόγνωση της νόσου είναι ελλιπή.

### Σκοπός

Η περιγραφή περίπτωσης ΚΒΕΚ στην κάτω γνάθο και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

### Παρουσίαση περίπτωσης

Ο ασθενής προσήλθε με διόγκωση στην περιοχή της γωνίας της κάτω γνάθου δεξιά. Η πανοραμική ακτινογραφία έδειξε τη παρουσία πολύχωρης διαλύγασης. Πριν ο ασθενής παραπεμφθεί σε Γναθοχειρουργικό Τμήμα έγινε βιοψία. Η ιστολογική εξέταση έδειξε ότι πρόκειται για βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα ενδιάμεσης κακοήθειας.

### Συμπέρασμα

Τα ΚΒΕΚ αποτελούν σπάνιους όγκους των σιαλογόνων αδένων, συνήθως είναι χαμηλής κακοήθειας βλάβες και η θεραπεία τους συνίσταται σε ευρεία εκτομή σε συνδυασμό με σύστοιχο λεμφαδενικό καθαρισμό. Η μακρόχρονη μετεγχειρητική παρακολούθηση είναι επιβεβλημένη δεδομένου ότι έχουν καταγραφεί περιπτώσεις τοπικών υποτροπών ή περιοχικών μεταστάσεων ακόμα και μετά από δεκαετίες.

## ΕΑ49

### ΚΕΝΤΡΙΚΟ (ΕΝΔΟΟΣΤΙΚΟ) ΒΛΕΝΝΟΕΠΙΔΕΡΜΟΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ανδρεσάκης, Διονύσης, Αντωνιάδου Αλεξάνδρα, Ρεμπτελάκης Βασίλης, Ντόκος Ελευθέριος.

Οδοντιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά «Τζάνειο»

### Εισαγωγή

Το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα αποτελεί σύνηθες κακόηθες νεόπλασμα των σιαλογόνων αδένων αποτελώντας το 5-10% όλων των όγκων των αδένων αυτών.

Η ενδοοστική (κεντρική) εντόπιση του όγκου είναι αρκετά σπάνια αποτελώντας το 2-4,3% όλων των βλεννοεπιδερμοειδών καρκινωμάτων. Η αιτιοπαθογένεια της νόσου είναι αμφιλεγόμενη και για την προέλευση της έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες.

## Αλφαβητικό Ευρετήριο Ομιλητών - Συγγραφέων

### A

Αγά-Κουμπίτσκα Ε. EA29  
 Αλαχιώτη Ξ-Σ. EA32, EA33  
 Αλεξίου Σ. EA4  
 Αναγνωστοπούλου Ι. EA5  
 Αναστασοπούλου Ι. EA12, EA13  
 Ανδρεσάκης Δ. EA8, EA9, ΒΡΕΙΣ3, EA49  
 Αντωνιάδης Κ. EA32, EA33, EA34, ΣΤΡ2  
 Αντωνιάδου Α ΒΡΕΙΣ1, EA49  
 Αραποστάθης Κ. EA18, EA40  
 Αχιλλέως Ε-Ε. EA36

### B

Βαϊλάκη Ε. EA24, EA25  
 Βαράκλας Β. EA11, EA41  
 Βάρδας Ε. ΣΤΡ3, EA38  
 Βαρελά Ρ. EA36  
 Βαχτσεβάνος Κ. EA32  
 Βενέτης Γ. ΣΤΡ2  
 Βλασιάδης Κ. ΕΙΣ3  
 Βλάχου Α. EA31

### Γ

Γάτου Ε. ΣΤΡ3, EA38, EA39  
 Γεωργαλά Δ. EA19, EA43  
 Γιαννοπούλου Α. EA30  
 Γκιζάνη Σ. ΕΙΣ1, EA30  
 Γλυκοφρύδης Σ. EA10

### Δ

Δελαντώνη Α. EA37, ΒΡΕΙΣ4  
 Δέσκος Δ. ΣΤΡ3, EA38  
 Δημητριάδης Δ. EA1, EA2  
 Δημητρίου Α. EA22, EA27  
 Δημόπουλος Α-Μ. EA38  
 Δημοπούλου Αικ. EA31  
 Διακομή Μ. EA26  
 Δοντά Α. EA15, EA17  
 Δούζη Ι. EA21

### Ε

Εμμανουήλ Δ. EA44

### Z

Ζαρμπίη-Μαγείρου Α. EA7  
 Ζερβού-Βάλβη Φ. EA22, EA26, EA27, ΣΤΡ5  
 Ζιάκου Α. EA23  
 Ζιώγα Α. EA8, EA16  
 Ζουριδάκη Θ. ΕΙΣ2  
 Ζώταλης Ν. EA42, ΒΡΕΙΣ5

