



# Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

Hellenic Hospital Dentistry

Hellenic Society for Hospital Dentistry

Volume IV • 2011

ISSN 1791-9130

Επίσημη Έκδοση της

Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής

ISSN 1791-9130

## Θέματα

Σημείωμα Διευθυντή Σύntαξης

Οδοντιατρικός φόβος: συχνότητα - επιπτώσεις στη στοματική υγεία

Επικοινωνία με τον ασθενή κατά την κλινική οδοντιατρική πράξη

Επικοινωνία οδοντιάτρου - ηλικιωμένου ασθενή

Σχέση οδοντιάτρου - ασθενή, με έμφαση στον ειδικό ασθενή

Χρόνια νεφρική νόσος και στοματική υγεία

Στοματοδυνία

Μαγνητική τομογραφία: εφαρμογές στην Οδοντιατρική

Μετεμφύτευση δοντιών

Οδοντιατρική φροντίδα σε άτομα με αναπηρία

4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής:  
Απολογισμός

# Προβλήματα των ούλων;

Καθημερινή φροντίδα του στόματός σας  
με υψηλή προστασία  
των ούλων που αιμορραγούν

Ένα ολοκληρωμένο σύστημα  
για την αντιμετώπιση των  
ούλων που ματώνουν :

- Στοματικό διάλυμα  
για την καταπολέμηση της  
αιμορραγίας των ούλων
- Οδοντόκρεμα με διπλή  
αντιμικροβιακή δράση κατά  
της τερπδόνας και των  
ευαίσθητων ούλων
- Οδοντόβουρτσα **Wisdom  
Clean Between** με μικροϊνες  
για απαλό και τέλειο  
καθαρισμό (Medium & Soft)
- Οδοντικό νήμα **Wisdom  
Easy Clean**, εύχρηστο,  
αποτελεσματικό, για τα πίσω  
δόντια, με 15 ανταλλακτικά



**Η ολοκληρωμένη σειρά στοματικής υγιεινής  
της INTERTRADE κάνει την διαφορά!**



Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική • Τόμος 4 • 2011

# Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

Ετήσια Έκδοση της  
Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής  
ISSN 1791-9130

## Θέματα

Σημείωμα Διευθυντή Σύνταξης

Οδοντιατρικός φόβος: συχνότητα - επιπτώσεις στη στοματική υγεία

Επικοινωνία με τον ασθενή κατά την κλινική οδοντιατρική πράξη

Επικοινωνία οδοντίατρου - ηλικιωμένου ασθενή

Σχέση οδοντίατρου - ασθενή, με έμφαση στον ειδικό ασθενή

Χρόνια νεφρική νόσος και στοματική υγεία

Στοματοδυνία

Μαγνητική τομογραφία: εφαρμογές στην Οδοντιατρική

Μετεμφύτευση δοντιών

Οδοντιατρική φροντίδα σε άτομα με αναπηρία

4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής:  
Απολογισμός

Hellenic Hospital Dentistry  
Hellenic Society for Hospital Dentistry

Volume IV • 2011

ISSN 1791-9130



# Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

ΤΟΜΟΣ 4, 2011  
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, Ι. Φανδρίδης

## 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 επίσης. Συνδρομή: 0,01 €.

## ΕΚΔΟΤΗΣ

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής  
Πρόεδρος: Φλώρα Ζερβού-Βάλβη

## ΕΔΡΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

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

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- **Οδοντιατρικός φόβος. Συχνότητα και επιπτώσεις στην στοματική υγεία ενηλίκων ασθενών.**  
Α. Κοκκορέ, Α. Δοντά, Κ. Νικοπούλου-Καραγιάννη .....11-17
- **Η επικοινωνία με τον ασθενή κατά την κλινική οδοντιατρική πράξη. «Ενδέχεται και άλλως έχει».**  
Η. Χ. Καρκαζής .....19-22
- **Η επικοινωνία του οδοντιάτρου με τον ηλικιωμένο ασθενή.**  
Β. Ρήγα, Α. Ε. Κοσιώνη .....23-28
- **Βελτιώνοντας τη Σχέση Οδοντιάτρου-Ασθενή. Με έμφαση στον Ειδικό Ασθενή.**  
Ε. Μπογοσιάν .....29-34
- **Χρόνια νεφρική νόσος και στοματική υγεία**  
Αικ. Δημητρίου, Φ. Ζερβού-Βάλβη .....35-43
- **Στοματοδυνία**  
Π. Μαραγκού .....45-50

# Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

ΤΟΜΟΣ 4, 2011  
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, Ι. Φανδρίδης

## 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. Συνδρομή: 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

- **Βασικά στοιχεία της μαγνητικής τομογραφίας. Εφαρμογές στην Οδοντιατρική.**  
Α. Δελαντώνη .....51-56
- **Μετεμφύτευση δοντιών**  
Γ. Βενέτης, Π. Γ. Λιοκάτης, Φ. Κατσικάνης .....57-64
- **Παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε άτομα με σωματική ή/και νοητική διαταραχή.**  
Σ. Γκίζάνη .....65-71
- **4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής 30/9-2/10/2011, Αθήνα: Απολογισμός** .....73-75

# Hellenic Hospital Dentistry

VOLUME 4, 2011  
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,  
J. Koutsoukos, J. Fandridis

**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

- **Dental fear. Frequency and consequences for the oral health of adult patients.**  
A. Kokkore, A. Donta, K. Karayianni .....11-17
- **The dentist-patient relationship in the everyday dental practice**  
H. Karkazis .....19-22
- **Communication between the dentist and the older dental patient**  
V. Riga, A. Kossioni .....23-28
- **Improving the dentist-patient relationship. Emphasizing on special needs patient.**  
E. Bogosian .....29-34
- **Chronic kidney disease and oral health**  
A. Dimitriou, F. Zervou-Valvi .....35-43
- **Burning Mouth Syndrome**  
P. Maragou .....45-50

# Hellenic Hospital Dentistry

VOLUME 4, 2011  
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,  
J. Koutsoukos, J. Fandridis

**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

- **Basic features of Magnetic Resonance Imaging (MRI) and its applications in Dentistry**  
A. Delantoni .....51-56
- **Tooth transplantation**  
G. Venetis, P.G. Liokatis, F. Katsikanis . .....57-64
- **Provision of dental treatment to patients with physical or mental problem.**  
S. Gizani .....65-71
- **4th Panhellenic Congress of Hospital Dentistry 30/9-2/10/2011, Athens: Report .....73-75**



## ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Το 2011 υπήρξε μία σπουδαία χρονιά για την Εταιρεία μας.

Διοργανώσαμε το 4ο Πανελλήνιο Συνέδριό μας και παρά τις δυσκολίες των καιρών που δεν μας επέτρεψαν να ζητήσουμε εξειδικευμένη βοήθεια, καταφέραμε, μη φειδόμενοι κόπων βέβαια, η διοργάνωση να είναι άρτια, η διεξαγωγή επιτυχημένη και η εκδήλωση να βρει τη δέουσα ανταπόκριση δίνοντας ένα ιδιαίτερο στίγμα.

Το Συνέδριο είχε τίτλο «Η Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας στον 21ο Αιώνα», πραγματοποιήθηκε από 30 Σεπτεμβρίου έως 2 Οκτωβρίου στον γνωστό χώρο του Πνευματικού Κέντρου του Δήμου Αθηναίων και στο πλαίσió του τιμήθηκε ο Ελβετός οδοντίατρος Dr Julien Grivel, για την εθελοντική πολυετή του δράση στην παροχή νοσοκομειακών οδοντιατρικών υπηρεσιών στους Έλληνες χανσενικούς. Λεπτομερής απολογισμός του Συνεδρίου παρατίθεται στο τελευταίο κεφάλαιο του παρόντος τόμου.

Επίσης, προχωρήσαμε στην έκδοση του 3ου τόμου, στον οποίο ενσωματώσαμε και τα Πρακτικά του Συνεδρίου. Ο τόμος αυτός, καλαισθητός όπως και οι προηγούμενοι, με πλούσια ποιοτική ύλη, έτυχε ευρείας εκ νέου αποδοχής.

Το 2012, δηλώνουμε πάλι δυναμικά παρόντες, με την έκδοση του 4ου τόμου της «Ελληνικής Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής». Η έκδοση είναι ξανά έντυπη, όμως οι συζητήσεις για ενδεχόμενη ηλεκτρονική έκδοση του περιοδικού μας έχουν ανάψει για τα καλά. Ίδωμεν...

Στον παρόντα τόμο επελέγη μεγάλο μέρος να αφιερωθεί σε εργασίες που αναφέρονται στην ψυχοσύνθεση, στην επικοινωνία και τις διαπροσωπικές σχέσεις οδοντιάτρου-ασθενή. Το ενδιαφέρον που επεδείχθη για τέτοια θέματα κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου, τα οποία σαφώς επηρεάζουν την παροχή της οδοντιατρικής περίθαλψης και την κατάσταση της στοματικής υγείας ειδικών και μη ασθενών, αποτέλεσε το κύριο έναυσμα για την επιλογή αυτή. Έτσι, περιλαμβάνονται τέσσερα άρθρα που διαλαμβάνονται τέτοιου είδους ζητήματα και απαρτίζονται κατά κάποιο τρόπο μία ενότητα. Συγκεκριμένα σε αυτά συγκαταλέγονται:

- μία ερευνητική εργασία για τον οδοντιατρικό φόβο και ιδιαίτερα για τη συχνότητά του και τις επιπτώσεις του στη στοματική υγεία
- τρία επαγγελματικά θέματα σχετικά με την επικοινωνία και τις σχέσεις οδοντιάτρου - ασθενή και συγκεκριμένα την επικοινωνία με τον ασθενή κατά την κλινική οδοντιατρική πράξη, την επικοινωνία οδοντιάτρου - ηλικιωμένου ασθενή και την σχέση οδοντιάτρου - ασθενή με έμφαση στον ειδικό ασθενή.

Στη συνέχεια του τόμου περιλαμβάνονται:

- τέσσερεις ανασκοπήσεις, μία για την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και την στοματική υγεία, μία για την στοματοδυνία, μία για τη μαγνητική τομογραφία και τις εφαρμογές της στην Οδοντιατρική και μία για την μετεμφύτευση των δοντιών
- μία θεματική ενότητα για την οδοντιατρική φροντίδα σε άτομα με αναπηρία.

Στο τέλος, όπως προαναφέρθηκε, παρουσιάζεται ο απολογισμός του 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής πλαισιωμένος από φωτογραφικό υλικό.

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η «Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική» έχει πλέον κατοχυρώσει το ρόλο της ως φιλόξενο βήμα παρουσίασης και καταγραφής του έργου όλων όσοι υπηρετούν σε Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Πανεπιστημιακές Κλινικές και όλων όσοι ασχολούνται με τη δημόσια και ιδιωτική οδοντιατρική φροντίδα ασθενών με επιβάρυνση της γενικής υγείας. Οι εργασίες που αποστέλλετε αλλά και οι παρατηρήσεις και οι ιδέες σας, μας ενδυναμώνουν στον αγώνα για την έγκυρη και χρήσιμη ενημέρωσή σας.

**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 ενότητων.

**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.

# Οδοντιατρικός φόβος Συχνότητα και επιπτώσεις στην στοματική υγεία ενηλίκων ασθενών

Ανδριανή Κοκκορέ<sup>1</sup>, Αικατερίνη Δοντά<sup>2</sup>, Καίτη Νικοπούλου-Καραγιάννη<sup>3</sup>

**ΣΚΟΠΟΣ:** να συσχετίσει τον οδοντιατρικό φόβο με τη στοματική υγεία και με ορισμένα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, την ηλικία, τη μόρφωση, τον τόπο διαμονής και να αξιολογήσει τη σχέση του με τη συχνότητα και αιτία προσέλευσης στον οδοντίατρο.

**ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** 101 ενήλικες ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε δύο μέτρα εκτίμησης του οδοντιατρικού φόβου (MDAS και FS) και ερωτήσεις σχετικά με ορισμένα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, τη συχνότητα και αιτία επίσκεψης στον οδοντίατρο. Η στοματική κατάσταση των ασθενών αξιολογήθηκε μετά την κλινική και ακτινογραφική εξέταση των ασθενών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η συχνότητα του υπερβολικού οδοντιατρικού φόβου όπως εκτιμήθηκε από την FS και MDAS ήταν 13,86% και 14,85% αντίστοιχα. Συνολικά το 37,62% -σύμφωνα με την FS και το 33,66% -σύμφωνα με την MDAS- των ασθενών ανέφερε μέτριο ως υπερβολικό οδοντιατρικό φόβο. Βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ FS και MDAS σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Οι γυναίκες ανέφεραν ότι φοβούνται περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες σε βαθμό στατιστικά σημαντικό. Παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ οδοντιατρικού φόβου και ηλικίας σε βαθμό στατιστικά σημαντικό. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ οδοντιατρικού φόβου και μόρφωσης, τόπου διαμονής, συχνότητας και αιτίας επίσκεψης στον οδοντίατρο. Θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ οδοντιατρικού φόβου και αριθμού ελλειπόντων δοντιών και αρνητική συσχέτιση μεταξύ του φόβου και του αριθμού των εμφραχθέντων δοντιών, σε βαθμό στατιστικά σημαντικό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συχνότητα του οδοντιατρικού φόβου σε δείγμα ενηλίκων ασθενών φαίνεται υψηλή. Ο οδοντιατρικός φόβος δείχνει να σχετίζεται με ορισμένα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο και την ηλικία αλλά δεν βρέθηκε να σχετίζεται με τη μόρφωση και τον τόπο διαμονής και φαίνεται να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη στοματική υγεία των ασθενών.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 4: 11-17, 2011

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο φόβος του πόνου και το άγχος για τον οδοντίατρο φαίνεται να έχουν απασχολήσει πολλούς ερευνητές οι οποίοι τα περιγράφουν ως οδοντιατρικό φόβο (dental fear), οδοντιατρικό άγχος (dental anxiety), οδοντιατρική φοβία (dental phobia)<sup>1-6</sup>. Αν και δε φαίνεται να υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ οδοντιατρικού φόβου και

άγχους, αφού αναφέρεται ότι έχουν κοινά συμπτώματα και συνέπειες, υποστηρίζεται ότι η διαφορά μεταξύ οδοντιατρικού φόβου και οδοντιατρικής φοβίας είναι ότι στην πρώτη περίπτωση, αν και τα άτομα φοβούνται τελικά επισκέπτονται τον οδοντίατρο, έστω μια φορά κάθε δύο χρόνια<sup>1,2,5-7</sup>. Στη δεύτερη περίπτωση, η πλήρης αποφυγή της οδοντιατρικής θεραπείας, επομένως και του φοβικού ερεθίσματος δείχνει να συμφωνεί με τα διαγνωστικά κριτήρια για τη φοβία της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης (DSM-IV)<sup>5,6</sup>.

Σύμφωνα με τους ερευνητές Locker και συν<sup>7</sup>, Armfield και συν<sup>5,6</sup>, Greenberg<sup>8</sup>, Belzung και Chevalley<sup>9</sup> που θεωρούν ότι ο φόβος είναι ένα βασικό ανθρώπινο συναίσθημα ενώ το άγχος δευτερογενές, ως οδοντιατρικός φόβος περιγράφεται η κατάσταση που εμπεριέχει συναισθήματα έντασης, φόβου, άγχους που έχει ως αποτέλεσμα την απροθυμία των ασθενών να διατηρήσουν σταθερή σχέση με την οδοντιατρική φροντίδα ή καθι-

**Λέξεις κλειδιά:** Οδοντιατρικός φόβος, στοματική υγεία, ενήλικες ασθενείς

<sup>1</sup> Οδοντίατρος, Συνεργάτης Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

<sup>2</sup> Επίκουρη Καθηγήτρια Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

<sup>3</sup> Καθηγήτρια Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Ίδρυμα προέλευσης εργασίας: Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

στά την οδοντιατρική επίσκεψη ιδιαίτερα δυσάρεστη. Ως αιτιολογικοί παράγοντες έχουν αναφερθεί ο πόνος κατά την οδοντιατρική θεραπεία, η προηγούμενη τραυματική εμπειρία, η τοπική αναισθησία (θέα της βελόνας), πολιτιστικοί και κοινωνικοί λόγοι, τα ιδιαίτερα συναισθηματικά γνωρίσματα του ασθενή<sup>3,10-14</sup>. Σημαντικός φαίνεται να είναι και ο ρόλος της οικογένειας και του οδοντιάτρου<sup>10-14</sup>. Σημεία και συμπτώματα που έχουν παρατηρηθεί σε οδοντιατρικά φοβισμένους ασθενείς είναι μυϊκή ένταση, αύξηση ρυθμού αναπνοής και δύσπνοια, εφίδρωση, ναυτία, τάση εμέτου, πονοκέφαλος, σύνδρομο υπεραερισμού, λιποθυμική προσβολή<sup>2,15,16</sup>. Οι οδοντιατρικά φοβισμένοι ασθενείς επομένως καθυστερούν την οδοντιατρική θεραπεία με αποτέλεσμα σημαντικές επιπτώσεις στην στοματική υγεία τους όπως και ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής τους<sup>3,5,13,17-19</sup>.

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της ερευνητικής αυτής εργασίας είναι να συσχετίσει τον οδοντιατρικό φόβο με τη στοματική υγεία και με ορισμένα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, την ηλικία, τη μόρφωση, τον τόπο διαμονής και να αξιολογήσει τη σχέση του με τη συχνότητα και την αιτία προσέλευσης στον οδοντίατρο.

### ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Το υλικό αποτέλεσαν 101 ασθενείς (49 άνδρες, 52 γυναίκες), ηλικίας 18-65 χρόνων που προσήλθαν για πρώτη φορά στην Κλινική της Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, σε χρονικό διάστημα τεσσάρων μηνών (Οκτώβριος 2008 έως Ιανουάριος 2009). Οι ασθενείς ενημερώθηκαν ότι την ημέρα προσέλευσής τους δεν θα γίνει οδοντιατρική θεραπεία αλλά μόνο εξέταση και διάγνωση.

Οι ασθενείς εξετάστηκαν στην Κλινική της Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος και συμπληρώθηκε ατομικός φάκελος που περιελάμβανε τη λήψη ιστορικού, την κλινική ενδοστοματική και εξωστοματική εξέταση καθώς και την ακτινογραφική εξέταση. Ειδικότερα η κλινική εξέταση ολοκληρωνόταν από τελειόφοιτο φοιτητή της Οδοντιατρικής Σχολής, ελεγχόταν από δεύτερο εξε-

ταστή (μεταπτυχιακός φοιτητής) και ο τελικός έλεγχος γινόταν από τρίτο εξεταστή (υπεύθυνος Κλινικής, μέλος ΔΕΠ). Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίστηκε ο ποιοτικός έλεγχος των παρατηρήσεων και του τρόπου συλλογής τους, επομένως η επαναληψιμότητα και εγκυρότητά τους<sup>20</sup>. Στη συγκεκριμένη έρευνα εκτιμήθηκε ο αριθμός των ελλειπόντων δοντιών, ο αριθμός των εμφραχθέντων δοντιών, ο αριθμός των τερηδονισμένων δοντιών<sup>3,5</sup> και ο δείκτης DMFT<sup>21</sup>.

Προκειμένου να προσδιοριστεί το μέγεθος και η συχνότητα του οδοντιατρικού φόβου χρησιμοποιήθηκε διευρυμένο Ερωτηματολόγιο - μαζί με το Ερωτηματολόγιο Υγείας που χρησιμοποιείται στην Κλινική της Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος - πριν τη συμπλήρωση του οδοντιατρικού φακέλου. Το Ερωτηματολόγιο αυτό αποτελούσαν από τρία μέρη. Στο πρώτο μέρος καταγράφονταν πληροφορίες σχετικά με επιδημιολογικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, μόρφωση, τόπος διαμονής). Το δεύτερο μέρος αποτελούσαν δύο ερωτήσεις σχετικά με τη συχνότητα και αιτία επίσκεψης στον οδοντίατρο.