### Κ

Καλαβρυτινός Μ. ΣΤΡ1  
 Καλαμπαλίκης Κ. EA7  
 Καμπέρος Γ. EA15  
 Καμποσιώρα Φ. EA30  
 Καπορδέλης Β., EA10  
 Καραγιάννη Κ. ΕΙΣ9, EA17  
 Καραθανάση Β. EA10  
 Καρκαζής Η. ΕΙΣ5  
 Καρράς Α. EA20  
 Καρκαντζού Σ. EA22  
 Κατσάμπης Σ. EA20  
 Κατσούπας Α. EA29  
 Κατσουράκης Μ. EA29, ΣΤΡ5  
 Κοντοδημόπουλος Ν. EA35  
 Κοντούλη-Γεϊτονα Μ. EA6  
 Κορρές Ν. EA30  
 Κοσιώνη Α. ΕΙΣ4, EA36  
 Κουβελάς Ν. ΕΙΣ10  
 Κουνάρη Χ. ΣΤΡ1  
 Κουρή-Καψαμπέλη Ε. EA8  
 Κουτσούκος Ι. EA18, EA40  
 Κωνσταντινίδης Ρ. EA1, EA2

### Λ

Λασηθιωτάκη Γ. EA43  
 Λασηθιωτάκη Δ. EA24, EA25  
 Λεμονάκη Β. EA31  
 Λιναρδάκου Α. ΕΙΣ13  
 Λινάρδου Ε. EA39  
 Λυγιδάκης Ν. ΕΙΣ7  
 Λυκουρέσης Δ. EA17

### Μ

Μc Cabe J.F. EA28  
 Μαγείρου Α. EA7

Μανιός Α.	ΕΑ21	<b>Ρ</b>	
Μάνου Ο.	ΕΑ36	Ρεμπελάκης Β.	ΕΑ49
Μαντζαρόπουλος Ι.	ΕΑ3	Ρερρέ Α.	ΕΑ18, ΕΑ40
Μαρίνου Ε.	ΕΑ31	Ρούσσου Μ.	ΕΑ38
Μαρκόπουλος Α.	ΣΤΡ2		
Μαραγκού Π.	ΕΑ14	<b>Σ</b>	
Μαρούλη Δ.	ΕΑ35	Σαρρή Τ.	ΣΤΡ3
Μάστακα Α.	ΕΑ19, ΕΑ43	Σαρρίδου Δ.	ΕΑ26
Μελά Α.	ΕΑ26	Σγούρος Δ.	ΕΑ12, ΕΑ13
Μελέκος Θ.	ΕΑ32	Σεληνίδου Α.	ΕΑ1, ΕΑ2
Μένεγας Γ.	ΕΑ20	Σεμερτζιάδη Μ.	ΕΑ5
Μιτσιμπόνας Κ.	ΕΑ34	Σερέτη Μ.	ΕΑ29, ΣΤΡ5
Μιχαλοδημητράκης Μ.	ΕΑ21	Σιαφάκα Π.	ΕΑ29
Μουστάκα Α.	ΕΑ26	Σίσκου Ο.	ΕΑ5
Μπάτου Ν.	ΕΑ3	Σκάρπα Ν.	ΕΑ27
Μπαφαλούκος Δ.	ΕΑ39	Σκλαβούνου-Ανδρικοπούλου Α.	ΕΑ15, ΣΤΡ4
Μπέλλου Ό.	ΕΑ6	Σπηλιωτόπουλος Α.	ΕΑ28
Μπερδούσης Η.	ΕΙΣ8	Στρουμπούλης Κ.	ΕΙΔ Δ/ΞΕΙΣ
Μπογοσιάν Ε	ΕΙΣ12, ΕΑ46, ΕΑ47	Συγγελάκης Α.	ΣΤΡ1
Μπότσιος Σ.	ΕΑ4		
		<b>Τ</b>	
<b>Ν</b>		Ταβουλαρέα Ζ.	ΕΑ23
Νεονάκη Σ.	ΕΑ24, ΕΑ25	Τασόπουλος Γ.	ΕΑ10
Νικητάκης Ν.	ΕΑ15 ΕΑ17	Τασόπουλος Θ.	ΕΑ10
Νικολάου Π.	ΕΙΣ13	Τελειούδης Ζ.	ΕΑ32
Νικολάτου-Γαλίτη Ο.	ΣΤΡ3, ΕΑ38, ΕΑ39	Τζανάκη Ε.	ΕΑ21
Νικολιδάκης Δ.	ΕΑ24, ΕΑ25, ΣΕΜ, ΕΙΣ11	Τζούτζας Ι.	ΣΤΡ1, ΕΑ36, ΣΤΡ3
Ντέντε Ε.	ΕΑ48	Τζώρτζης Γ.	ΕΑ20
Ντήτριχ Ε-Μ.	ΕΑ34	Τηλαβερίδης Ι.	ΣΤΡ2
Ντόκος Ε.	ΕΑ28, ΕΑ49	Τιτσινίδης Σ.	ΕΑ15
		Τόσιος Κ.	ΣΤΡ4
		Τρικαλιώτου Ν.	ΕΑ1, ΕΑ2
<b>Ξ</b>		Τσιχλάκης Κ.	ΕΙΣ6
Ξάνθος Θ.	ΕΙΔ Δ/ΞΕΙΣ	Τσιώνα Σ-Φ.	ΕΑ32, ΕΑ33
		Τσούνιας Β.	ΕΑ5, ΕΑ16
		<b>Υ</b>	
<b>Ο</b>		Υφαντόπουλος Γ.	ΣΤΡ1
Οικονομοπούλου Π.	ΕΑ15, ΕΙΣ14		
		<b>Φ</b>	
<b>Π</b>		Φανδρίδης Ι.	ΕΑ22, ΕΑ27
Παπαβασιλείου Γ.	ΕΑ30	Φοροτζίδης Ε.	ΕΑ3
Παπαδόπουλος Π.	ΕΑ26	Φραγκάκης Μ.	ΕΑ19, ΕΑ21, ΕΑ24, ΕΑ25, ΕΑ45
Παπαδοπούλου Ε.	ΣΤΡ3, ΕΑ39		
Παρασκευοπούλου Ο.	ΕΑ10		
Παύλου Ε.	ΕΑ33		
Πεπονάκη Ε.	ΕΑ19, ΕΑ43	<b>Χ</b>	
Πιπερόπουλος Α.	ΕΑ26	Χαλά Μ.	ΕΑ18, ΕΑ40
Πολάτου Α.	ΕΑ4, ΒΡΕΙΣ2, ΕΑ42	Χρυσομάλη Ε.	ΣΤΡ4
Πολυμενάκου Μ.	ΕΑ26		



# ΔΕΙΓΜΑ ΔΩΡΕΑΝ!

Η **Lazarelis** γνωρίζοντας το πόσο σημαντική είναι η προσωπική εκτίμηση αλλά και τις δυνατότητες και το μεγάλο πεδίο χρήσεων του **Vamalore**, σας προκαλεί να το δοκιμάσετε!

Παραγγείτε ένα δωρεάν δείγμα, επικοινωνώντας μαζί μας και αφήστε το **Vamalore** να σας ουστηθεί από μόνο του!!!

**& στα φαρμακεία!**

Άφθες;  
Φλεγμονές;  
Ουλίτιδα;  
Στοματικά  
προβλήματα;

**Lazarelis**

Ελληνικό  
Πατενταρισμένο  
Προϊόν!

# vamalore

- # Μοναδική τεχνολογία **ZPC™**
- # Δυναμική Τεχνολογία **SmartPores**
- # Απόλυτα Συνθετικό & Εύχρηστο
- # Δεν περιέχει ζωικό ιστό
- # Δεν χρειάζεται μεμβράνη
- # Δεν χάνει από τον αρχικό του όγκο
- # Βακτηριακά στατικό
- # Χωρίς πυρετογόνες χημικές ενώσεις
- # Επιτρέπει την ανακύκλωση των υγρών αποτρέποντας νέκρωση του οστού
- # Τσιμεντοποιείται επιτυχάνοντας άμεση μηχανική ακινητοποίηση περιοδοντικών δοντιών
- # Απορροφάται και αντικαθίσταται από καλής ποιότητας οστό