Το τρίτο μέρος περιελάμβανε ερωτήσεις με βάση δύο τροποποιημένες κλίμακες, την τροποποιημένη Κλίμακα Οδοντιατρικού Φόβου (Dental Fear Scale - FS)<sup>22</sup> η οποία είναι εύχρηστη και απλή και την τροποποιημένη Κλίμακα Οδοντιατρικού Άγχους (Modified Corah Dental Anxiety Scale - MDAS)<sup>23</sup> η οποία είναι αξιόπιστη και έγκυρη σε διάφορους πληθυσμούς<sup>3,23,24</sup>. Με βάση την FS, οι ασθενείς καλούνται να απαντήσουν σε μία μόνο ερώτηση: *νιώθετε φόβο όταν πηγαίνετε στον οδοντίατρο;* Ανάλογα με την απάντηση, η Κλίμακα Οδοντιατρικού Φόβου, FS εκτιμά το μέγεθος του οδοντιατρικού φόβου με τέσσερις διαβαθμίσεις: καθόλου φόβος, ήπιος φόβος, μέτριος φόβος, υπερβολικός φόβος ταξινομώντας τους ασθενείς σε αντίστοιχες κατηγορίες (Πίν. 1).

Η Κλίμακα Οδοντιατρικού Άγχους, MDAS περιλαμβάνει τέσσερις ερωτήσεις. Κάθε ερώτηση περιέχει 5 πιθανές απαντήσεις: ηρεμία (=1), ανησυχία(=2), ένταση(=3), άγχος(=4), υπερβολικό άγχος(=5). Ο ασθενής θεωρείται μη οδοντιατρικά αγχωμένος για MDAS άθροισμα μικρότερο του 12, οδοντιατρικά αγχωμένος για MDAS άθροισμα ίσο με 13-14 και ιδιαίτερα αγχωμένος για MDAS άθροισμα μεγαλύτερο ή ίσο του 15. Στη συγκεκριμένη εργασία, η MDAS κατηγοριοποιείται ως εξής: άθροισμα 4 = καθόλου φόβος, 5-8 = ήπιος φόβος, 9-14 = μέτριος

Πίνακας 1

#### ΜΕΓΕΘΟΣ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΟΒΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ FS.

FS	n	%
καθόλου	41	40,59
Ήπιος	22	21,78
Μέτριος	24	23,76
Υπερβολικός	14	13,86

Πίνακας 2

#### ΜΕΓΕΘΟΣ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΟΒΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ MDAS.

MDAS	N	%
Καθόλου	23	22,77
Ήπιος	44	43,56
Μέτριος	19	18,81
Υπερβολικός	15	14,85

φόβος, 15-20 = υπερβολικός φόβος<sup>10,17,23-27</sup> (Πίν. 2). Εκτιμήθηκε επίσης η συσχέτιση της Κλίμακας Οδοντιατρικού Φόβου, FS με την Κλίμακα Οδοντιατρικού Άγχους, MDAS.

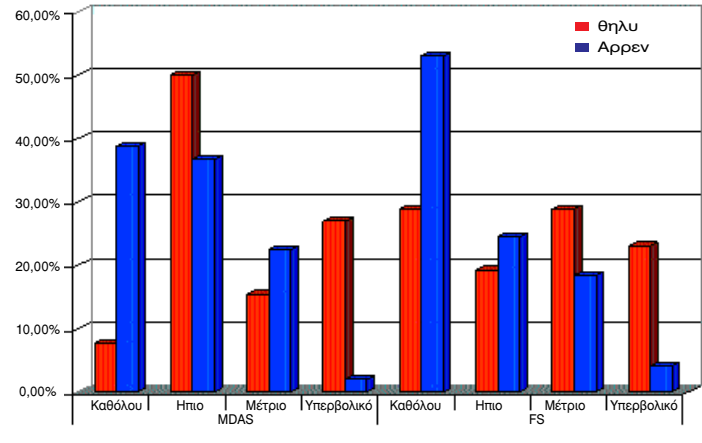
Η επεξεργασία των στοιχείων έγινε με την χρήση STATISTICA 8.0 για Windows. Χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο ανεξαρτησίας μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών η στατιστική συνάρτηση  $\chi^2$  (Pearson chi-square) και για εύρεση τυχούσας συσχέτισης η δοκιμασία μη παραμετρικού συντελεστή SpearmanR, αμφότερες σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% ( $p < 0,05$ ).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η συχνότητα του υπερβολικού οδοντιατρικού φόβου του δείγματος, όπως εκτιμήθηκε από την FS και MDAS ήταν 13,86% και 14,85% αντίστοιχα. Συνολικά το 33,5% έως 37,5% περίπου του δείγματος ανέφερε ότι φοβόταν μέτρια ως υπερβολικά (Πίν. 1 και 2).

Βρέθηκε θετική συνάφεια μεταξύ FS και MDAS σε βαθ-

**Σχήμα 2. ΣΧΕΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΟΒΟΥ ΚΑΙ ΦΥΛΟΥ**



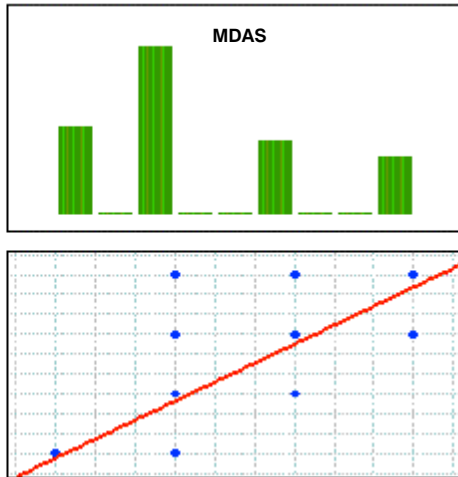
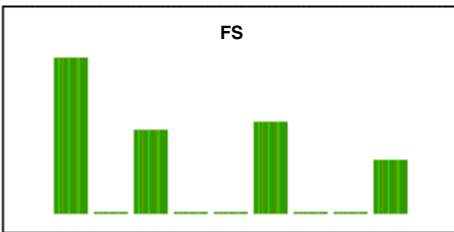
μό στατιστικά σημαντικό (Spearman R=0,84  $p=0,000$ ) (Σχ. 1).

Οι γυναίκες ανέφεραν ότι φοβούνταν περισσότερο σε βαθμό στατιστικά σημαντικό σε σχέση με τους άνδρες (FS:  $\chi^2=11,70$ ,  $p=0,0085$ , MDAS:  $\chi^2=22,90$ ,  $p=0,000$ ) (Σχ. 2).

Παρατηρήθηκε αρνητική συνάφεια μεταξύ μεγέθους οδοντιατρικού φόβου και ηλικίας είτε αυτός εκτιμήθηκε με την FS ή με την MDAS κλίμακα (FS: Spearman R= -0,28,  $p=0,0050$ , MDAS: Spearman R=-0,29,  $p=0,0032$ ), (Σχ. 3 και 4), σε βαθμό στατιστικά σημαντικό. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ μεγέθους οδοντιατρικού φόβου - είτε αυτός εκτιμήθηκε με κλίμακα FS ή MDAS - και μόρφωσης (FS:  $\chi^2=5,09$ ,  $df=6$ ,  $p=0,53$ , MDAS:  $\chi^2=9,18$ ,  $df=6$ ,  $p=0,16$ ) καθώς και τύπου διαμονής (FS:  $\chi^2=4,22$ ,  $df=3$ ,  $p=0,23$ , MDAS:  $\chi^2=3,72$ ,  $df=3$ ,  $p=0,29$ ). Δεν παρατηρήθηκε επίσης στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ οδοντιατρικού φόβου - είτε αυτός εκτιμήθηκε με κλίμακα FS ή MDAS - και συχνότητας (FS:  $\chi^2=5,36$ ,  $df=6$ ,  $p=0,49$ , MDAS:  $\chi^2=4,51$ ,  $df=6$ ,  $p=0,60$ ) και αιτίας προσέλευσης στον οδοντίατρο (FS:  $\chi^2=7,13$ ,  $df=6$ ,  $p=0,30$ , MDAS:  $\chi^2=2,32$ ,  $df=6$ ,  $p=0,88$ ).

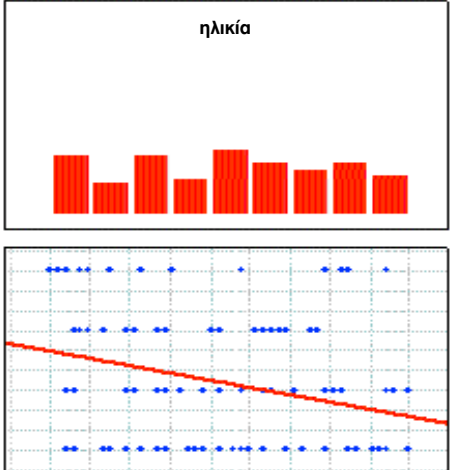
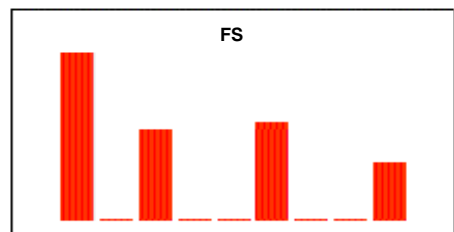
**Σχήμα 1.**

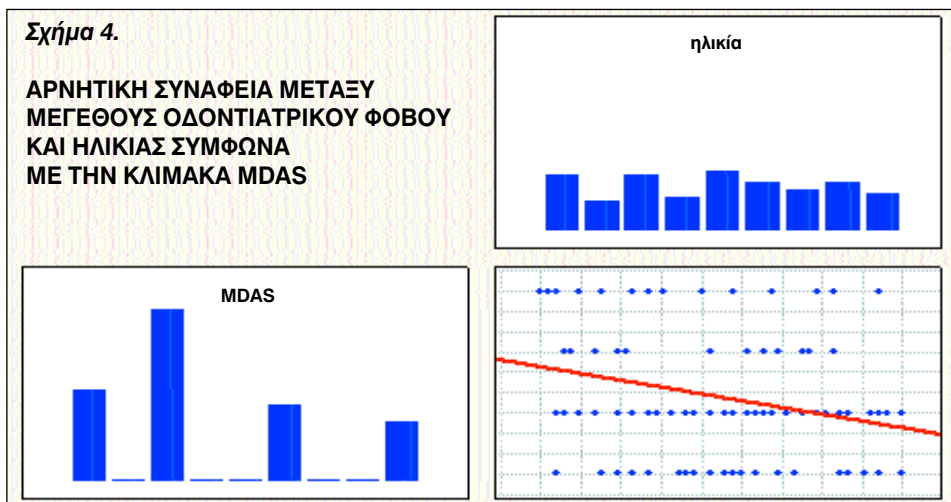
**ΘΕΤΙΚΗ ΣΥΝΑΦΕΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΚΛΙΜΑΚΩΝ FS ΚΑΙ MDAS ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΟΒΟΥ**



**Σχήμα 3.**

**ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΣΥΝΑΦΕΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΟΒΟΥ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ FS**





Παρατηρήθηκε θετική συνάφεια μεταξύ μεγέθους οδοντιατρικού φόβου, όταν αυτός εκτιμήθηκε με την κλίμακα FS, και αριθμού ελλειπόντων δοντιών σε βαθμό στατιστικά σημαντικό και αρνητική συνάφεια μεταξύ του πρώτου και του αριθμού των εμφραχθέντων δοντιών επίσης σε βαθμό στατιστικά σημαντικό. Δεν βρέθηκε συσχέτιση σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% μεταξύ FS και DMFT (Πίν. 3).

Όταν ο οδοντιατρικός φόβος εκτιμήθηκε με την MDAS υπήρχε οριακά θετική συνάφεια μεταξύ αυτού και αριθμού τερηδονισμένων δοντιών σε βαθμό στατιστικά σημαντικό και αρνητική συνάφεια με τον αριθμό των εμφραχθέντων δοντιών σε βαθμό επίσης στατιστικά σημαντικό. Δεν υπήρχε συνάφεια σε επίπεδο στατιστικά σημαντικό μεταξύ MDAS και DMFT (Πίν. 4).

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Στην εργασία αυτή χρησιμοποιήθηκαν δύο διαφορετικά μέτρα εκτίμησης του οδοντιατρικού φόβου για το ίδιο δείγμα ασθενών και προέκυψαν διαφορετικά αποτελέσματα, εύρημα που συμφωνεί και με άλλες έρευνες<sup>4,24-27</sup>. Συγκεκριμένα, οι Locker και συν<sup>26</sup> υποστηρίζουν ότι αυτό συμβαίνει γιατί κάθε μέτρο χρησιμοποιεί διαφορετικά όρια (cut - off points) προκειμένου να διακρίνει αυτούς που είναι οδοντιατρικά φοβισμένοι. Η κλίμακα FS, θεωρούν οι ίδιοι, ότι χρησιμοποιεί

πιο αυστηρά όρια προκειμένου να συμπεριλάβει μόνο σοβαρές περιπτώσεις. Επίσης σημαντικός φαίνεται να είναι ο ρόλος του είδους των ερωτήσεων που συνθέτουν κάθε μέτρο εκτίμησης του οδοντιατρικού φόβου και συγκεκριμένα αν αυτές δίνουν έμφαση στη συναισθηματική αντίδραση του ασθενούς σε ένα οδοντιατρικό ερέθισμα ή στον τρόπο που συμπεριφέρεται. Έτσι οι Linday και Jackson<sup>28</sup> υποστηρίζουν ότι η DAS κλίμακα δυνατόν να υποτιμήσει το μέγεθος του οδοντιατρικού φόβου από μων που δεν δηλώνουν συναισθηματική αντίδραση σε σχέση με την οδοντιατρική θεραπεία. Οι Milgrom και συν<sup>2</sup> θεωρούν ότι όσοι δηλώνουν ότι φοβούνται μέτρια την οδοντιατρική θεραπεία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στην ομάδα των υπερβολικά οδοντιατρικά φοβισμένων, αφού η κλινική εμπειρία δείχνει ότι η συμπεριφορά των πρώτων περιλαμβάνει την αναβολή οδοντιατρικών επισκέψεων έως και αποφυγή της οδοντιατρικής θεραπείας.

Οι Hakeberg και συν<sup>27</sup> σε έρευνά τους που χρησιμοποίησαν 2 διαφορετικά μέτρα (DAS και FS) αναφέρουν ότι ο επιπολασμός του υπερβολικού οδοντιατρικού φόβου στο δείγμα τους ήταν 5,4% και 6,7%, αντίστοιχα. Ο Vassend<sup>25</sup> χρησιμοποιώντας επίσης τα ίδια μέτρα αναφέρουν επιπολασμό 4,2% και 7,1% αντίστοιχα, ενώ οι Locker και συν<sup>26</sup> αναφέρουν επιπολασμό 10,9% και 8,2% αντίστοιχα. Οι ίδιοι προτείνουν<sup>25,26</sup> όπως και άλλοι<sup>24,29</sup>, ότι λόγω απουσίας ιδανικού μέτρου για τον οδοντιατρικό φόβο (gold standard) καλό είναι να χρησιμοποιούνται δυο

**Πίνακας 3**

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΟΒΟΥ ΜΕ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΚΛΙΜΑΚΑ FS.**

ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ FS	Valid-N	Spearman- R	P
τερηδονισμένα δόντια	101	0,19	0,06
ελλείποντα δόντια	101	<b>0,21</b>	<b>0,04</b>
εμφραχθέντα δόντια	101	<b>-0,22</b>	<b>0,03</b>
DMFT	101	0,09	0,35

**Πίνακας 4**

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΟΒΟΥ ΜΕ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΚΛΙΜΑΚΑ MDAS.**

ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ MDAS	Valid-N	Spearman- R	p
τερηδονισμένα δόντια	101	<b>0,19</b>	<b>0,05</b>
ελλείποντα δόντια	101	0,17	0,09
εμφραχθέντα δόντια	101	<b>-0,23</b>	<b>0,02</b>
DMFT	101	0,08	0,41



μέτρα εκτίμησης του οδοντιατρικού φόβου προκειμένου να μελετάται ο βαθμός συσχέτισής τους αλλά και να εκτιμάται το μέγεθος και η συχνότητα του φόβου με συνολικό τρόπο.

Η χρήση διαφορετικών μέτρων εκτίμησης του οδοντιατρικού φόβου στις διάφορες ερευνητικές εργασίες, η διαφορετική μεθοδολογία επιλογής του δείγματος κάνουν δύσκολη τη σύγκριση των αποτελεσμάτων αυτής της έρευνας με αυτές άλλων χωρών<sup>26,27,30,31</sup>. Ειδικότερα ο επιπολασμός του υπερβολικού οδοντιατρικού φόβου έχει εκτιμηθεί σε διάφορες χώρες και δείχνει να κυμαίνεται από 4,2%<sup>32</sup> έως 20,9%<sup>33</sup>. Επιπλέον το δείγμα της εργασίας αυτής δεν θεωρείται αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού γιατί αφορά ασθενείς της Οδοντιατρικής Σχολής. Παρά τους περιορισμούς που αναφέρθηκαν, η συχνότητα του υπερβολικού οδοντιατρικού φόβου της συγκεκριμένης έρευνας (13,86% - 14,85%) κυμαίνεται στα όρια που αναφέρονται διεθνώς (4,2% - 20,9%) και φαίνεται υψηλή.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γυναίκες αναφέρουν ότι φοβούνται περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες, εύρημα που φαίνεται να συμφωνεί με την πλειοψηφία δημοσιευμένων ερευνών<sup>2,3,24,27,31,34</sup>. Οι Coolidge και συν<sup>24</sup> θεωρούν ότι τα αποτελέσματα της δικής τους έρευνας υποδεικνύουν ότι οι οδοντίατροι που έχουν ασθενείς Έλληνες θα πρέπει να περιμένουν ότι οι γυναίκες έχουν εντονότερο οδοντιατρικό φόβο σε σχέση με τους άνδρες. Αυτό πιθανώς οφείλεται στο ότι οι Ελληνίδες γυναίκες είναι γενικότερα περισσότερο αγχωμένες σε σχέση με τους Έλληνες άνδρες. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα σε σχέση με τον οδοντιατρικό φόβο<sup>11</sup>.

Όσον αφορά την ηλικία φαίνεται ότι όσο αυξάνεται, μειώνεται το μέγεθος του οδοντιατρικού φόβου και αντίστροφα. Αρκετοί ερευνητές φαίνεται να συμφωνούν ότι άτομα νεαρής ηλικίας (18 έως 30 χρόνων περίπου) αναφέρουν υπερβολικό οδοντιατρικό φόβο σε σχέση με πιο ηλικιωμένα άτομα (άνω των 50 χρόνων)<sup>2,11,13,27,31</sup>. Η σχέση αυτή πιθανώς ερμηνεύεται με την επίδραση της ηλικίας (age effect) ή με την επίδραση γενιάς (cohort effect) ή με τη συνδυασμένη επίδραση και των δύο<sup>11,35</sup>. Συγκεκριμένα αν η αύξηση της ηλικίας μειώνει τον οδοντιατρικό φόβο αυτό πιθανώς οφείλεται στο ότι με τα χρόνια υπάρχει συχνότερη και συνεχής έκθεση σε οδοντιατρικά ερεθίσματα και επομένως μεγαλύτερη ανοχή στην οδοντιατρική θεραπεία<sup>36</sup>.

Άλλα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά όπως η μόρφωση δεν συσχετίστηκε με τον οδοντιατρικό φόβο. Αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα των Milgrom και συν<sup>2</sup> Stouthard και συν<sup>37</sup>, Locker και συν<sup>11</sup>, Hakeberg και συν<sup>27</sup>, Chanprong και συν<sup>4</sup>. Ωστόσο τα ευρήματα άλλων ερευνών δείχνουν ότι ο υπερβολικός οδοντιατρικός φόβος σχετίζεται με χαμηλή μόρφωση<sup>3,32</sup>.

Στην έρευνα αυτή δεν παρατηρήθηκε επίσης σχέση μεταξύ τόπου διαμονής και οδοντιατρικού φόβου. Αν και δεν φαίνεται να υπάρχουν αρκετές έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία που να συγκρίνουν το μέγεθος του οδοντιατρικού φόβου σε άτομα που ζουν στην πρωτεύουσα

με αυτά που ζουν στην επαρχία, οι Nicolas και συν<sup>13</sup> σε έρευνά τους αναφέρουν ότι το οδοντιατρικό άγχος ήταν μεγαλύτερο για τα άτομα που ζουν στη γαλλική επαρχία σε σχέση με αυτά που ζουν στις γαλλικές πόλεις.

Μεγάλος αριθμός ερευνητών υποστηρίζουν ότι ο οδοντιατρικός φόβος δυνατόν να προκαλέσει καθυστέρηση της οδοντιατρικής θεραπείας δημιουργώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο<sup>2,4,5,10,13,24</sup>. Στη συγκεκριμένη έρευνα δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ οδοντιατρικού φόβου και της συχνότητας και αιτίας προσέλευσης στον οδοντίατρο. Ενδιαφέρον όμως είναι ότι το 80% περίπου του δείγματος, της έρευνας αυτής, που δήλωνε ότι δεν φοβάται καθόλου (MDAS) και το 75% περίπου του δείγματος που δήλωνε ότι επίσης δεν φοβάται καθόλου (FS) επισκέπτεται τον οδοντίατρο μόνο όταν υπάρχει πρόβλημα και συγκεκριμένα για αντιμετώπιση πόνου, υποδεικνύοντας ότι πιθανώς υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα και αιτία οδοντιατρικής επίσκεψης, εκτός του οδοντιατρικού φόβου. Πράγματι ερευνητές έχουν δείξει ότι η συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο επομένως και η ζήτηση οδοντιατρικής περίθαλψης δυνατόν επηρεαστεί από το οικονομικό κόστος της θεραπείας<sup>5</sup>, από έλλειψη χρόνου<sup>38</sup> ή από απάθεια και έλλειψη ενδιαφέροντος για θέματα στοματικής υγείας<sup>39</sup>.

Ο οδοντιατρικός φόβος φαίνεται να έχει επιπτώσεις στη στοματική υγεία των ασθενών. Η διαπίστωση αυτή μπορεί να αποδοθεί στο ότι τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο οδοντιατρικός φόβος των ασθενών τόσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ελλειπόντων δοντιών, αλλά και ο αριθμός των τερηδονισμένων δοντιών, ενώ όσο μικρότερος ο οδοντιατρικός φόβος τόσο μεγαλύτερος ο αριθμός των εμφραχθέντων δοντιών. Οι Milgrom και συν<sup>2</sup> φαίνεται να συμφωνούν ότι τα άτομα που φοβούνται περισσότερο έχουν μερική απώλεια δοντιών ή ολική στη μία ή και στις δύο γνάθους, όπως και οι Locker και Lidell<sup>7</sup> που αναφέρουν ότι τα οδοντιατρικά φοβισμένα άτομα του δείγματος στην έρευνά τους είχαν περισσότερα ελλείποντα δόντια και λιγότερα εμφραχθέντα δόντια, σε βαθμό στατιστικά σημαντικό σε σχέση με αυτά που δεν φοβούνταν. Αντίθετα, οι Doerr και συν<sup>3</sup> δεν βρήκαν σχέση μεταξύ οδοντιατρικού φόβου και αριθμού ελλειπόντων δοντιών, όμως οι οδοντιατρικά φοβισμένοι είχαν τριπλάσιο αριθμό τερηδονισμένων επιφανειών δοντιών και σχεδόν μισό εμφραχθείσες επιφάνειες δοντιών σε σχέση με αυτούς που δεν φοβούνταν, σε βαθμό στατιστικά σημαντικό. Οι Armfield και συν<sup>5</sup> συμφωνούν στο ότι οι οδοντιατρικά φοβισμένοι έχουν περισσότερα ελλείποντα δόντια σε σχέση με αυτούς που φοβούνται λίγο ή καθόλου, ενώ υποστηρίζουν όπως και άλλοι<sup>40</sup> ότι ο αριθμός των ελλειπόντων δοντιών είναι πιο ευαίσθητος «δείκτης» της στοματικής υγείας σε σχέση με τον DMFT, σε καταστάσεις οδοντιατρικού φόβου. Αυτό πιθανώς εξηγεί γιατί δεν βρέθηκε σχέση μεταξύ DMFT και οδοντιατρικού φόβου σε αυτή την έρευνα. Συγκεκριμένα, οι Schuller και συν<sup>40</sup> βρήκαν ότι αν και δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στον DMFT μεταξύ απόμων με υπερβολικό και ήπιο

οδοντιατρικό φόβο, ο αριθμός των ελλειπόντων δοντιών ήταν σχεδόν 50% υψηλότερος μεταξύ αυτών με υπερβολικό οδοντιατρικό φόβο σε σχέση με αυτών με ήπιο οδοντιατρικό φόβο. Αυτό πιθανώς αιτιολογείται από το ότι τα άτομα με υπερβολικό φόβο προτιμούν τα δόντια τους να εξαχθούν παρά να αποκατασταθούν<sup>41</sup>.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- α) Η συχνότητα του οδοντιατρικού φόβου σε δείγμα ενηλίκων ασθενών φαίνεται να είναι υψηλή.
- β) Ο οδοντιατρικός φόβος δείχνει να σχετίζεται με ορισμένα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο και την ηλικία αλλά δεν βρέθηκε να σχετίζεται με τη μόρφωση και τον τόπο διαμονής.
- γ) Ο οδοντιατρικός φόβος φαίνεται να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη στοματική υγεία των ασθενών.

### SUMMARY

#### Dental fear. Frequency and consequences for the oral health of adult patients.

Kokkore A., Donta A., Karayianni K.

*hellenic hospital dentistry* 4: 11-17, 2011

*Dental fear is described as the emotional situation embracing anxiety, stress and fear leading the dental patients towards irregular dental care or else rendering the visit to the dentist very unpleasant. The frequency of high dental fear has been reported at the range of 4,20% to 20,9%. Such variation could be explained by the application of different modes of measuring dental fear, variation of sampling methods or any other factors such as the country the research is taking place.*

**Aim:** to combine dental fear with oral health status and specific epidemiological characteristics and to evaluate the relationship between dental fear and the frequency and causation of visiting the dentist.

**Material and methods:** 101 adult patients completed a questionnaire. The questionnaire consisted of two measures of Dental fear (MDAS & FS) and questions for epidemiological characteristics and oral health habits. Data about oral health status have been obtained after the clinical and radiological examination of the patients.

**Results:** the frequency of high dental fear in the sample as measured by the FS and MDAS was 13,86% and 14,85% respectively. The correlation between FS & MDAS was 0,84. Females were significantly more likely to report high dental fear compared with males and there were significant differences by age. No significant correlation was found between dental fear and educational level, residence, frequency and causation of visiting the dentist. Significant correlation was observed between dental fear and number of missed teeth and number of filled teeth.

**Conclusions:** the frequency of dental fear in the sample of adult patients appears to be high. Dental fear appears

*to be related with age, sex, having adverse effects into the oral health status.*

**Key words:** Dental fear; oral health; adult patients

### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 Gatcel RJ, Ingersoll BD, Bowman L, Robertson MC, Walker C: The prevalence of dental fear and avoidance: a recent survey study. *JADA* 1983; 107(4): 609-10.
- 2 Milgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein P: The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *JADA* 1988; 116: 641-7.
- 3 Doerr PA, Lang PW, Nyquist LV: Factors associated with dental anxiety. *JADA* 1998; 129:1111-19.
- 4 Chanpong B, Haas DA, Locker D: Need and demand for sedation or general anesthesia in dentistry: a national survey of the Canadian population. *Anesth Prog* 2005; 52: 3-11.
- 5 Armfield JM, Stewart JF, Spencer JA: The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health* 2007; 7:1.
- 6 Armfield JM, Slade GD, Spencer JA: Cognitive vulnerability and dental fear. *BMC Oral Health* 2008; 8:2.
- 7 Locker D, Lidell A: Clinical correlates of dental anxiety among older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20(6): 372-5.
- 8 Greenberg LS: Emotion focused therapy: coaching clients to work through their feelings. American Psychological Association Press 2002. Washington. 2002.
- 9 Belzung C, Chevalley C: Models of complexity: the examples of emotions. *Behavioral and Brain Sciences* 2001; 24(6): 1053-57.
- 10 Berggren U, Meynert G: Dental fear and avoidance: causes, symptoms and consequences. *JADA* 1984; 109: 247-51.
- 11 Locker D, Lidell A, Burman D: Dental fear and anxiety in an older population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 120-4.
- 12 Moore R, Brodsgaard I, Rosenberg N: The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study. *BMC Psychiatry* 2004; 4:10.
- 13 Nicolas E, Collado V, Faulks D, Bullier B: A national cross sectional survey of dental anxiety in the French adult population. *BMC Oral Health* 2007; 7:12.
- 14 Αντωνάκη Σ: Από το σύμπτωμα στο βίωμα. Ψυχολογικές οπτικές της Οδοντιατρικής. Πολύτροπον. Αθήνα. 2007.
- 15 Domoto PK, Weinstein P, Melnick S, Ohmura M, Ushida H, Ohmachi K, Hori M: Results of a dental fear survey in Japan: implications for dental public health in Asia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988; 16(4): 199-201.
- 16 Μάρτης Χ: Ο προβληματικός ασθενής του οδοντιατρείου. Εκδ. Ζήτα. Αθήνα. 1995.
- 17 Hakeberg M, Berggren U: A radiographic study of dental health in adult patients with dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21(1): 27-30.
- 18 Wisloff TF, Vassend O, Asmsyr O: Dental anxiety, utilization of dental services, and DMF status in Norwegian military recruits. *Community Dent Health* 1995; 12(2): 100-3.
- 19 Βλασιάδης Κ, Βελεγράκης Γ, Σκουτέρης Χ: Συστήματα μέτρησης της ποιότητας ζωής σε σχέση με τη στοματική υγεία. *Ελλ Στομ Χρον* 2008; 52: 75-80.
- 20 Τριχόπουλος Δ: Επιδημιολογία. Αρχές - μέθοδοι - εφαρμογές. Παρισιάνος. Αθήνα. 1982.

- 21 World Health Organization: Oral Health Surveys. Basic methods. 4th ed. Geneva. 1997.
- 22 Gatcel RJ: The prevalence of dental fear and avoidance: expanded adult and recent adolescent surveys. JADA 1989; 118: 591-3.
- 23 Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJE: The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. Community Dent Health 1995; 12: 143-50.
- 24 Coolidge T, Arapostathis KA, Emmanouil D, Dabarakis N, Patrikiou A, Economides N et al: Psychometric properties of Greek versions of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) and the Dental Fear Scale (DFS). BMC Oral Health 2008; 8:29.
- 25 Vassend O: Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. Behav Res Ther 1993; 31: 659-66.
- 26 Locker D, Shapiro D, Lidell A: Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety. Community Dent Oral Epidemiol 1996; 24: 346-5.
- 27 Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG: Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. Community Dent Oral Epidemiol 1992; 20: 97-101.
- 28 Lindsay S, Jackson C: Fear of routine dental treatment in adults: Its nature and management. Psychology and Health; 8: 135-54.
- 29 Schuur A, Hoogstraten J: Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: a review. Community Dent Oral Epidemiol 1993; 21: 329-39.
- 30 Tunk EP, Firat D, Onur OD: Reliability and validity the Modified Dental Anxiety Scale in a Turkish population. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33: 357-62.
- 31 Yuan S, Freeman R, Lahti S., Lloyd-Williams F, Humpris G: Some psychometric properties of the Chinese version of the modified anxiety scale with cross validation. Health and Quality of Life Outcomes 2008; 6: 22.
- 32 Moore R, Birn H, Kirkegaard E: Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. Community Dent Oral Epidemiol 1993; 21(5): 292-96.
- 33 Weinstein P, Shimono T, Domoto P: Dental fear in Japan: Okayama prefecture school study of adolescents and adults. Anesth Prog 1993; 39(6): 215-20.
- 34 Milgrom P, Vignesh H, Weinstein P: Adolescent dental fear and control: prevalence and theoretical implications. Behav Res Ther 1992; 30(4): 367-73.
- 35 Locker D, Lidell A: Stability of dental anxiety scale scores: a longitudinal study of older adults. Community Dent Oral Epidemiol 1995; 23: 259-61.
- 36 Mellor AC: Dental anxiety and attendance in the north-west of England. J Dent 1992; 20(4): 207-10.
- 37 Stouthard ME: Prevalence of dental anxiety in The Netherlands. Community Dent Oral Epidemiol 1990; 18(3): 139-42.
- 38 Lo GL: The use of dental services by adult Singaporeans. Singapore Dent J 1993; 18(1): 22-25.
- 39 Nutall NM: Initial development of a scale to measure dental indifference. Community Dent Oral Epidemiol 1996; 24(2): 112-16.
- 40 Sculler AA, Willumsen T: Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31(2): 116-21.
- 40 Bouma J, Uitenbroek D, Westert G, Schaub RM, Van de Poel F: Pathways to full mouth extraction. Community Dent Oral Epidemiol 1987; 15(6): 301-5.

---

**Διεύθυνση για επικοινωνία:**  
Κοκκορέ Ανδριανή  
Σύρου 21, 11361 Αθήνα  
Τηλ. 6937450949  
e-mail: akokkore@dent.uoa.gr



## Η επικοινωνία με τον ασθενή κατά την κλινική οδοντιατρική πράξη. «Ενδέχεται και άλλως έχειν»

Ηρακλής Χ. Καρκαζής\*

Παρά το γεγονός ότι η εδραίωση μιας ικανοποιητικής σχέσης ανάμεσα στον θεραπευτή και στον θεραπευόμενο αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για την επιτυχή έκβαση οποιασδήποτε θεραπείας, η καθημερινή πρακτική, αποδεικνύει την απουσία ενός δομημένου μοντέλου προσέγγισης. Ειδικότερα στην οδοντιατρική επιστήμη με την τεχνοκρατική της δομή αλλά και τις ιδιαίτερες προϋποθέσεις που απαιτούνται για την άσκησή της, οι δεξιότητες επικοινωνίας φαίνεται να βαρύνουν ακόμα περισσότερο. Στην εργασία αυτή γίνεται μια αναφορά σε μερικούς θεμελιώδεις μηχανισμούς ψυχοσυναισθηματικής διασύνδεσης γιατρού ασθενή και παρουσιάζονται κάποια πρακτικά μοντέλα επικοινωνίας.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 4: 19-22, 2011

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μία αξιοπρόσεκτη σκηνή αλειυμένη από την ακαδημαϊκή μου μνημονική παρακαταθήκη είναι και η παρακάτω, που διαδραματίζεται σε κάποιο διεθνές σεμινάριο προς το τέλος της δεκαετίας του 1980.

Ταλαντούχοι μεταπτυχιακοί φοιτητές και εκπαιδευόμενοι οδοντίατροι εξετάζουν μια μεσήλικη γυναίκα, υποψήφια ως φαίνεται για εμφυτευματική αποκατάσταση. Οι οδοντίατροι συγκεντρωμένοι, σχεδόν καθηλωμένοι στον περιορισμένο ανατομικό ορίζοντα του στόματος, προτείνουν με πάθος διάφορες λύσεις, αριθμούς εμφυτευμάτων και χειρουργικές τεχνικές, εμφανώς διαγκωνιζόμενοι σε γνώσεις και ικανότητες. Κάποιοι φορούν ακόμα τις ιατρικές μπλούζες με τις στάμπες των πανεπιστημίων τους. Η γυναίκα-ασθενής σιωπηλή και ανέκφραστη, σχεδόν καταθλιπτική, ακούει χωρίς την παραμικρή αντίδραση. Είναι μαυροντυμένη και απεριποίητη με τα μαλλιά της πρόχειρα πιασμένα πίσω, οι μαύρες κάλτσες της έχουν χάσει πόντους και τα παπούτσια της είναι λερωμένα. Παραδίπλα στον πάγκο είναι ακουμπισμένος και ανοικτός ο ιατρικός της φάκελος. Στο τετράγωνο με την ένδειξη *chief complaint* κάποιος έχει

γράφει πρόχειρα 5 λέξεις... *to replace the false teeth...* Ολοκληρώνοντας παλαιότερα ένα άλλο άρθρο σχετικό με τη δημόσια οδοντιατρική εκπαίδευση και την ελεύθερη αγορά<sup>1</sup> είχαμε καταλήξει σε ένα προβληματισμό που αφορούσε την αντιδιαστολή ανάμεσα στην πολυδιάστατη ακαδημαϊκή μόρφωση και την αφυδατωμένη επαγγελματική καθοδήγηση. Παιδεία με την Πλατωνική έννοια της *περιαγωγής*\* της ψυχής ή μονοδιάστατη κατάρτιση; Τι ακριβώς θέλουμε; Με αυτόν ακριβώς τον προβληματισμό σχετίζεται και η παραπάνω μνημονική σκηνή, με εμφανή στοιχεία αλαζονείας και πλεονάζοντος επαγγελματικού ναρκισσισμού. Στη συνέχεια γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης και «οδοντιατρικής προσαρμογής» ορισμένων ψυχαναλυτικών εννοιών, υποψιαζόμενοι βεβαίως τις δυσκολίες αλλά και τις παγίδες του εγχειρήματος.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση ορισμένων θεμελιωδών μηχανισμών ψυχοσυναισθηματικής διασύνδεσης γιατρού-ασθενή και η παρουσίαση ενός πρακτικού μοντέλου επικοινωνίας

\**Περιαγωγή της ψυχής*. Όπως εννοιοδοτεί ο Στέλιος Ράμφορ τον όρο *Παιδεία*, κατά την ανάλυση του πιο φημισμένου φιλοσοφικού κειμένου της αρχαιότητας «τον μύθο του σπηλαίου» από την Πολιτεία του Πλάτωνος.