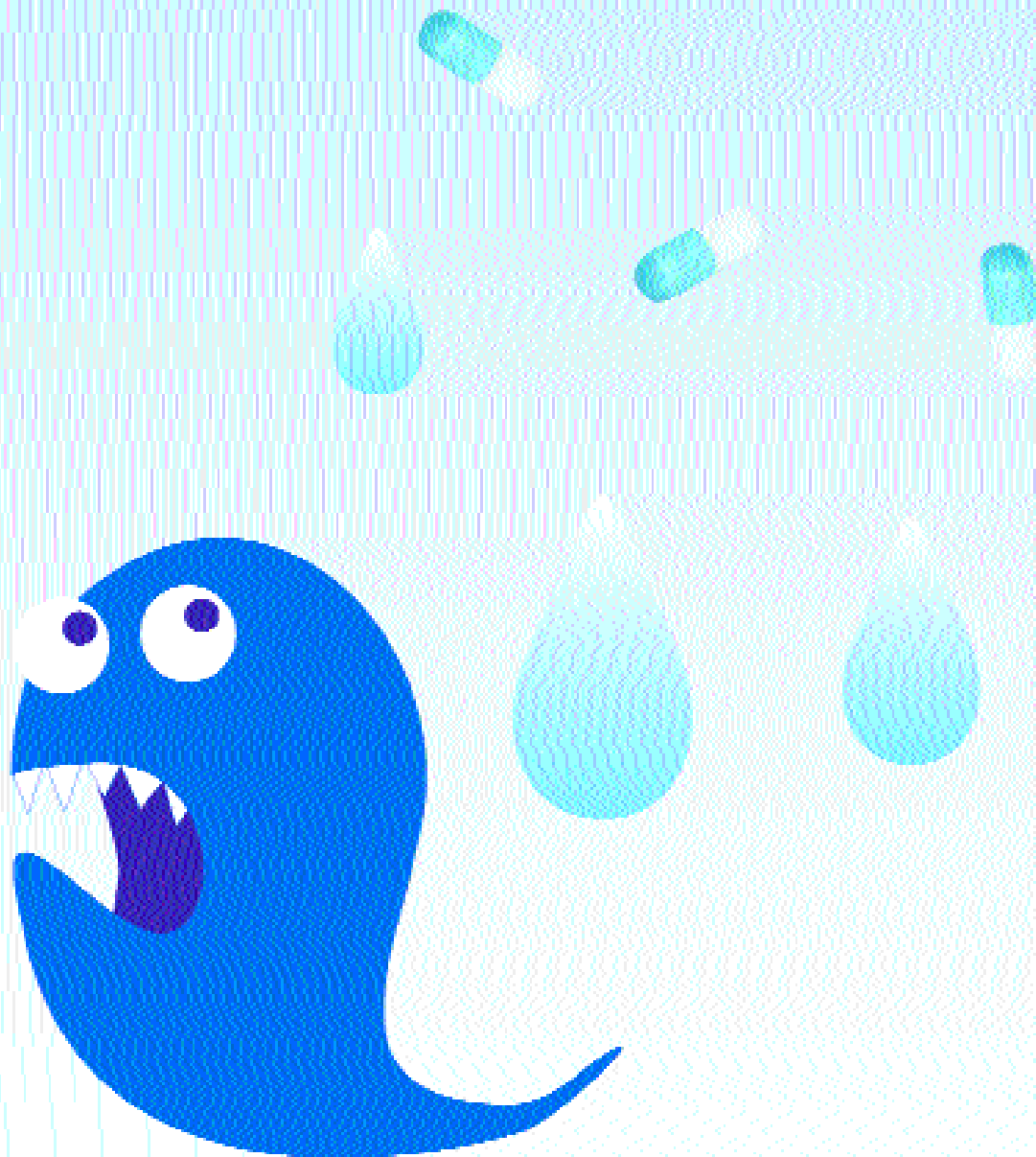
Τερζοπούλου 2 & Λεωφ. Μεσογείων 428, 153 42 Αθήνα  
Τηλ.: 210 6464933 - 210 6442801, Fax: 210 6442801  
info@lazarelis.com, www.lazarelis.com

[www.lazarelis.com](http://www.lazarelis.com)

Επισκευτείτε το site της Lazarelis  
και ενημερωθείτε και για τα υπόλοιπα προϊόντα μας!

# Εξαφανείτε τον μύκητα

... με πόσιμο διάλυμα ή με κάψουλες



## ITRAZOL<sup>®</sup>

Itraconazole

Πόσιμο διάλυμα **10mg/ml**

Κάψουλες **100mg/cap**

Για το καίμενο της περιήληψης των χαρακτηριστικών του προϊόντος απευθυνθείτε στην εταιρεία Verisfield.

ΝΕΑ ΜΟΡΦΗ με  
βελτιωμένη απορρόφηση  
100mg/cap

VERISFIELD

Υποκατάστημα Γενικές  
Κεραρούνας 14, 115 28 Αθήνα

Tel: 210 7475198 • Fax: 210 7475197 • e-mail: [info@verisfield.gr](mailto:info@verisfield.gr) • Web: [www.verisfield.gr](http://www.verisfield.gr)