**Λέξεις κλειδιά:** οδοντιατρική πράξη, επικοινωνία, σχέδιο θεραπείας

\* Αναπληρωτής Καθηγητής Κινητής Προσθετικής ΕΚΠΑ

Αναδημοσίευση από το Οδοντιατρικό Βήμα. Οκτώβριος 2010  
Ίδρυμα προέλευσης: Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

### ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ

Είναι γνωστό ότι η σχέση γιατρού-ασθενή, ή καλύτερα θεραπευτή-θεραπευόμενου παραμένει θεμελιώδης στην έκβαση της θεραπείας. Το μαθαίνουμε άλλωστε από το

πρώτο έτος των σπουδών μας. Μέσα από τη σχέση αυτή περνάει στην κυριολεξία όλο το ψυχοσυναισθηματικό οικοδόμημα του ασθενή και ασυνείδητα διαπλέκεται με εκείνο του οδοντιάτρου. Η έννοια της μεταβίβασης αποτελεί μία από τις μεγαλειώδεις συλλήψεις του *Sigmund Freud (1856-1939)*<sup>2</sup> στην πορεία θεμελίωσης της ψυχαναλυτικής σκέψης και πρακτικής. Η ψυχανάλυση ως δομημένη θεωρία της εγκατάστασης και απαρτίωσης του ψυχικού οργάνου και κατά συνέπεια της ανθρώπινης ψυχοπαθολογίας εξελίχθηκε, εμπλουτίστηκε, αμφισβητήθηκε ως μη τεκμηριούμενη, αλλά τελικά παρέμεινε μία από τις σημαντικότερες κατακτήσεις του ανθρώπινου πνεύματος τον αιώνα που πέρασε. Έχει μάλιστα υποστηριχθεί πως οι κραδασμοί που προξένησε η νέα ψυχαναλυτική θεωρία έμοιαζε με εκείνους που είχαν προκαλέσει η κοσμολογία του Γαλιλαίου τον 17<sup>ο</sup> αιώνα και η Δαρβινική βιολογία τον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Για πρώτη φορά στη σύγχρονη εποχή ο λόγος μετατρέπεται σε θεραπευτικό εργαλείο και ο ασθενής αντιμετωπίζεται μεταξυ άλλων και ως φορέας μετασχηματισμού της αντικειμενικής πραγματικότητας. Και λέμε στη σύγχρονη εποχή γιατί η θεραπευτική δύναμη του λόγου είχε ήδη αξιοποιηθεί στις μυστηριακές *Κορυβαντικές*, *Ελευσίνιες* και *Διονυσιακές* τελετές και στις θεραπευτικές *εγκοιμήσεις* στα Ασκληπιεία και στα μαντεία της αρχαιότητας. Η *μεταβίβαση (transfert, transference)*<sup>3,4</sup> υποδηλώνει διεργασία που στο αυστηρά ψυχαναλυτικό πεδίο περιλαμβάνει την επανάληψη πρωτοτύπων της παιδικής ζωής τα οποία βιώνονται με έντονο το αίσθημα της επικαιρότητας. Ο *Freud* υποστηρίζει ότι πυρήνας αυτών των παιδικών πρω(το)τύπων δεν είναι τίποτε άλλο από τα γονεϊκά μορφοειδωλα (*imago*), εσωτερικευμένες δηλαδή αναπαραστάσεις του πατέρα, της μητέρας, των αδελφών και ίσως κάποιων σημαντικών άλλων προσώπων. Με άλλα λόγια πρόκειται για επανενεργοποίηση ασυνείδητων συναισθημάτων και επιθυμιών που επενδύονται σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο σχέσεων στο εδώ και τώρα. Η μεταβίβαση, προϋπόθεση και εργαλείο στην ψυχαναλυτική πρακτική, υποκρύπτεται ή και καθορίζει τις ποικίλες σχεσιακές δομές στη ζωή του ανθρώπου όπως η σχέση καθηγητή-μαθητή, γιατρού-ασθενή, πνευματικού-εξομολογούμενου κλπ. Μεταβιβαστικές αντιδράσεις, χωρίς να τις ονομάζει βέβαια έτσι, περιγράφει και ο Πλάτων στον *Θεαίτητο*<sup>5</sup>, αναφερόμενος στην επίδραση της διδασκαλίας του Σωκράτη. Θα λέγαμε συνεπώς πως ο ασθενής επιλέγοντας τον γιατρό του μεταφέρει ένα φορτίο προσδοκιών και ενίοτε αμφιθυμικών στάσεων στηνιγμένων στις παρελθοντικές του εμπειρίες, κυρίως από τα πρόσωπα εξουσίας των παιδικών του χρόνων. Εδώ θα μπορούσε κάποιος να ρωτήσει. Και ο γιατρός τι κάνει; Αναμφίβολα οι συγκεκριμένες στάσεις των ασθενών πυροδοτούν ένα πλέγμα συναισθηματικών αντιδράσεων και στο γιατρό. Το φάσμα των συναισθημάτων αυτών εκτείνεται από τον θυμό και τη δυσφορία μέχρι την κατανόηση, τη ζεστασιά, την τρυφερότητα ή ακόμα την υποκρυπτόμενη ή εμφανή ερωτική διέγερση. Η *αντιμεταβίβαση* λοιπόν (*contre transfert, countertransference*) είναι το σύνολο των αντιδράσεων του γιατρού απέναντι στον ασθενή και ειδικότερα στη μεταβίβαση του ασθε-

νή. Είναι προφανές ότι η αντιμεταβίβαση του γιατρού αντλεί από την αθέατη δεξαμενή του δικού του ασυνείδητου. Μερικές φορές, όπως διαπίστωσε η *Melanie Klein*<sup>4</sup> στις μελέτες της για την ψυχοσυναισθηματική ζωή του βρέφους, η σταθερή και μακροχρόνια μεταβιβαστική πίεση, στην περίπτωση μας ενός ασθενή στο γιατρό του, μπορεί τελικά να οδηγήσει τον τελευταίο σε καθοδηγούμενες η καλύτερα *επαγόμενες\** σκέψεις και συναισθήματα, που εν τέλει ταυτίζονται με εσωτερικές αναπαραστάσεις των συναισθημάτων του ίδιου του ασθενή. Πρόκειται δηλαδή για ένα μηχανισμό αποβολής και στη συνέχεια εισαγωγής τμημάτων του εαυτού του ασθενή (συνήθως αρνητικών που δεν τα αντέχει ο ίδιος) στον θεραπευτή του με τελικό σκοπό τον ασυνείδητο έλεγχο του τελευταίου.

Η συμπεριφορική και συναισθηματική αυτή χειραγώγηση του περιβάλλοντος, που παρατηρείται όχι σπάνια σε νοσηλευτικές μονάδες ψυχικών νοσημάτων και ιδιαίτερα από παρανοϊκούς χαρακτήρες, ονομάζεται *προβολική ή προβλητική ταύτιση (projective identification)*. Μετά Κλαϊνικοί συγγραφείς (*Heimann 1950, Ogden 1979, Bion 1988*)<sup>6,7,11</sup> επανεξέτασαν την έννοια της *προβολικής ταύτισης* δίνοντας έμφαση στις ευρύτερες επικοινωνιακές συνιστώσες της και καθόρισαν την αναγκαιότητα της ύπαρξης όχι μόνο ενός *προβολέα*, αλλά και ενός *κατάλληλου κατά περίπτωση δέκτη* για την εγκατάσταση του φαινομένου. Έτσι η *προβολική ταύτιση* φαίνεται να ενυπάρχει (να υπό-κειται) σε κάθε σχέση συντροφικότητας και συναισθησίας. Είναι προφανές λοιπόν γιατί χειραγωγούμενα θεραπευτικά σχήματα από τους ίδιους τους ασθενείς δεν είναι σπάνια στην καθ' ημέρα κλινική πράξη. Πρόκειται για ένα επικοινωνιακό παιχνίδι δράσης - αντίδρασης τόσο απλοϊκό και αρχαϊκό, όσο πολυσύνθετο και επίκαιρο. Ο αμήνητος γιατρός ίσως δεν το συνειδητοποιεί αλλά και αν ακόμα το υποψιαστεί θα το εκλογικεύσει, καταπιέζοντας την συναισθηματική του απόκριση ως αντιεπαγγελματική ή επικίνδυνη. Και όμως η κατανόηση και διαχείριση της αντιμεταβίβασης μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη στην εδραίωση μιας *εργασιακής συμμαχίας*, που όπως και στην ψυχανάλυση αποτελεί το φέρον σώμα (*corpus*) εντός του οποίου ολοκληρώνονται με επιτυχία τα θεραπευτικά σχήματα. Μία μέθοδος αξιοποίησης των παραπάνω ψυχαναλυτικών δεδομένων για την εξασφάλιση της εργασιακής συμμαχίας είναι η μέθοδος *BATHE* και αφορά όλο το φάσμα των κλινικών ιατρικών ειδικοτήτων, όπου κυριαρχεί η αντιπαράθεση γιατρού-ασθενή.

*\*Με την έννοια που απορρέει από την ηλεκτρομαγνητική επαγωγή (Electric Induction) δηλαδή την εμφάνιση ηλεκτρισμού εξαιτίας μαγνητικού πεδίου*

### Η ΜΕΘΟΔΟΣ BATHE

Η μέθοδος *BATHE*<sup>®</sup> πρωτοπαρουσιάστηκε από τους *Marian Stuart* και *Joseph Lieberman* στο βιβλίο τους *The Fifteen Minute Hour* το 1993 ενώ ακολούθησαν και άλλες δημοσιεύσεις στο θέμα αυτό. Πρωταρχικός σκοπός τους ήταν η γρήγορη θεμελίωση μιας σχέσης εμπιστο-

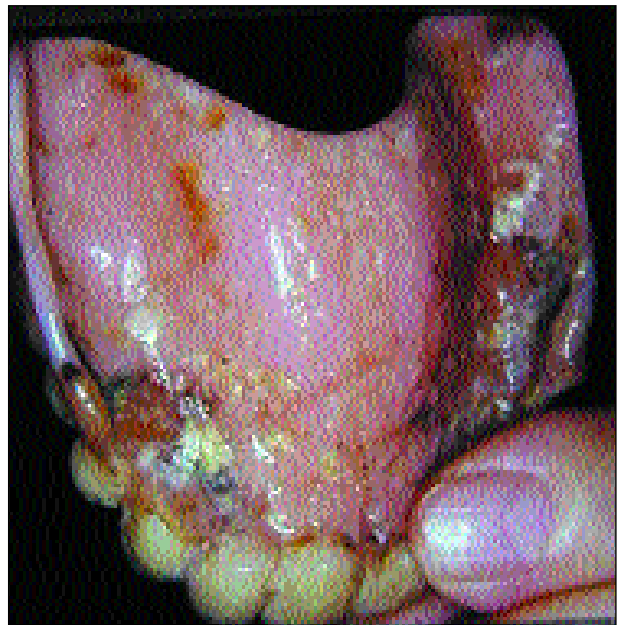
σύνης με τον ασθενή και η αδρή καταγραφή καταστάσεων άγχους και στρες. Κλειδιά στη διαδικασία αυτή είναι κατά σειρά η ικανότητα του γιατρού να ακούει τον ασθενή, να παρέχει στήριξη, να προκαλεί και να αντανακλά συναισθήματα, να δείχνει σεβασμό και τέλος να θεμελιώνει εργασιακή συμμαχία. Ο ασθενής πρέπει να πει για μερικά λεπτά την ιστορία του χωρίς διακοπή, παρά την συνήθη πρακτική μας να ζητάμε γρήγορα και κάποιες φορές αδιάφορα ή αυταρχικά, πολλές λεπτομέρειες. Καλώς ή κακώς η επαρκής αντιμετώπιση του συνολικού ιατρικού ή στην περίπτωσή μας οδοντιατρικού προβλήματος περιλαμβάνει και τις συναισθηματικές συνιστώσες του. Συνεπώς είναι θεμελιώδες να κατανοήσουμε τι ακριβώς απασχολεί τον ασθενή, τι ο ασθενής προσδοκά από εμάς και τέλος γιατί ο ασθενής προστρέχει για θεραπεία τη συγκεκριμένη στιγμή. Η μέθοδος *BATHE* (*Background, Affect, Trouble, Handling, Empathy*) είναι μία απλή ασθενοκεντρική διαδικασία που περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις εμπνευσμένες από τις κλασικές ψυχοθεραπευτικές μεθόδους. Η πρώτη ερώτηση [*τι συμβαίνει στη ζωή σας ή τι σας απασχολεί;*] αφορά το *Background* δηλαδή την διερεύνηση του παρασκήνιου, της περιρρέουσας ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης του ασθενή. Αρκετοί ασθενείς μιλούν μόνοι τους σχετικά με τα ζητήματα αυτά πριν καν ερωτηθούν. Η δεύτερη ερώτηση [*πως αισθάνεστε γι' αυτά;*] αντλεί πληροφορίες για το συναίσθημα (*Affect*) που εκφράζει ο ασθενής περιγράφοντας το παρασκήνιο της ζωής του. Η τρίτη ερώτηση [*τι είναι αυτό που σας ταλαιπωρεί ή σας ανησυχεί περισσότερο;*] αφορά το *Trouble* και οδηγεί στην συμβολική σύνοψη του προβλήματος από τον ασθενή, ενώ η τέταρτη ερώτηση [*πως χειρίζεστε το πρόβλημα αυτό;*] *Handling*, βοηθά να κατανοήσουμε ή να υποψιαστούμε τις συναισθηματικές παρακαταθήκες και τους μηχανισμούς χειρισμού του προβλήματος. Τέλος μια δική μας τοποθέτηση του τύπου [*θα πρέπει να είναι πολύ δύσκολο για σας η, καταλαβαίνω το πρόβλημά σας*] υποδηλώνει την κατανόηση του προβλήματος (*Empathy*) μας τοποθετεί σε θέση συμπάσχοντος και γεφυροποιεί το αρχικό χάσμα.

### ΣΗΜΕΙΑ ΠΡΟΣΟΧΗΣ

Είναι προφανές ότι η κατάλληλη χρήση του λόγου και η ερμηνευτική δεξιότητα του γιατρού καθορίζουν την αποτελεσματικότητα της μεθόδου. Σαν μέθοδος επικοινωνίας χρειάζεται άσκηση, επανάληψη, φειδώ και ίσως κάποιο ταλέντο και σίγουρα δεν πρόκειται για αντιποίηση του επαγγέλματος του ψυχολόγου. Οι συγγραφείς ωστόσο τονίζουν την αποφυγή εμπλοκής στο ευρύτερο συναισθηματικό πρόβλημα του ασθενή με συμβουλές ή άλλης φύσεως υποστηρικτικές παρεμβάσεις που και επικίνδυνες είναι και ξεφεύγουν από την ουσία και τα ζητούμενα της μεθόδου. Τέλος η μέθοδος δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται σε βαρύτερες περιπτώσεις όπως σε ψυχωτικούς ασθενείς, σε ασθενείς με αυτοκτονική προδιάθεση, ή ακόμα και σε ασθενείς με σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας, που ούτως ή άλλως δεν εμπιπτουν στο σύνθηρες οδοντιατρικό πελατολόγιο.

### ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΙΤΗΜΑ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (NEEDS-DEMANDS)

Στο ίδιο μήκος κύματος κινείται και ο προσδιορισμός των αναγκών και των αιτημάτων για οδοντιατρική θεραπεία. Πρόκειται για συστηματική - μαιευτική - διαδικασία μέσω κατάλληλα διαμορφωμένων ερωτήσεων και κλινικής εξέτασης, που πραγματοποιείται στη φάση της πρώτης επαφής με τον ασθενή και τη λήψη του ιστορικού. Ερευνητικές εργασίες τουλάχιστον δύο δεκαετίες πριν<sup>9</sup>, έφεραν για πρώτη φορά στο φως το μεγάλο κίνδυνο της στρεβλής εκτίμησης των πραγματικών αναγκών για θεραπεία, που οφείλεται όχι μόνο στη ρηχότητα της επικοινωνίας, αλλά και στον ερμηνευτικό μονόλογο του εξεταστή. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι τα υποτιθέμενα αντικειμενικά στοιχεία από την ιατρική και οδοντιατρική ιστορία του ασθενή εξαρτώνται από τις βαθύτερες αντιλήψεις, τις απόψεις αλλά και τις αναμνήσεις του, έτσι ώστε συχνά να μην συμβαδίζουν με τις διαφορετικές ερμηνευτικές εκδοχές του γιατρού (εικ. 1). Με άλλα λόγια τα γεγονότα είναι χρωματισμένα με τα γυαλιά μέσα από τα οποία βλέπει ο καθένας τον κόσμο και άρα απαιτείται μεγαλύτερη προσπάθεια για την αποκρυπτογράφηση τους.



**Εικ. 1:** Αντικειμενικές και υποκειμενικές ανάγκες για θεραπεία. Εικόνα οδοντοστοιχίας μετά από περίπου 30 χρόνια χρήσης. Παρά το γεγονός ότι η συγκεκριμένη οδοντοστοιχία δεν ικανοποιεί σχεδόν καμιά κατασκευαστική προδιαγραφή σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και της τέχνης (έλλειψη συγκράτησης και στήριξης, κάταγμα πτερυγίων, αποτριβή δοντιών, μηδενική υγιεινή, ανεπαρκής αισθητική κλπ), η ηλικιωμένη ασθενής δηλώνει απόλυτα ικανοποιημένη και δεν επιδιώκει κανενός είδους επιδιόρθωση ή αντικατάσταση. Στο προστατευμένο περιβάλλον όπου διαβίει, ο περιορισμένος χαρακτήρας των κοινωνικών συναναστροφών και το ελεγχόμενο διαιτολόγιο δικαιολογούν εν μέρει την παραπάνω στάση (Γηροκομείο Αθηνών 1991)<sup>9</sup>.

**ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ -  
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Παρά τη φαινομενική της απόσταση, η κλινική οδοντιατρική διαχειρίζεται ασθενείς με τρόπο που εμπίπτει απόλυτα σε όλες τις παραπάνω ψυχαναλυτικές αρχές. Οι ασθενείς βρίσκονται σε εγρήγορση και ξαπλωμένοι στην οδοντιατρική καρέκλα σε σωματική εγγύτητα με τον/την οδοντίατρο. Οι συνεδρίες είναι συνήθως πολλές καθιερώνοντας ποικίλους ρόλους, συμβολικά ισοδύναμα και μεταβιβαστικές συμπεριφορές. Ο λόγος συνήθως ρέει. Πρόκειται για μια σκηνή, οιονεί πιστή στο ψυχαναλυτικό υπόδειγμα. Επίσης δεν θα πρέπει να ξεχνάμε πως το στόμα, πέρα από την πολυδιάστατη συμβολή του στην εξωτερική εικόνα, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο πρώτο στάδιο της λιβιδινικής ανάπτυξης του ανθρώπου που κατά τη Φροϋδική αλλά και τις μετά Φροϋδικές προσεγγίσεις συμβάλλει στη οργάνωση των αντικειμενοτρόπων σχέσεων και στη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Τέλος κάποια αναφορά θα πρέπει να κάνουμε και στο σχετικό γνωμικό, που ως κιβωτός διαγενεαλογικής<sup>10</sup> λαϊκής σοφίας δηλώνει: Όπου πονεί το δόντι, εκεί κι η γλώσσα κρούει.

**SUMMARY**

**The dentist-patient relationship  
in the everyday dental practice**

Karkazis H.

*hellenic hospital dentistry 4: 19-22, 2011*

*Although the establishment of a positive doctor-patient relationship is essential for the delivery of high quality health care, every day practice reveals the lack of such a structured*

*model of communication. Especially for the dental profession with its technocratic and complex nature further good rapport and working alliance with the patients are imperative. The aim of this paper is to present some psychodynamic aspects of the dentist-patient relationship and to propose methods of communication.*

**Key words:** dental practice; communication; treatment planning

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Καρκαζής Η: Δημόσια οδοντιατρική εκπαίδευση και ελεύθερη αγορά. Ελλ Νοσ Οδοντ 2009; 2:67-69.
2. Storr A: Freud: A very short introduction. Oxford Un. Press. 1989.
3. Freud S: La technique psychanalytique. Paris. PUF. 1953, Reed. 1981.
4. Klein M: Envy and gratitude and other works 1946-1963. Vintage. 1997.
5. Θεοδωρακόπουλος ΙΝ: Πλάτωνος Θεαίτητος. Εισαγωγή, αρχαίο και νέο ελληνικό κείμενο. Αθήνα: Ακαδημία Αθηνών, Κέντρον Ερεύνης της Ελληνικής Φιλοσοφίας. 1980.
6. Heimann P: On countertransference. Int Journal of Psychoanalysis 1950; 31:81-84.
7. Bion W. In: Melanie Klein today. (Ed. E. Spillius). Routledge. London. 1988:178-186.
8. Stuart MR, Lieberman JA: The fifteen minute hour. Applied Psychotherapy for the primary care physician. 2nd ed. Westport. Conn: Praeger, 1993.
9. Karkazis H, Kossioni A: Dental treatment needs and demands of an elderly institutionalised population in Athens. Eur J Prosthodont Rest Dent 1993; 1:157-163.
10. Abraham N, Torok M: L'ecorce et la noyau, Paris, Aubier Flammarion. 1978: 433.
11. Ogden T: On projective identification. Int Journal of Psychoanalysis 1979; 60:357-373.

**Διεύθυνση για επικοινωνία:**

Ηρακλής Χ. Καρκαζής  
Αναπλ. Καθηγητής Κινητής Προσθετικής, Οδοντιατρική Σχολή  
ΕΚΠΑ  
Θηβών 2 Γουδί, Αθήνα 11527,  
τηλ. 2107461212,  
e-mail: hkarkaz@dent.uoa.gr



## Η επικοινωνία του οδοντιάτρου με τον ηλικιωμένο ασθενή

Βασιλική Ρήγα<sup>1</sup>, Αναστασία Ε. Κοσιώνη<sup>2</sup>

Οι επικοινωνιακές δεξιότητες αποτελούν σημαντικό στοιχείο της αλληλεπιδραστικής σχέσης του οδοντιάτρου με τον ασθενή του. Οι οδοντίατροι που επικοινωνούν αποτελεσματικότερα με τους ασθενείς τους επιτυγχάνουν υψηλότερου βαθμού συνεργασία μαζί τους. Η επικοινωνία διακρίνεται στη λεκτική και στη μη λεκτική, αλλά είναι σημαντικό να τονιστεί ότι και οι δύο μορφές επικοινωνίας είναι αλληλένδετες και στην πράξη δεν μπορούν να διαχωριστούν. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες αποκτούν ιδιαίτερη σημασία στην σχέση μας με τους ηλικιωμένους ασθενείς. Στους ασθενείς αυτούς συχνά καταγράφονται αισθητηριακές ελλείψεις στην ακοή και την όραση, διαταραχές στην πρόσφατη μνήμη και έκπτωση της ικανότητας μάθησης και προσαρμογής σε καινούργιες καταστάσεις. Ο οδοντίατρος θα πρέπει να αξιοποιήσει μια σειρά τεχνικών για να επιτύχει καλύτερη επικοινωνία με τον ηλικιωμένο ασθενή, όπως να αφιερώνει περισσότερο χρόνο για να τον «ακούσει» και για να περιγράψει τις παρατηρήσεις και τις οδηγίες του, να παραθέτει τις πληροφορίες του με πολλαπλούς τρόπους (γραπτά και προφορικά), να λαμβάνει την κατάλληλη θέση σώματος ως προς τον ασθενή του, να διατηρεί βλεμματική επαφή μαζί του, να δείχνει σωματική ανταπόκριση στη συζήτηση, να αποφεύγει τη χρήση μάσκας όταν μιλάει, να φροντίζει για τον καλό φωτισμό του χώρου και για την απουσία θορύβων περιβάλλοντος.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 4: 23-28, 2011

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επικοινωνία του οδοντιάτρου με τον ασθενή αποτελεί ένα σημαντικό κεφάλαιο στην άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος. Μέχρι πρόσφατα οι επικοινωνιακές δεξιότητες «μαθαίνονταν στην πράξη» μέσα από την επαγγελματική ενασχόληση και εμπειρία του οδοντιάτρου και δεν διδάσκονταν σε ολοκληρωμένη μορφή στα προγράμματα προπτυχιακών σπουδών.

Οι οδοντίατροι αλληλεπιδρούν λεκτικά με τους ασθενείς

**Λέξεις κλειδιά:** επικοινωνία, σωματική έκφραση, ηλικιωμένος, οδοντίατρος

<sup>1</sup> Λέκτορας ΤΕΕΑΠΗ, Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πατρών

<sup>2</sup> Επίκουρη Καθηγήτρια Κινητής Προσθετικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Ιδρύματα προέλευσης:

Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πατρών και Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

τους μέσα στα λίγα λεπτά του αρχικού χαιρετισμού, της λήψης ιστορικού, της συζήτησης πάνω στο σχέδιο θεραπείας και της χορήγησης οδηγιών. Το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους με τον ασθενή εξελίσσεται «σιωπηλά» κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όπου μεγάλη σημασία παίζουν οι με λεκτικές μορφές επικοινωνίας (μάτια, κίνηση χεριών του ασθενή κλπ). Επιπλέον συναισθήματα άγχους, συχνά και από τις δύο πλευρές, συνοδεύουν τη διαδικασία. Είναι συνεπώς αναγκαίο ο οδοντίατρος να διαθέτει τις δεξιότητες αυτές που θα του επιτρέψουν την καλύτερη προσέγγιση των ασθενών του και κυρίως εκείνων που πάσχουν από οδοντιατρικό άγχος ή παρουσιάζουν δυσκολίες επικοινωνίας (πχ. μικρά παιδιά, ηλικιωμένοι, αλλοδαποί, άτομα με ψυχική νόσο, ανοϊκοί ασθενείς, άτομα με προβλήματα ακοής, όρασης κλπ.).

Η Ένωση για την Οδοντιατρική Εκπαίδευση στην Ευρώπη (Association for Dental Education in Europe / ADEE) την οποία απαρτίζει η πλειοψηφία των Οδοντιατρικών Σχολών της ηπείρου και η οποία κατευθύνει το σχεδιασμό και τη σύγκλιση των προγραμμάτων σπουδών, στο κείμενό της σχετικά με τις αναγκαίες δεξιότητες του ο-

δοντιάτρου που αποφοιτά από τις Οδοντιατρικές Σχολές τονίζει τη σημασία της ικανότητας της επικοινωνίας με τους ασθενείς, τις οικογένειές τους, τους φροντιστές, τους συγγενείς και τους άλλους επαγγελματίες της υγείας<sup>1</sup>. Στις ικανότητες αυτές συμπεριλαμβάνονται η ικανότητα καταγραφής της υποκειμενικής ανάγκης και των προσδοκίων του ασθενή σχετικά με την οδοντιατρική του θεραπεία και η αντιμετώπιση του άγχους του. Μία κατηγορία ασθενών με ιδιαίτερες ανάγκες στην επικοινωνιακή προσέγγιση είναι οι ηλικιωμένοι. Το φυσιολογικό γήρας συνοδεύεται από τη μείωση της λειτουργικής επάρκειας οργάνων και συστημάτων. Συχνά καταγράφονται αισθητηριακές ελλείψεις στην ακοή (πχ. πρεσβυακουσία) και την όραση (πχ. καταρράκτης, πρεσβυωπία), οι οποίες αποτελούν εμπόδιο στην επικοινωνία με τον οδοντίατρο, διαταραχές στην πρόσφατη μνήμη, βραδύτητα σκέψης, ελάττωση της έκφρασης ενθουσιασμού, περιορισμένο ενδιαφέρον για συγκράτηση πληροφοριών, ενώ ελαττώνονται η ικανότητα μάθησης και προσαρμογής σε καινούργιες καταστάσεις<sup>2-6</sup>. Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό να ορίσει την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ του επαγγελματία της υγείας και του ασθενή, να τονίσει τη σημασία της στην άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος, να καταγράψει τα σημαντικότερα προβλήματα που παρουσιάζονται στην επικοινωνία οδοντιάτρου και ηλικιωμένου ασθενή και να προτείνει τρόπους αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων.

### ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Ένα απλός ορισμός της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενή περιλαμβάνει την ανταλλαγή πληροφοριών μέσω λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων, η οποία οδηγεί στην ενεργή συμμετοχή των ασθενών, στην πιστή εφαρμογή της προγραμματισμένης θεραπείας και στην αμοιβαία ικανοποίηση<sup>7</sup>.

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία η δεξιότητα στην επικοινωνία ορίζεται από δύο συνιστώσες: τη λεκτική και τη μη λεκτική επικοινωνία<sup>8</sup>. Υπάρχει όμως αρκετή σύγχυση στο τί περιλαμβάνει η κάθε μία συνιστώσα και στο ποια μορφή επικοινωνίας είναι η πιο αποτελεσματική. Πέραν από αυτόν τον κλασικό διαχωρισμό άρχισε να καταγράφεται και να αναλύεται και μια άλλη έννοια πιο ολιστική, αυτή της σωματικής έκφρασης.

### Η ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η λεκτική επικοινωνία αναφέρεται συχνά στις λέξεις που χρησιμοποιούμε για να επικοινωνήσουμε και περιορίζεται στον προφορικό και γραπτό λόγο. Μία αποτελεσματική λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει δεξιότητες στην ομιλία και την ακρόαση και πιο συγκεκριμένα δεξιότητες στους παρακάτω τομείς<sup>9</sup>:

(1) στη χρήση των κωδικών επικοινωνίας (πχ. αποτελεσματική ακρόαση και κατανόηση του προφορικού λόγου, κατάλληλη χρήση των λέξεων, της προφοράς, του συντακτικού και της γραμματικής, αποτελεσματική χρήση της φωνής),

(2) στην αξιολόγηση του προφορικού μηνύματος (πχ. προσδιορισμός της βασικής ιδέας του μηνύματος, διαχωρισμός των γεγονότων από τις απόψεις, αναγνώριση τότε κάποιος δεν καταλαβαίνει το μήνυμά σου),

(3) στις βασικές μορφές προφορικής επικοινωνίας (συνοπτική και με σαφήνεια έκφραση ιδεών, τεκμηριωμένη υποστήριξη της άποψης, οργάνωση μηνυμάτων ώστε να γίνουν αντιληπτά από τους άλλους, σύνταξη ερωτήσεων για λήψη πληροφορίας, αποτελεσματική απάντηση ερωτήσεων, παροχή συνοπτικών και ακριβών οδηγιών, σύνοψη μηνυμάτων),

(4) στις ανθρώπινες σχέσεις (περιγραφή της άποψης του άλλου, περιγραφή διαφορών στις απόψεις, έκφραση συναισθημάτων, εκτέλεση κοινωνικών τελετουργικών).

### Η ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η μη λεκτική επικοινωνία αναφέρεται στην ανθρώπινη επικοινωνία που παράγεται με οποιοδήποτε τρόπο εκτός από τις λέξεις<sup>8</sup> και υπερβαίνει τον προφορικό και γραπτό λόγο. Το μη λεκτικό κομμάτι της συμπεριφοράς θεωρείται από πολλούς ερευνητές ότι αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος μιας επικοινωνιακής πράξης<sup>10-12</sup>. Έρευνες γνωστών θεωρητικών της μη λεκτικής επικοινωνίας<sup>8,10,13-21</sup> αναδεικνύουν πολλές διαστάσεις της μη λεκτικής συμπεριφοράς τις οποίες συνοψίζουμε σε δύο βασικές κατηγορίες:

(1) στην αυτοπαρουσίαση του ατόμου, δηλαδή:

- στην έκφραση των ματιών
- στις εκφράσεις του προσώπου
- στη φυσική εμφάνιση του ατόμου
- στη στάση του σώματος
- στις θέσεις/ κατευθύνσεις που παίρνει το σώμα στο χώρο
- στην ένδυση
- στις κινήσεις των κάτω άκρων και στις θέσεις που παίρνουν τα πόδια
- στις χειρονομίες και στη χρήση της χειραψίας, του χαιρετισμού
- στο άγγιγμα (απτική επικοινωνία)
- στη χρήση του χρόνου και του χώρου
- στην εγγύτητα κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας
- στο χειρισμό αντικειμένων

και

(2) στη συνοδεία και υποστήριξη της ομιλίας με μη λεκτικά στοιχεία (η παραγλωσσική επικοινωνία), δηλαδή:

- στις κινήσεις του κεφαλιού
- στο ποσοστό του λόγου
- στη διάρκεια του χρόνου ομιλίας
- στο πλήθος και τη συχνότητα των παύσεων στο λόγο και στη σιωπή
- στο ρυθμό της αναπνοής
- στις διαταραχές της ομιλίας, τους δισταγμούς και τις παρεμβολές
- στις λεκτικές νύξεις αμεσότητας και στη χρήση ήχων, όπως «μμμ», «ααα»,
- στην ποιότητα της φωνής (ο τόνος, η χροιά, η ένταση, ο ρυθμός)
- στην προφορά, τη διάλεκτο

Η ισχύουσα διάκριση στη βιβλιογραφία σε λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία παρουσιάζει κάποια προβλήματα. Πολλοί πιστεύουν ότι η μη λεκτική επικοινωνία διαφοροποιείται από τη λεκτική λόγω έλλειψης προφορικού λόγου. Όμως το λεκτικό και μη λεκτικό σύστημα λειτουργεί μαζί ως μέρος της διαδικασίας της επικοινωνίας. Είναι ωστόσο αδύνατο να διαχωρίσουμε τη λεκτική συμπεριφορά από τη μη λεκτική. Για παράδειγμα οι κινήσεις των χεριών στους κωφάλαλους αφορούν χειρονομίες που περνούν λεκτικά μηνύματα, ενώ όλες οι φωνητικές εκφράσεις δεν είναι προφορικός λόγος (όπως το μουρμουρητό) και μπορεί να κρύβουν θέσεις και συναισθήματα. Ταυτόχρονα, οι μη λεκτικές εκδηλώσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς μπορούν να ερμηνευθούν μέσω λεκτικών συμβόλων. Ο διαχωρισμός της επικοινωνίας σε δύο συνιστώσες ή η έμφαση στη μία συνιστώσα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της επικοινωνίας αφήνουν απ έξω και άλλες σημαντικές διαστάσεις<sup>10</sup>, όπως:

- (1) τις σχέσεις των παραπάνω (λεκτικών και μη λεκτικών) χαρακτηριστικών μεταξύ τους,
- (2) τις σχέσεις της όλης συμπεριφοράς των ατόμων που επικοινωνούν με τα συναισθήματα και την προσωπικότητά τους,
- (3) το περιβάλλον και τις ιδιότητες των καταστάσεων όπου η επικοινωνία πραγματοποιείται.

Χρησιμοποιώντας ένα σύστημα ταξινόμησης που χωρίζει τα πράγματα σε δύο διακριτές κατηγορίες (λεκτικό/μη λεκτικό) δεν λαμβάνουμε υπόψη παράγοντες που δεν φαίνεται να εντάσσονται σε κάποια από τις δύο. Κατά τη διάρκεια της ανθρώπινης επικοινωνίας ολόκληρο το σώμα παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου και σηματοδοτεί τις προθέσεις του<sup>22</sup>. Οι πληροφορίες αυτές δίνονται τόσο λεκτικά όσο και μη λεκτικά. Όλο το ανθρώπινο σώμα συλλαμβάνει και αποκωδικοποιεί πληροφορίες από το περιβάλλον και στη συνέχεια γεννά λεκτικές και μη λεκτικές απαντήσεις. Ως εκ τούτου η έκφραση του σώματος αποκάλυπτε μια πιο στενή σχέση μεταξύ συναισθημάτων και συμπεριφοράς.

Η σωματική έκφραση δεν είναι ένα μεμονωμένο φαινόμενο, αλλά μια ολιστική οπτική της συνολικής επικοινωνιακής διεργασίας μέσω της οποίας οι αλληλεπιδρώντες μπορούν να ερμηνεύσουν, να κατασκευάσουν και να μεταδώσουν νοήματα με αποτελεσματικότητα. Στην πραγματικότητα για να ερμηνεύσουμε ένα μήνυμα λαμβάνουμε υπόψη την όλη τη συμπεριφορά του ατόμου, χωρίς να κάνουμε συνειδητή διάκριση ότι αυτό το μήνυμα προέρχεται από τη λεκτική και όχι από τη μη λεκτική συμπεριφορά, εφόσον αντιλαμβανόμαστε το άτομο ως σύνολο και όχι ως συλλογή χαρακτηριστικών. Για παράδειγμα, όταν ένα λεκτικό μήνυμα είναι ασαφές αναζητούμε ασυνείδητα μη λεκτικά μηνύματα για να ερμηνεύσουμε το τι ειπώθηκε. Κατά τη διάρκεια συνομιλίας στο τηλέφωνο δίνουμε περισσότερη προσοχή στα παραγλωσσικά στοιχεία, όπως στην προσωδία (επιτονισμός, χροιά της φωνής, ένταση, δύναμη, ρυθμός, παύσεις κλπ.), γιατί τα κινήματα στοιχεία του λόγου απουσιάζουν (οι κινήσεις του προσώπου και των χεριών, οι θέσεις του σώματος κ.λπ.).

## **Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ**

Πέρα από τις κλινικές δεξιότητες των οδοντιάτρων, η ικανότητα να επικοινωνούν αποτελεσματικά με τους ασθενείς και να αποκωδικοποιούν τα συναισθήματά τους, να συγκεντρώνουν σύντομα τις σωστές πληροφορίες, να δείχνουν ενσυναίσθηση και επαγγελματισμό θεωρείται πλέον ζωτικής σημασίας<sup>23</sup>. Έρευνες αναφέρουν ότι η αποτελεσματική διαπροσωπική επικοινωνία αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών<sup>24,25</sup>, βοηθάει στη συμμόρφωσή τους ως προς τη θεραπεία, μειώνει το άγχος τους<sup>26,27</sup> και τον κίνδυνο καταγγελιών λόγω κακής πρακτικής<sup>28,29</sup>. Όπως αναφέρουν οι Young, Meterko και Desai<sup>30</sup> η ικανοποίηση των ασθενών είναι πλέον ένα βασικό κριτήριο με το οποίο αξιολογείται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Επίσης, λόγω των δημογραφικών και κοινωνικών αλλαγών, ο σύγχρονος οδοντίατρος θα πρέπει να είναι σε θέση να μπορεί να επικοινωνεί αποτελεσματικά με ασθενείς που προέρχονται από διάφορα φυλετικά, εθνικά, γλωσσικά, κοινωνικοοικονομικά και πολιτισμικά υπόβαθρα. Οι δεξιότητες αυτές είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στη φροντίδα της στοματικής υγείας<sup>31</sup>.

Βέβαια η ικανότητα του να επικοινωνεί αποτελεσματικά με τον ασθενή δεν είναι πάντα δυνατή επειδή οι στόχοι μας μπορεί να διαφέρουν από αυτούς των ασθενών ή ο καθένας να αντιλαμβάνεται διαφορετικά την επικοινωνιακή σχέση που δημιουργείται. Επιπλέον, η επικοινωνιακή ικανότητα του οδοντιάτρου επηρεάζεται από τα στερεότυπα που έχει σχετικά με τους ασθενείς που ανήκουν σε ορισμένες ομάδες (πχ. ηλικιωμένοι, παιδιά), από τις πρώτες εντυπώσεις για τον ασθενή (σχολαστικός, επικριτικός, συνεργάσιμος, μη συνεργάσιμος κλπ) οι οποίες καθορίζουν και τις μεταγενέστερες αντιλήψεις και είναι ανθεκτικές στην αλλαγή, από την επιλεκτική αντίληψη σύμφωνα με την οποία δίνουμε προσοχή στα πράγματα που είναι συνεπή με τις δικές μας εμπειρίες και ανησυχίες κ.λπ.

Το ζητούμενο είναι οι οδοντίατροι, ενώ είναι προσανατολισμένοι προς τον ασθενή, την ίδια στιγμή να διατηρούν την ικανότητα να ολοκληρώνουν τους δικούς τους στόχους, όπως πρέπει να συμβαίνει στην ανθρώπινη επικοινωνία και συμπεριφορά<sup>32</sup>. Ο προσανατολισμός προς τον άλλο αποδεικνύεται δείχνοντας ενσυναίσθηση, υποστήριξη και χαλαρότητα κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης, προσαρμόζοντας ταυτόχρονα τη συμπεριφορά αναλόγως των περιστάσεων. Αυτό είναι το αποτέλεσμα μιας αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ οδοντιάτρου και ασθενή.

## **ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ**

Οι κανόνες επικοινωνίας ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, τον πολιτισμό ή τις διαφορετικές αντιλήψεις που επικρατούν μεταξύ των γενεών<sup>33</sup>.

Η φυσιολογική γήρανση και κυρίως η νόσος που συχνά συνοδεύει το γήρας επηρεάζουν τον τρόπο και την απο-

τελεστικότητα της επικοινωνίας του ηλικιωμένου με το περιβάλλον του. Υπάρχουν ωστόσο κάποιες πρακτικές που διευκολύνουν αυτή την επικοινωνία<sup>3,5,6</sup> (Πίν. 1).

Αν και οι ηλικιωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, η μεγάλη βιολογική μεταβλητότητα, δηλαδή οι σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφόρων ατόμων, δεν θα πρέπει να μας παρασύρει σε στερεότυπα.

Από την πρώτη επαφή θα πρέπει να αντιληφθούμε τη

διανοητική κατάσταση του ασθενή, αν και δεν είναι πάντα εύκολο να καταγράψει κανείς την πιθανή ελαφρά σύγχυση. Συχνά στη συζήτηση παρεμβαίνουν οι φροντιστές (πχ συγγενείς) οι οποίοι απαντούν αντί για τον ίδιο τον ασθενή και χρειάζονται σχετικό επικοινωνιακό χειρισμό από τον οδοντίατρο.

Από την αρχική συζήτηση πρέπει επίσης να γίνει αντιληπτό κάποιο πιθανό πρόβλημα στην ακοή, που συχνά εκλαμβάνεται ως διανοητικό πρόβλημα. Αν ο ηλικιωμένος δεν μας ακούει και δεν μας απαντά, αυτό περιπλέκει την κλινική του εικόνα. Ο ηλικιωμένος παρουσιάζει συχνά αδυναμία να αντιληφθεί υψηλές συχνότητες, δυσκολεύεται να αντιληφθεί τη φυσιολογική ομιλία και επακόλουθα τις ερωτήσεις ή τις απαντήσεις και οδηγίες του οδοντίατρου<sup>3,5,6</sup>. Αντίθετα ενισχύεται ο θόρυβος από το περιβάλλον. Προτάσεις για ικανοποιητική επικοινωνία με τον ασθενή με προβλήματα ακοής καταγράφονται στον Πίνακα 2<sup>3,5,6</sup>.

Ο ηλικιωμένος συνήθως δεν βλέπει καλά. Σκόπιμο είναι να ζητάμε να φορέσει τα γυαλιά του και να επιδιώκουμε να είναι καλός ο φωτισμός του περιβάλλοντος. Οι ενέργειες αυτές θα τον βοηθήσουν να βλέπει καλύτερα τις κινήσεις των χειλέων μας και τις εκφράσεις του προσώπου μας, ιδιαίτερα αν πάσχει και από βαρηκοΐα. Οι γραπτές οδηγίες που θα δώσουμε θα πρέπει να περιλαμβάνουν μεγάλο μέγεθος γραμματοσειρά σε έντονη αντίθεση με το φόντο<sup>6</sup>. Είναι επίσης πιθανόν να μην μπορέσουμε να χρησιμοποιήσουμε τον καθρέφτη για να δει ο ασθενής τις καινούργιες του οδοντοστοιχίες ή κάποια επίδειξη στοματικής υγιεινής στο στόμα του, εφόσον δεν μπορεί να διακρίνει λεπτομέρειες.

Με ευαισθησία είναι σκόπιμο να ρωτάμε -αν δεν το έχουμε ήδη αντιληφθεί από τη γενικότερη επικοινωνιακή συμπεριφορά του- αν ο ασθενής γνωρίζει ανάγνωση

**Πίνακας 1**

**ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ**

- Ελέγχουμε αν ο ασθενής ακούει και βλέπει καλά
- Ελέγχουμε τη διανοητική κατάσταση του ασθενή
- Διαθέτουμε περισσότερο χρόνο για τη συζήτηση
- Φροντίζουμε για καλό φωτισμό ώστε να βλέπει καθαρά το πρόσωπό μας
- Περιορίζουμε τους θορύβους του περιβάλλοντος (πχ. μουσική, τροχός)
- Στεκόμαστε παράλληλα με το σώμα του ασθενή
- Επιδιώκουμε άμεση οπτική επαφή και εστιάζουμε το βλέμμα μας στον ασθενή
- Αποφεύγουμε τη συζήτηση φορώντας οδοντιατρική μάσκα ή μένοντας μακριά από τον ασθενή
- Χρησιμοποιούμε θετικές εκφράσεις προσώπου (χαμόγελο, ανύψωση φρυδιών) και κίνηση της κεφαλής δείχνοντας ενδιαφέρον και συμφωνία
- Χρησιμοποιούμε απλή και κατανοητή γλώσσα
- Επαναλαμβάνουμε αρκετές φορές τις πληροφορίες και ελέγχουμε αν έγιναν κατανοητές
- Κάνουμε ερωτήσεις και ζητούμε διευκρινήσεις
- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συνεχίσει να μιλάει χωρίς να τον διακόπτουμε. Αν παρασυρθεί σε εκτός θέματος πληροφορίες, ευγενικά επαναφέρουμε τη συζήτηση στο θέμα
- Υποστηρίζουμε τη συζήτηση αλλάζοντας τον ρυθμό και τον τόνο της φωνής και χρησιμοποιούμε υποστηρικτικές εκφράσεις (πχ. «μμμ» «οοο»)
- Δίνουμε τις πληροφορίες με πολλούς τρόπους (γραπτά, προφορικά)
- Οι γραπτές οδηγίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν μεγάλο μέγεθος γράμματα σε έντονη χρωματική αντίθεση με το φόντο
- Δίνουμε τις πληροφορίες ή τις οδηγίες σταδιακά και σε διαδοχικές συνεδρίες, αν είναι πολλές σε όγκο
- Δίνουμε τις οδηγίες με βάση τη χρονική σειρά εξέλιξης τους
- Ελέγχουμε την προηγούμενη εμπειρία του από τον οδοντίατρο και αξιολογούμε πώς επηρεάζει τη σημαντική του στάση και συμπεριφορά

**Πίνακας 2**

**ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΒΑΡΗΚΟΪΑ**

- Υψώνουμε ελαφρά την ένταση της φωνής χωρίς όμως να φωνάζουμε
- Μιλάμε αργά και καθαρά
- Το πρόσωπό μας πρέπει να είναι στο ίδιο επίπεδο και να αντικρίζει το πρόσωπο του ασθενή
- Δεν πρέπει να κρύβεται το στόμα μας (πχ. με μάσκα)
- Φροντίζουμε για καλό φωτισμό του χώρου
- Μένουμε σε απόσταση μέχρι 1 μέτρο από τον ασθενή
- Κατευθύνουμε την ομιλία μας προς το αυτί που ακούει καλύτερα
- Καταργούμε τους θορύβους περιβάλλοντος (πχ. μουσική, τηλεόραση, τροχός κ.λπ.)
- Αν ο ασθενής φορά ακουστικό βαρηκοΐας βεβαιωνόμαστε ότι κατά τη συζήτηση είναι ενεργοποιημένο
- Δίνουμε τις οδηγίες και γραπτά

γιατί ακόμα και σήμερα πολλοί ηλικιωμένοι και, κυρίως γυναίκες, δεν γνωρίζουν γραφή και ανάγνωση. Πρέπει να διαθέτει κάποιος αρκετό χρόνο κατά τη συνεδρία με έναν ηλικιωμένο, τόσο για να τον ακούσει όσο και για να εξηγήσει το σχέδιο θεραπείας, να δώσει οδηγίες και να απαντήσει σε ερωτήσεις που συχνά επαναλαμβάνονται. Οι ηλικιωμένοι αρέσκονται να μιλούν για το παρελθόν και να διηγούνται θέματα άσχετα με το λόγο για τον οποίο προσήλθαν στο ιατρείο (πχ. για τα παιδιά τους ή για παλαιότερες εμπειρίες τους). Χρειάζεται ιδιαίτερη ευαισθησία και προσοχή για να τους διακόψει κανείς και να επιστρέψει στο θέμα της συζήτησης χωρίς να τους προσβάλλει.

Η σωματική έκφραση, όπως προσδιορίστηκε προηγούμενα, αποκτά ιδιαίτερη σημασία για τον ηλικιωμένο που μεγάλωσε σε εποχές και σε περιβάλλοντα όπου η έκφραση συναισθημάτων δεν ήταν κοινωνικά επιτρεπτή<sup>6</sup> και έτσι δυσκολεύεται να επικοινωνήσει λεκτικά το άγχος, το φόβο, την αγωνία ή τα οικονομικά του προβλήματα. Επίσης, η σωματική έκφραση βοηθά να αντιληφθούμε πιθανά προβλήματα υγείας ή την ψυχική ένταση του ασθενή. Για παράδειγμα, πολλές φορές η πρώτη χειραψία υποδηλώνει την κατάσταση του ασθενή. Μια χειραψία που είναι «σθεναρή» και κρατά πολύ, συχνά υποδηλώνει έναν φοβισμένο ασθενή, ενώ η άρνηση της χειραψίας δηλώνει πιθανά έναν ασθενή σε σύγχυση ή με άνοια<sup>9</sup>. Αντίστοιχα, οι καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι μπορεί να αποφεύγουν τη βλεμματική επαφή<sup>9</sup>.

Οι διαταραχές στην πρόσφατη μνήμη και στην ικανότητα μάθησης και προσαρμογής σε καινούργιες καταστάσεις απαιτούν επίσης ιδιαίτερη αντιμετώπιση. Είναι πολύ σημαντικός ο τρόπος που δίνονται οι πληροφορίες και οι οδηγίες προφορικά ή γραπτά (Πίν. 1). Οι οδηγίες πρέπει να είναι απλές και σύντομες και να δίνονται με τη χρονολογική τους σειρά<sup>6</sup>. Επίσης, πρέπει να επαναλαμβάνονται συχνά. Αν θα πρέπει να δοθούν οδηγίες σε πολλά επίπεδα, καλό είναι να δίνονται σε διαδοχικές συνεδρίες<sup>6</sup>: Για παράδειγμα, στην πρώτη συνεδρία δίνουμε οδηγίες για την υγιεινή των δοντιών, στη δεύτερη για την υγιεινή των οδοντοστοιχιών και στην τρίτη για τις επανεξετάσεις.

Η επίδραση πιθανής νόσου (άνοια, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, κατάθλιψη κ.ά.) επιβαρύνει περαιτέρω την επικοινωνία αλλά καθώς αυτό αποτελεί ένα ειδικό και μεγάλο κεφάλαιο δεν θα αναλυθεί στην παρούσα εργασία. Στις περιπτώσεις αυτές σημαντικό ρόλο παίζει η επικοινωνιακή μας σχέση με τους φροντιστές (συγγενείς, ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό).

Η διάκριση ανάμεσα στην αντικειμενική ανάγκη θεραπείας, όπως την καταγράφει ο οδοντίατρος, και στην υποκειμενική ανάγκη και προσδοκία του ασθενή προκαλεί εμπόδια στην επικοινωνία. Ο οδοντίατρος μπορεί να θεωρεί ότι θα πρέπει να κατασκευαστεί καινούργια οδοντοστοιχία στον ηλικιωμένο, εκείνος όμως να είναι απόλυτα ευχαριστημένος με την παλιά και να μην θέλει να την αλλάξει. Ο οδοντίατρος θα πρέπει να αξιοποιήσει κατάλληλες τεχνικές, κλινικές και επικοινωνιακές, για να συγκεράσει τις καταστάσεις.

Τελειώνοντας, θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθεί ότι

οι επικοινωνιακές δεξιότητες και η κριτική σκέψη δεν μεταβάλλονται στον υγιή ηλικιωμένο, αλλά ενίοτε βελτιώνονται<sup>2</sup> και πολλές φορές η συζήτηση μαζί τους προσφέρει μεγάλη ικανοποίηση.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι επικοινωνιακές δεξιότητες είναι αναγκαίες για την αποτελεσματική αλληλεπίδραση του οδοντίατρου με τον ασθενή του. Αποκτούν ιδιαίτερη σημασία όταν αναφερόμαστε σε ηλικιωμένους ασθενείς που παρουσιάζουν αισθητηριακή αποστέρωση και διαταραχές στη μνήμη. Ο οδοντίατρος καλό είναι να γνωρίζει και να αξιοποιεί κατάλληλες επικοινωνιακές τεχνικές που βασίζονται στην κωδικοποίηση και αποκωδικοποίηση της λεκτικής επικοινωνίας και της σωματικής έκφρασης τόσο της δικής του όσο και του ασθενή.

### SUMMARY

#### Communication between the dentist and the older dental patient

Riga V., Kossioni A.

*hellenic hospital dentistry 4: 23-28, 2011*

*Communication skills are important for the social, personal and professional success. Communication is currently divided into verbal and nonverbal. Verbal behaviour is related to spoken or written speech, while non verbal behaviour refers to all acts apart from speech. However those two forms of communication often coexist and interrelate and cannot be separately viewed. Communication skills are necessary for the dental professional, as they are related to increased patient satisfaction, reduced anxiety and better compliance. According to the document on the profile and competences for the graduating European dentist approved by the Association for Dental Education in Europe in 2009, the dentist must be competent to communicate effectively with patients, carers and with other health professionals involved in their care, irrespective of age, social and cultural background. The dentist must have specific skills to communicate with the older patient. Age affects visual and auditory function, while forgetfulness is more common than in younger ages. It takes more time to interview and examine the older patient and more time to provide the necessary instructions. Any information should better be provided in multiple ways, orally and written. The instructions must be short and clear. It is often necessary to repeat the instructions more than once. During the interview the dentist should stay close to the patient in parallel body position establishing direct eye contact. Any written instructions must be provided in large print to accommodate people with poor vision. When the older patient suffers from deafness the dentist should speak slowly and clear and raise the voice without shouting. The lighting must be adequate and the patient*

*able to see the lip movement of the dentist. Background noises should be eliminated. The dentist must be able to decode the patients desires and expectations through verbal and non verbal cues and appropriately adapt the treatment planning.*

**Key words:** *Communication; bodily expression; aged; dentist*

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley, AD: Profile and Competences for the Graduating European Dentist - update 2009. Eur J Dent Educ: Official Journal of the Association for Dental Education in Europe 2010; 14(4): 193-202.
2. Δοντάς ΑΣ: Γηριατρική - Γενικά στοιχεία. Σε: Καρκαζής ΗΧ, Πολύζωης ΓΛ., εκδ. Γηροδοντιατρική και Γναθοπροσωπική Προσθετική. Αθήνα. Μπονισέλ. 1988:19-26.
3. Bennet GCJ, Ebrahim S: The Essentials of Healthcare on Old Age. 2<sup>nd</sup> ed. London. Edward Arnold. 1995.
4. Χατζηαντωνίου Ι: Η ψυχοκινητική, ψυχολογική και ψυχοπαθολογική εικόνα του γήρατος. Σε: Χριστοδούλου ΓΝ, Κοτταξάκης ΒΠ. Η τρίτη ηλικία. Αθήνα. Βήτα. 2000:179-194.
5. Barnes I, Seymour R, Smith D, Walls A: Management of the Old Patient. In: Barnes I, Walls A. Gerodontology. Oxford. Wright. 1994:51-55.
6. Kiyak HA: Communication in the Practitioner-Aged Patient Relationship. In: Holm-Pedersen P, Loe H, eds. Textbook of Geriatric Dentistry. 2<sup>nd</sup> ed. Copenhagen. Munksgaard. 1996:150-161.
7. Skeff KM, Stratos GA, Berman J: Educational Theory and Teaching Medical Interviewing. In: Lipkin M, Putman SM, Lazare A, eds. The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research. New York: Springer-Verlag. 1995:379-387.
8. Knapp ML, Hall JA: Nonverbal Communication in Human Interaction. 7<sup>th</sup> ed. Crawfordsville, IN. Thomson Learning. 2002.
9. Rubin RB: Assessing Speaking and Listening Competence at the College Level: The Communication Competency Assessment Instrument. Commun Educ 1982; 31(1):9-32.
10. Mehrabian A: Nonverbal Communication. Chicago. Aldine Atherton. 1972.
11. Knapp ML: Nonverbal Communication in Human Interaction. New York. Holt, Rinehart & Winston. 1972.
12. Birdwhistell RL: Kinesics and Context. Essays on Body Motion Communication. Philadelphia. University of Pennsylvania Press. 1970.
13. Argyle M: Bodily Communication. 2<sup>nd</sup> ed. London. Methuen. 1988.
14. Argyle M: Social Interaction. London. Methuen. 1969.
15. Mehrabian A, Ksionzky S: Some Determinants of Social Interaction. Sociometry 1972; 35(4):588-609.
16. Rosenfeld HM: The Experimental Analysis of Interpersonal Influence Processes. J Commun 1972; 22:424-442.
17. Argyle M, Dean J: Eye Contact, Distance and Affiliation. Sociometry 1965; 28(3):289-304.
18. Hall ET: The Hidden Dimension. Garden City, NY. Doubleday. 1966.
19. Kasl, SV, Mahl, GF: The Relationship of Disturbances and Hesitations in Spontaneous Speech to Anxiety. J Pers Soc Psychol 1965; 1:425-433.
20. Wiemann JM, Knapp ML: Turn-taking in Conversations. J Commun 1975; 25(2):75-92.
21. Wiener M, Mehrabian A: Language Within Language. New York. Appleton-Century-Croft. 1968.
22. Van den Stock J, Ruthger R, De Gelder B: Body Expressions Influence Recognition of Emotions in the Face and Voice. Emotion 2007; 7(3):487-494.
23. Hannah A, Millichamp, CJ, Ayers KMS: A Communication Skills Course for Undergraduate Dental Students. J Dent Educ 2004; 68(9):970-977.
24. Kulich KR, Beggren U, Hallberg LR: Model of the Dentist-Patient Consultation in a Clinic Specializing in the Treatment of Dental Phobic Patients: a Qualitative Study. Acta Odontol Scand 2000; 58:63-71.
25. Brattstrom V, Ingelsson M, Aberg E: Treatment Cooperation in Orthodontic Patients. Br J Orthod 1991; 18:37-42.
26. Van der Molen HT, Klaver AA, Duyx MP: Effectiveness of a Communication Skills Training Programme for the Management of Dental Anxiety. Br Dent J 2004; 196(2):101-107.
27. Yoshida T, Milgrom P, Coldwell S: How do U.S. and Canadian Dental Schools Teach Interpersonal Communication Skills? J Dent Educ 2002; 66(11):1281-1288.
28. Huntington B, Kuhn N: Communication Gaffes: A Root Cause of Malpractice Claims. BUMC Proceedings 2003; 16:157-161.
29. Mellor AC, Milgrom P: Dentists' Attitudes towards Frustrating Patients' Visits: Relationship to Satisfaction and Malpractice Complaints. J Public Health Dent 1996; 56:6-11.
30. Young GJ, Meterko M, Desai KR: Patient Satisfaction with Hospital Care: Effects of Demographic and Institutional Characteristics. Med Care 2000; 38(3):325-334.
31. Wagner J, Arteaga S, D'Ambrosio J, et al: A Patient-Instructor Program to Promote Dental Students' Communication Skills with Diverse Patients. J Dent Educ 2007; 71(12):1554-1560.
32. Wiemann JM: Explication and Test of a Model of Communication Competence. Hum Commun Res 1977; 3(3):195-213.
33. Berko RM, Wolvin AD, Wolvin DR: Communicating: A Social and Career Focus. 3rd ed. Boston. Houghton Mifflin. 1985.

### Διεύθυνση για επικοινωνία:

Αναστασία Κοσιώνη,  
Εργαστήριο Προσθετικής,  
Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ,  
Θηβών 2 Γουδή, Αθήνα 11527,  
τηλ. 2107461212,  
email: akossion@dent.uoa.gr

## Βελτιώνοντας τη Σχέση Οδοντιάτρου-Ασθενή. Με έμφαση στον Ειδικό Ασθενή

Μπογοσιάν Ευαγγελία\*

Τις τελευταίες δεκαετίες η βελτίωση της σχέσης γιατρού-ασθενή έχει γίνει αντικείμενο μελετών που αποσκοπούν στην επίτευξη καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος και μεγαλύτερης ικανοποίησης γιατρού και ασθενή. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιάσει ένα πλαίσιο αντιλήψεων για τη σχέση οδοντιάτρου-ασθενή, που θα συμβάλλει στη βελτίωση της, με έμφαση στον οδοντιατρικό ασθενή που πάσχει από συστηματικά νοσήματα. Η συναισθηματική κατανόηση-ενσυναίσθηση είναι το συναίσθημα που πρέπει να αναπτύσσεται προς τον ασθενή. Η θεραπευτική σχέση πρέπει να βασίζεται στην αρχή του σεβασμού της αυτονομίας του. Η λήψη συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση, για οδοντιατρικές θεραπείες και επεμβάσεις, είναι απαραίτητη και υποστηρίζει την αρχή της αυτονομίας του ασθενή. Η καλή επικοινωνία μαζί του είναι προϋπόθεση για τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης και την ουσιαστική ενημέρωσή του. Συστατικό κομμάτι της επικοινωνίας είναι η μη λεκτική επικοινωνία. Τα μηνύματα της μη λεκτικής επικοινωνίας πρέπει να συμβαδίζουν με τα λεκτικά μηνύματα προς τον ασθενή. Στη διάρκεια της θεραπευτικής σχέσης και μετά από αυτήν η προστασία του ιατρικού απορρήτου αποτελεί πάγια υποχρέωση του οδοντιάτρου προς τον ασθενή.

Παρόλο που οι παραπάνω αρχές ισχύουν για κάθε οδοντιατρικό ασθενή, η εφαρμογή τους έχει ιδιαίτερη σημασία όταν αντιμετωπίζεται ασθενής με συστηματικά νοσήματα, αναπηρία, νοητική υστέρηση, κατά την άσκηση Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας στο Νοσοκομείο.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 4: 29-34, 2011

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχέση ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή είναι ξεχωριστή και διαφορετική από όλες τις άλλες κοινωνικές σχέσεις. Το ενδιαφέρον γι' αυτήν είναι τόσο παλιό όσο και η άσκηση της ιατρικής. Αναφορές στην ηθική διάσταση της σχέσης γιατρού-ασθενή υπάρχουν ήδη στον

κώδικα του Χαμουραπί (1700 π.Χ.). Στην αρχαία Ελλάδα ο Ιπποκράτης, με τον Όρκο, τα κείμενα και την παράδοση που δημιούργησε, έθεσε το ηθικό πλαίσιο της σχέσης γιατρού-ασθενή και κατέδειξε τη σημασία και την αξία της ως θεραπευτικό εργαλείο<sup>1,2</sup>. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί το ακαδημαϊκό ενδιαφέρον για τη σχέση γιατρού-ασθενή, καθώς έγινε αντιληπτό πως η θεραπευτική σχέση είναι αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας. Στόχος είναι η επίτευξη καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος και η μεγαλύτερη ικανοποίηση γιατρού και ασθενή. Η σχέση οδοντιάτρου-ασθενή αποτελεί μέρος της ευρύτερης σχέσης γιατρού-ασθενή. Η άσκηση στο νοσοκομείο της Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας (Special Care Dentistry) και η αντιμετώπιση ειδικών κατηγοριών ασθενών δίνουν ιδιαίτερη διάσταση στη σχέση οδοντιάτρου-ασθενή. Σκοπός της ερ-

**Λέξεις κλειδιά:** Σχέση οδοντιάτρου-ασθενή, ενσυναίσθηση, αυτονομία, επικοινωνία, ιατρικό απόρρητο

\*Επιμελήτρια Α' Οδοντιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Η εργασία αυτή έχει παρουσιαστεί στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, 30/9 -2/10/2011, Αθήνα

γασίας αυτής είναι να παρουσιάσει ένα πλαίσιο αντιλήψεων για τη σχέση οδοντίατρου-ασθενή, που θα συμβάλει στη βελτίωση της, με έμφαση στον οδοντιατρικό ασθενή που πάσχει από συστηματικά νοσήματα.

### **Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ**

Η σχέση οδοντίατρου-ασθενή ξεκινά με την πρώτη μεταξύ τους συνάντηση, χτίζεται σταδιακά και εδραιώνεται με το χρόνο. Καλό είναι να προσεχθεί ώστε ο χρόνος αναμονής για τον ασθενή, ιδιαίτερα στην πρώτη συνάντηση, να μην είναι μεγάλος. Ο χώρος υποδοχής του ασθενή πρέπει να είναι κατάλληλος σε μέγεθος, καθαρός και τακτοποιημένος. Να έχει επαρκή και κατά προτίμηση φυσικό φωτισμό. Να έχει λιτή και λειτουργική επίπλωση και διακόσμηση. Δεν πρέπει να έχει εικόνες και φωτογραφίες με περιεχόμενο που μπορεί σε κάποιον να προκαλεί φόβο<sup>1,3</sup>. Η υποδοχή του ασθενή με χειραψία συμβάλλει στη δημιουργία πιο ζεστής ατμόσφαιρας και δίδει πληροφορίες για αυτόν. Για παράδειγμα, ο ασθενής με ψυχρά και υγρά χέρια είναι αγχωμένος ασθενής και χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση<sup>4</sup>.

Η λήψη του ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού αποτελεί την πρώτη επαφή με τον ασθενή. Η διαδικασία αυτή πρέπει να είναι μία ζεστή, ανθρώπινη σχέση. Ο χώρος εξέτασης πρέπει να έχει τον απαραίτητο εξοπλισμό και να εξασφαλίζει την ιδιωτικότητα και το σεβασμό της προσωπικότητας του. Να έχει κατάλληλη θερμοκρασία. Πρέπει να είναι χώρος απαλλαγμένος από θορύβους (φωνές, γέλια, μουσική, κινητά τηλέφωνα). Στη διάρκεια της λήψης του ιστορικού και της κλινικής εξέτασης του ασθενή το ενδιαφέρον του οδοντίατρου είναι αποκλειστικά εστιασμένο σε αυτόν. Ο οδοντίατρος δεν τρώει, δεν μασάει τσίχλα, δεν καπνίζει, δεν γελάει, δεν ασχολείται με κινητό, υπολογιστή ή κάτι άλλο. Ακόμα δεν σχολιάζει και δεν προδίδει με εκφράσεις τα συναισθήματα του. Αν ο ασθενής είναι ακάθαρτος, δύσοσμος ή φορέας μολυσματικής νόσου δεν εκδηλώνει τη δυσφορία του. Αποφεύγει το επιδεικτικό φόρεμα των γαντιών και το βιαστικό πλύσιμο των χεριών που μπορεί να προσβάλλει τον ασθενή. Όμως έχει το δικαίωμα να ενημερώσει τον ασθενή για την υποχρέωσή του να προσέρχεται καθαρός και με καθαρά ρούχα για εξέταση. Είναι σκόπιμο η κλινική εξέταση του ασθενή να πραγματοποιείται παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά χωρίς τρίτα άτομα στο ιατρείο. Αν εξετάζεται νοσηλευόμενος ασθενής επί κλίνης, η εξέταση πραγματοποιείται μετά την αποχώρηση όλων των ατόμων, πλην των νοσηλευομένων, από το θάλαμο<sup>1,3</sup>.

### **ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ.**

#### **ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ Ή ΣΥΜΠΟΝΙΑ;**

Όπως είναι φυσικό μεταξύ οδοντίατρου και ασθενή δημιουργούνται διάφορα συναισθήματα. Είναι σημαντικό τα συναισθήματα του οδοντίατρου προς τον ασθενή να είναι τέτοια που να δυναμώνουν τη θεραπευτική σχέση. *Ενσυναίσθηση ή Συναισθηματική κατανόηση (Empathy)* είναι η ικανότητα κάποιου να μοιραστεί τα αισθήματα κά-

ποιου άλλου. 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<sup>1,5</sup>. *Συμπόνια (Sympathy)* είναι ο οίκτος και η λύπη κάποιου για την κακοτυχία κάποιου άλλου. Η συμπόνια δεν είναι το σωστό συναίσθημα προς τον ασθενή. Ο οδοντίατρος, όπως και κάθε λειτουργός υγείας, πρέπει να εκπαιδευτεί ώστε να αποκτήσει ενσυναίσθηση προς τον ασθενή, να κατανοεί τη θέση και τα προβλήματα του, να του προσφέρει ψυχική στήριξη στο πλαίσιο μιας κατά το δυνατόν ολιστικής αντιμετώπισης<sup>1</sup>. Η επίδειξη ενσυναίσθησης είναι θεμελιώδης αρχή στην περίθαλψη, συμβάλλει στη μείωση πιθανού θυμού και απογοήτευσης του ασθενή και στην αύξηση της θεραπευτικής δυναμικής της σχέσης. Προσδίδει νόημα και πλούτο στην άσκηση της ιατρικής και προσφέρει ικανοποίηση στο θεράποντα<sup>6,7</sup>. Αποκτά ιδιαίτερη διάσταση στην άσκηση της οδοντιατρικής στο Νοσοκομείο, εξαιτίας της φύσης και των ιδιαίτερων προβλημάτων των ασθενών που αντιμετωπίζονται. Είναι σημαντικό ο ασθενής με χρόνια νοσήματα, με φυσική ή νοητική αναπηρία, με καρκίνο -ενδεχομένως τελικού σταδίου- να αντιμετωπίζεται με ενσυναίσθηση και όχι συμπόνια και να του παρέχεται η καλύτερη δυνατή για την περίπτωση του περίθαλψη.

### **ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ**

Από την εποχή του Ιπποκράτη μέχρι περίπου τις δεκαετίες του '50 και του '60 επικρατούσε το «πατερναλιστικό» πρότυπο στη σχέση γιατρού-ασθενή. Σύμφωνα με αυτό ο γιατρός παίρνει τις αποφάσεις για τον καθορισμό της θεραπείας, με μικρή ως καθόλου συμμετοχή του τελευταίου. Η ευθύνη του ασθενή περιορίζεται στην υποχρέωση συμμόρφωσής του με τις εντολές του γιατρού<sup>1,8</sup>. Τις τελευταίες δεκαετίες προκρίνεται ένα νέο μοντέλο στις σχέσεις γιατρού-ασθενή, που δίνει έμφαση στην αυτονομία του ασθενή. Η αρχή της αυτονομίας αναφέρεται στο δικαίωμα κάθε ανθρώπου να κάνει τις δικές του επιλογές, σε ό,τι αφορά στην υγεία και στη θεραπεία του, με βάση τις δικές του προσωπικές προτιμήσεις και αξίες<sup>1,2,8-13</sup>.

Σήμερα θεωρείται ότι ο ασθενής, εφόσον το επιθυμεί, πρέπει να είναι ενήμερος για την κατάσταση της υγείας του, τις εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές που διαθέτει, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε επιλογής, τις ενδεχόμενες παρενέργειες των θεραπειών. Μπορεί να συναινεί ή να αρνείται την προτεινόμενη θεραπεία<sup>8</sup>. Σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να του δημιουργείται η αντίληψη ότι είναι ανήμπορος και έχει χάσει τον έλεγχο. Σε όποια κατάσταση και αν βρίσκεται πρέπει να υπάρχει σεβασμός στην αξιοπρέπεια και την αυτονομία του και να καταβάλλεται προσπάθεια άμβλυσης τυχόν ενοχικών του προβλημάτων<sup>14</sup>. Χρειάζεται να καταβάλλεται προσπάθεια ώστε ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας (καρκινοπαθείς σε προχωρημένα στάδια της νόσου, ασθενείς με τραχειοστομία ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και δυσκολία στην εκφορά του λόγου, ψυχιατρικοί κλπ), να αντιμετωπίζονται με σεβα-



σμό, χωρίς να παρακάμπτονται και να δημιουργείται η εντύπωση πως περίπου θεωρούνται ήδη νεκροί.

#### **ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

Η συγκατάθεση του ασθενή για ιατρικές θεραπείες και επεμβάσεις μετά από ενημέρωση, υποστηρίζει την αρχή της αυτονομίας. Η διαδικασία της συγκατάθεσης δεν μπορεί να νοείται ως μια γραφειοκρατική υπόθεση. Δεν γίνεται για να προστατεύσει τον οδοντίατρο, στον οποίο προσφέρει κάποια κατοχύρωση, αλλά κυρίως αποσκοπεί στο σεβασμό της αυτονομίας του ασθενή. Η συγκατάθεση προϋποθέτει ειλικρινή και ακριβή ενημέρωση του ασθενή. Ο οδοντίατρος πρέπει να λαμβάνει συγκατάθεση για το σχέδιο θεραπείας που θα ακολουθήσει, αφού προηγουμένως προβεί στην απαραίτητη ενημέρωση του ασθενή. Για να είναι ουσιαστική η ενημέρωση πρέπει ο όγκος, το είδος και ο τρόπος παροχής των πληροφοριών στον ασθενή να είναι τέτοιος, που πραγματικά να του δίνουν το δικαίωμα να επιλέξει. Ο καταιγισμός του ασθενή από πλήθος περίπλοκων πληροφοριών αποτελεί γι' αυτόν απλά μια «τραγική ελευθερία» που ακυρώνει τη διαδικασία συγκατάθεσης του. Η ενημέρωση του ασθενή πρέπει να γίνεται με τρόπο κατανοητό, χωρίς τη χρήση περίπλοκων επιστημονικών 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. Εάν είναι υπερβολικά αγχώδης, ίσως δεν μπορεί να αφομοιώσει τις πληροφορίες που παρέχονται. Κατά τη συζήτηση πρέπει να του δίνεται η δυνατότητα να εκφράσει τις αξίες και τις προτεραιότητες του. Η ουσιαστική διαδικασία συγκατάθεσης προϋποθέτει σχέση και επικοινωνία οδοντίατρου-ασθενή και ύπαρξη δεσμών εμπιστοσύνης μεταξύ τους<sup>2,9,11,13-16</sup>.

#### **Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**

Τις τελευταίες δεκαετίες η επικοινωνία θεωρείται βασικό συστατικό της ιατρικής φροντίδας. Η καλή επικοινωνία θεωρείται σημαντική για την εδραίωση λειτουργικής και αποτελεσματικής σχέσης με τον ασθενή. Η επικοινωνιακή ικανότητα θεωρείται βασική κλινική δεξιότητα και η βελτίωση της απολύτως απαραίτητη σε κάθε επίπεδο παροχής φροντίδας υγείας<sup>1,17</sup>. Οι σκοποί της επικοινωνίας γιατρού ασθενή είναι:

- Η δημιουργία καλής διαπροσωπικής σχέσης
- Η ανταλλαγή χρήσιμων πληροφοριών και
- Η λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με τη θεραπεία του ασθενή<sup>1</sup>.

Σημαντική παράμετρος της επικοινωνίας είναι ο χρόνος που αφιερώνεται στον ασθενή και ο χρόνος που του δίνεται για να εκθέσει το πρόβλημα του. Καθώς δεν υπάρχουν στοιχεία για την επικοινωνία οδοντίατρου-ασθενή, κρίνεται σκόπιμο να παρατεθούν στοιχεία μελετών για την επικοινωνία γιατρού-ασθενή, που φωτίζουν σημαντικές πλευρές του ζητήματος. Μελέτη για την κεφαλαλγία έδειξε ότι η πρόγνωση για την θεραπεία προ-

βλημάτων κεφαλαλγίας δεν εξαρτιόταν κυρίως από τη διάγνωση, τις παρεμβάσεις, τις γνωμοδοτήσεις ή τις συστάσεις. Η καλύτερη πρόγνωση ήταν η αίσθηση του ασθενή πως είχε την ευκαιρία να πει την ιστορία του και να συζητήσει το πρόβλημα του ολοκληρωμένα με το γιατρό στην πρώτη του επίσκεψη<sup>18</sup>. Η πληροφορία αυτή αξίζει να συνδυαστεί με τα ευρήματα άλλης μελέτης, που έδειξε ότι οι γιατροί κατά μέσο όρο διακόπτουν τους ασθενείς τους στα 18 δευτερόλεπτα στη διάρκεια μιας συνέντευξης<sup>19</sup>. Η επανάληψη της μελέτης αργότερα έδειξε «βελτίωση» και διακοπή του ασθενή στα 23 δευτερόλεπτα<sup>20</sup>. Στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι μόνο 8% των ασθενών κατάφεραν να πουν την ιστορία τους ολοκληρωμένα στο γιατρό. Τα ευρήματα των παραπάνω μελετών δείχνουν αφενός μεν τη σημασία της επικοινωνίας για τον ασθενή και αφετέρου μια πραγματικότητα για τη διάρκεια και την ποιότητα της επικοινωνίας, που πιθανότατα οι γιατροί δεν έχουν συνειδητοποιήσει. Γιατροί που ρωτήθηκαν σχετικά θεωρούσαν πως αφιέρωναν περισσότερο χρόνο στους ασθενείς τους.

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. Στην ουσία αποτελεί μια σειρά από δεξιότητες που μαθαίνονται και βελτιώνουν την έκβαση της ιατρικής φροντίδας. Η εμπειρία από μόνη της δεν επαρκεί για την απόκτηση αυτών των δεξιοτήτων<sup>17,21-23</sup>.

Η επικοινωνία γιατρού-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. Βοηθά στην απόκτηση αυτονομίας του ασθενή και στη συμμετοχή του στο θεραπευτικό σχέδιο. Συμβάλλει στην καλύτερη συμμόρφωση του στην εφαρμογή της συνιστώμενης θεραπείας και οδηγεί σε θεραπευτική αλληλεπίδραση με θετική συμβολή στην ίαση. Επιτυγχάνει τη βελτίωση του ψυχολογικού περιβάλλοντος, που κινούνται ασθενής και γιατρός, συνεισφέροντας στην ικανοποίηση και των δύο και στη βελτίωση του αποτελέσματος της θεραπείας. Κάνει τους ασθενείς περισσότερο φιλικούς, επικοινωνιακούς και συνεργάσιμους και ελαττώνει τις δικαστικές διεκδικήσεις. Σήμερα θεωρείται ότι η επικοινωνία είναι μια θεραπευτική επιλογή που μπορεί κάποιος να χρησιμοποιήσει<sup>1,17,21-23</sup>.

#### **ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ**

Η μη λεκτική επικοινωνία είναι ένας άλλος δίαυλος επικοινωνίας με τον ασθενή. Μέσω αυτής επηρεάζεται η συμπεριφορά, η νοητική κατάσταση και τα συναισθήματα του με μη λεκτικούς τρόπους. Μηνύματα μη λεκτικής επικοινωνίας εκπέμπουν ο προσανατολισμός και η στάση του σώματος, οι χειρονομίες, οι κινήσεις, τα αγγίγματα, η έκφραση του προσώπου, το μέγεθος του ζωτικού χώρου και η οπτική επαφή. Επίσης ο λόγος εμπεριέχει μη λεκτικά στοιχεία επικοινωνίας, όπως η ποιότητα της φωνής, ο τόνος, η ένταση και ο τρόπος ομιλίας, η αλλοίωση, η σταθερότητα της φωνής, οι παύ-

σεις, η ταχύτητα ροής του λόγου, η διάρκεια, ο ρυθμός του, η προφορά και οι διάφοροι ήχοι εκτός των λέξεων. Οι μη λεκτικοί τρόποι επικοινωνίας είναι σημαντικό κομμάτι της επικοινωνίας με τον ασθενή. Τα μηνύματα της μη λεκτικής επικοινωνίας πρέπει να συμβαδίζουν με τα λεκτικά μηνύματα προς αυτόν. Πρέπει να υποδηλώνουν τα ίδια συναισθήματα και να μην έρχονται σε αντίφαση μεταξύ τους. Σε ασθενείς με αισθητηριακά προβλήματα, δυσκολίες στην εκφορά του λόγου, ψυχικές, νοητικές ή νευρολογικές διαταραχές η μη λεκτική επικοινωνία μπορεί να αποτελεί την κύρια ή/και τη μοναδική οδό επικοινωνίας<sup>1,21</sup>.

### ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

Η προστασία του ιατρικού απόρρητου είναι από τα αρχαιότερα καθήκοντα του γιατρού προς τον ασθενή. Αποτελεί ιερή υποχρέωση προς τον ασθενή και έχει αναφορές στη σχέση πνευματικού-πιστού. Ο ασθενής, όταν αποκαλύπτει στο γιατρό προσωπικά του στοιχεία, του μεταβιβάζει ένα μεγάλο μέρος της αυτονομίας του και αυτή η προσφερόμενη αυτονομία πρέπει να διαφυλαχθεί. Ο Όρκος του Ιπποκράτη είναι το πρώτο γραπτό κείμενο με αναφορά στο ιατρικό απόρρητο. Ιατρικό απόρρητο είναι κάθε γεγονός που είναι γνωστό σε περιορισμένο μόνο κύκλο ατόμων, τα οποία έχουν συμφέρον ή επιθυμούν να παραμείνει γνωστό μόνο σε αυτά. Καθετί που εμπιστεύεται ο ασθενής στο γιατρό ή στο νοσηλευτή. Καθετί που ο γιατρός ή ο νοσηλευτής πληροφορήθηκε, συμπέρανε, υπέθεσε ή αντιλήφθηκε. Οποιαδήποτε θετική ή αρνητική διαπίστωση. Κάθε πληροφορία, μειωτική ή όχι. Κάθε πληροφορία που ο ασθενής δεν θέλει να γνωστοποιηθεί ακόμα και αν φημολογείται. Ακόμα και η είσοδος του ασθενή στο ιατρείο ή στη νοσηλευτική μονάδα<sup>24</sup>.

Ο οδοντίατρος έχει ηθική και νομική υποχρέωση να προστατεύει το απόρρητο του ασθενή. Η προστασία του ιατρικού απόρρητου είναι βασικό συστατικό της σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ οδοντίατρου και ασθενή. Αφορά όλα τα μέλη της οδοντιατρικής ομάδας και όλες τις πληροφορίες που αποκαλύφθηκαν από τον ασθενή στο πλαίσιο της επαγγελματικής του σχέσης με τον οδοντίατρο. Οι πληροφορίες αυτές προστατεύονται ακόμα και μετά το θάνατο του ασθενή<sup>2,14,25,26</sup>.

### ΠΕΡΙΦΡΟΥΡΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Ασκώντας την οδοντιατρική σε νοσοκομείο, ο οδοντίατρος θα κληθεί να αντιμετωπίσει ή και να νοσηλεύσει κρατούμενους, υπόδικους ή αιχμαλώτους. Στις περιπτώσεις αυτές, ο οδοντίατρος είναι ο εγγυητής των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων του ασθενή και έχει την ευθύνη της προστασίας τους από αυθαιρεσίες και κατάχρηση εξουσίας<sup>3</sup>.

### ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΣΤΙΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Ο οδοντίατρος οφείλει να σέβεται τις πεποιθήσεις του νο-

σηλευόμενου ασθενή και να κάνει ότι είναι δυνατόν για να προσαρμόσει σε αυτές τη θεραπευτική του τακτική. Οφείλει να σεβαστεί την άποψη του ασθενή (πχ για μη μετάγγιση) και να εξαντλήσει όλα τα διαθέσιμα μέσα (αυτομετάγγιση, υποκατάστατα όγκου του αίματος κλπ) προκειμένου να γίνουν σεβαστές οι αντιρρήσεις του. Αν βρεθεί σε ακραίες συνθήκες και ιδιαίτερα σε συνθήκες που απειλείται η ανθρώπινη ζωή, μπορεί να καταφύγει στη συμβουλή οργάνων προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Συνήγορος του Πολίτη, Αρχή προστασίας Ανθρωπίνων δικαιωμάτων κλπ) η στις εισαγγελικές αρχές<sup>3</sup>.

### ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι παραπάνω αρχές αποτελούν ένα πλαίσιο αντιλήψεων με εφαρμογή σε κάθε οδοντιατρικό ασθενή. Η τήρηση των αρχών αυτήν έχει ιδιαίτερα σημασία όταν αντιμετωπίζονται ασθενείς με συστηματικά νοσήματα, αναπηρία, νοητική υστέρηση, κατά την άσκηση Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας στο Νοσοκομείο.

Ο χρονίως πάσχων, ο καρκινοπαθής, ο νευρολογικός, ο ψυχιατρικός, ο ασθενής με λοιμώδη νοσήματα, έχουν ακόμα μεγαλύτερη ανάγκη ενσυναίσθησης, σεβασμού της αυτονομίας, βελτίωσης της επικοινωνίας, προστασίας του ιατρικού απόρρητου. Στον ασθενή με αισθητηριακές δυσλειτουργίες, δυσφασία, νευρολογικές ή ψυχικές διαταραχές, η μη λεκτική επικοινωνία αποκτά ακόμα μεγαλύτερη σημασία, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι η μοναδική οδός επικοινωνίας. Δεν είναι δυνατόν να φτιαχτούν ειδικές οδηγίες για κάθε κατηγορία ασθενών. Με ευαισθησία, λεπτότητα και ενδιαφέρον για τον άνθρωπο, οι αρχές που προηγουμένως αναφέρθηκαν εξατομικεύονται για κάθε ασθενή. Ενδεικτικά αναφέρονται παρακάτω παρατηρήσεις για την επικοινωνία με ειδικές κατηγορίες ασθενών.

Οι *καρκινοπαθείς* είναι πολύ ταλαιπωρημένοι ασθενείς. Συνήθως οι αλληπάλληλες επεμβάσεις και θεραπείες που έχουν υποβληθεί έχουν ήδη τραυματίσει την εικόνα τους. Η ανάγκη εξαγωγών, στις οποίες πιθανόν πρέπει να υποβληθούν, είναι επιπλέον ακρωτηριασμός, που θα προκαλέσει πρόσθετη δυσμορφία και επιπλέον ψυχικό πόνο. Κατά την αντιμετώπισή τους χρειάζεται λεπτότητα, ενσυναίσθηση, σεβασμός της αυτονομίας τους, αποφυγή δημιουργίας ενοχών, εστίαση στα προσδοκώμενα οφέλη της αντιμετώπισης.

Ειδική κατηγορία των καρκινοπαθών ασθενών είναι οι ασθενείς με *τραχειοστομία*. Η δυσκολία στην επικοινωνία με τους ασθενείς αυτούς είναι δεδομένη. Η δυσκολία αυτή δεν πρέπει να οδηγεί σε αγνόηση ή παράκαμψή τους και συνεννόηση με τους συνοδούς τους. Αυτό θα ισοδυναμούσε με πλήρη κατάργηση της αυτονομίας τους και αντιμετώπιση τους σα να είναι ήδη νεκροί. Και σε αυτή την περίπτωση η ενημέρωση γίνεται κατευθείαν στον ασθενή, ξεκάθαρα και κοιτάζοντας τον στα μάτια. Και σε αυτή την περίπτωση οι αποφάσεις λαμβάνονται από τον ασθενή. Εξαίρεση δικαιολογείται μόνον αν ο ίδιος δεν το επιθυμεί και παραπέμπει στους οικείους του.

Οι ασθενείς με *Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ)* και

αισθητηριακές διαταραχές ή/και προβλήματα στην εκφορά του λόγου χρειάζονται μέτρα υποβοήθησης της επικοινωνίας. Η συνομιλία μαζί τους πρέπει να γίνεται χωρίς μάσκα προσώπου, για να μπορούν να διαβάσουν τα χείλη. Οι προτάσεις που χρησιμοποιούνται πρέπει να είναι σύντομες, απλές και να μπορούν να απαντηθούν μονολεκτικά. Πρέπει να δίδεται χρόνος στον ασθενή για να σχηματίσει και να εκφέρει την απάντησή του, διαφορετικά μπορεί να μην προλάβει να απαντήσει. Στη διάρκεια της επικοινωνίας πρέπει να επικρατεί ηρεμία στο χώρο του ιατρείου, καθώς και στις κινήσεις και στο λόγο του οδοντίατρου. Ο τόνος και η ένταση της φωνής του οδοντίατρου και του προσωπικού του ιατρείου πρέπει να είναι χαμηλός, χωρίς προστατευτική χροιά. Σε καμιά περίπτωση δεν επιτρέπεται η μωρουδίστικη ομιλία. Η μη λεκτική επικοινωνία παίζει σπουδαίο ρόλο στην επικοινωνία με τον ασθενή. Η οπτική επαφή, το χαμόγελο, η έκφραση του προσώπου, η γλώσσα του σώματος, το άγγιγμα ή άλλες συνειδητές χειρονομίες, είναι εξαιρετικοί τρόποι μη λεκτικής επικοινωνίας με τον ασθενή<sup>28</sup>. Αρκετοί ασθενείς υπό *αντιεπιληπτική αγωγή* εξαιτίας της αγωγής τους έχουν βραδύτητα στην αγωγή του ερεθίσματος και γι' αυτό αργούν να απαντήσουν<sup>4</sup>. Χρειάζονται χρόνο για να σχηματίσουν και να εκφέρουν την απάντησή τους, ο οποίος πρέπει να τους παρέχεται, διαφορετικά δεν θα προλάβουν να απαντήσουν ποτέ. Στους ασθενείς με *ψυχοκινητική υστέρηση* η επικοινωνία προσαρμόζεται ανάλογα με την κατάσταση τους. Εφόσον η λεκτική επικοινωνία είναι δυνατή ο λόγος πρέπει να είναι απλός και τα μηνύματα σαφή και κατανοητά. Προέχει η καθησύχασή τους. Η οπτική επαφή, το χαμόγελο και το άγγιγμα είναι εξαιρετικοί τρόποι μη λεκτικής επικοινωνίας. Στους *ψυχιατρικούς ασθενείς* προέχει η καθησύχαση και ο κατευνασμός του άγχους τους. Χρειάζεται να τους δίνεται ο χρόνος και η δυνατότητα να πουν αυτό που αισθάνονται<sup>29</sup>. Πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια άμβλυσης των ενοχών τους. Τα μηνύματα που μεταδίδονται από τον οδοντίατρο να είναι ξεκάθαρα και να μην είναι ποτέ διφορούμενα για να μην τους δημιουργούν σύγχυση.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Η σύγχρονη άσκηση της οδοντιατρικής προϋποθέτει τη σωστή διάγνωση και την επεξεργασία και εκτέλεση ενός σωστού σχεδίου θεραπείας. Τη γνώση του ιατρικού ιστορικού του ασθενή και την εφαρμογή των αναγκαίων τροποποιήσεων του πρωτόκολλου αντιμετώπισης, για την ασφάλεια του. Όμως, εκτός από τα παραπάνω και σύμφωνα με τις σύγχρονες απόψεις, η οδοντιατρική σήμερα πρέπει να ασκείται μέσα σε ένα πλαίσιο ηθικών κανόνων που να θέτουν τον ασθενή στο επίκεντρο. Πρέπει να εξασφαλίζει το σεβασμό της ατομικότητας και της αξιοπρέπειας του ασθενή. Στη διάρκεια της θεραπευτικής σχέσης να αναπτύσσεται ενσυναίσθηση γι' αυτόν, να εξασφαλίζεται ο σεβασμός της αυτονομίας του, η συγκατάθεσή του για θεραπείες και επεμβάσεις, η προστασία του ιατρικού απόρρητου, η προστασία των ατο-

μικών του δικαιωμάτων και ο σεβασμός των ιδιαίτερων πεποιθήσεων του. Με ιδιαίτερη προσοχή, λεπτότητα και ευαισθησία πρέπει οι αρχές αυτές να εφαρμόζονται στους ασθενείς με συστηματικά νοσήματα.

#### SUMMARY

##### Improving the dentist-patient relationship. Emphasizing to special needs patient.

Bogosian E.

*hellenic hospital dentistry 4: 29-34, 2011*

*The academic interest about doctor-patient relationship has been increased in recent decades, as it became clear that the therapeutic relationship is an integral part of treatment and effective medical intervention and care. The goal is to improve the relationship and achieve a better therapeutic effect and greater doctor/dentist and patient satisfaction. The purpose of this paper is to present a framework for dentist-patient relationship in order to make it better emphasizing to special needs patient. The right feeling for the patient is empathy. Empathy is the ability of someone to share the feelings of another. The understanding, awareness, sensitivity, perception of emotions, thoughts and experiences of another, without having the feelings, thoughts and experiences fully communicated in an objectively explicit manner. The principle of autonomy (self-governance) refers to the people's right to make their own choices about health and treatment, based on their own personal values and beliefs. It also refers to the patients' right for respect to their individuality and dignity. During the therapeutic relationship patients should feel that they are supported and have not lost control. The dentist has the duty to respect the patient's rights to self-determination, to treat the patient according to his desires, within the bounds of accepted treatment. It is dentist's primary obligations to involve patient in treatment decisions in a meaningful way, with due consideration being given to the patient's needs, desires and abilities. Receiving informed consent to proposed treatment and surgery supports the principle of patients' autonomy.*

*Confidentiality is the ethical principle or legal right that a physician or other health professional will hold secret all information relating to a patient, unless the patient gives consent permitting disclosure. Confidentiality is the right of an individual to have personal, identifiable medical information kept private. Such information should be available only to the physician of record and other health care and insurance personnel as necessary. Although the above principles apply to every dental patient, their application is of particular importance when treating patients with systemic diseases, disabilities, mental retardation, in the exercise of Special Care Dentistry at the Hospital.*

**Key words:** Dentist-patient relationship; empathy; autonomy; communication; confidentiality

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Λιονής Χ: Σχέση Ιατρού-Ασθενούς: Οδηγίες για μια αποτελεσματική επικοινωνία. 2011 [http://doctor-patient.med.uoc.gr/arxeia/simeioseis\\_doctor-patient.pdf](http://doctor-patient.med.uoc.gr/arxeia/simeioseis_doctor-patient.pdf), (όπως εμφανίζεται στις 29/12/2011).
2. Yeager AL: Dental ethics for the 21<sup>st</sup> Century: Learning from the Charter on Medical Professionalism. J Am Coll Dent 2002; 69(3):53-60.
3. Ο φοιτητής μπροστά στο χειρουργικό ασθενή. <http://eclass.uoa.gr/modules/link/link.php?course=MED207> (όπως εμφανίζεται στις 29/3/2012).
4. Malamed SF: Medical Emergencies in the Dental Office. 6th ed. St. Louis. Mosby. 2007: 47.
5. Larson EB, Yao X: Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. JAMA 2005; 293(9): 1100-1106.
6. Halpern J: Empathy and Patient-Physician Conflicts. J Gen Intern Med 2007; 22(5): 696-700.
7. Halpern J: What is Clinical Empathy? J Gen Intern Med 2003; 18(8): 670-674.
8. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής: Γνώμη. Συναίνεση στη σχέση Ιατρού - Ασθενούς. Απρίλιος 2010 Από το Εθνικό Τυπογραφείο. [http://www.bioethics.gr/media/pdf/opinion\\_books/informed\\_consent\\_opinion\\_report\\_gr.pdf](http://www.bioethics.gr/media/pdf/opinion_books/informed_consent_opinion_report_gr.pdf) (όπως εμφανίζεται στις 29/3/2012).
9. Ασπραδάκη Α: Η βιοηθική αρχή της αυτονομίας με αναφορά σε ζητήματα οδοντιατρικής κλινικής πρακτικής. Ελλ Στομ Χρον 2009; 53(1): 89-94.
10. <http://www.ada.org/prof/prac/law/code/interpretation.html> Principles, Code of Professional Conduct & Advisory Opinions όπως εμφανίζεται στις 11/1/2012.
11. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine: Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. Ann Intern Med 2002; 136(3) 243-246.
12. Welie JVM: Is Dentistry a Profession? Part 3. Future Challenges. J Can Dent Assoc 2004; 70(10): 675-678.
13. Reid KI: Respect for patients' autonomy. JADA 2009; 140: 470-474.
14. <http://www.eoo.gr/el/nea/diethni-themata/135-seo-kodikas-deontologias-odontiatron-ee> (όπως εμφανίζεται στις 28/3/2012).
15. GENERAL DENTAL COUNCIL. STANDARDS GUIDANCE. Principles of patient consent. <http://www.gdc-uk.org/Newsandpublications/Publications/Publications/PatientConsent%5B1%5D>. (όπως εμφανίζεται στις 31/3/2012).
16. <http://www.aaos.org/about/papers/advistmt/1017.asp> American Academy of orthopaedic Surgeons Information Statement (όπως εμφανίζεται στις 29/12/2011).
17. Kurtz SM: Doctor-Patient Communication: Principles and Practises. Can J Neurol Sci 2002; 29(Suppl.2): S23-S29.
18. The Headache Study Group of the University of Western Ontario: Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians - a one year prospective study. Headache J 1986; 26: 285-294.
19. Beckman HB, Frankel RM: The effect of physician behaviour on the collection of data. Ann Int Med 1984; 101: 692-696.
20. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB: Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA 1999; 281(3): 283-287.
21. Travaline JM, Ruchinkas R, DAlonzo GE: Patient-Physician Communication: Why and How JAOA 2005; 105(1): 13-18.
22. Kidd J, Patel V, Peile E Carter Y: Clinical and communication skills. Need to be learnt side by side BMJ 2005; 330: 374-375.
23. Theaker ED, Kay EJ, Gill S: Development and preliminary evaluation of an instrument designed to assess dental students' communication skills. BDJ 2000; 188: 40-44.
24. Μεράκου Κ, Δάλλα Α, Θεοδωρίδης Δ: Ιατρικό απόρρητο. Οι «κατά συνθήκη» παραβιάσεις. Αρχ Ελλ Ιατρ 1999; 16(5):504-510.
25. GENERAL DENTAL COUNCIL. STANDARDS GUIDANCE. Principles of patient confidentiality. <http://www.gdc-uk.org/Newsandpublications/Publications/Publications/PatientConfidentiality%5B1%5D>. (όπως εμφανίζεται στις 31/3/2012).
26. Bayhead Dental Practice Confidentiality Policy <http://www.islesmiles.co.uk/confidentiality%20policy.htm> (όπως εμφανίζεται στις 11/3/2012).
27. Κώδικας ιατρικής δεοντολογίας Εφημερίς Της Κυβερνήσεως Της Ελληνικής Δημοκρατίας. Τεύχος Πρώτο, Αρ. Φύλλου 287, 28 Νοεμβρίου 2005.
28. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL: Dental Management of the medically compromised patient. 7th ed. St Louis. Mosby. 2007: 807, 854-855.

#### Διεύθυνση για επικοινωνία:

Μπογοσιάν Ευαγγελία

Στεργιογιάννη 45,

ΤΚ 71305 Ηράκλειο

Τηλέφωνα: 2810 392473

και 2810 392475

E-mail: [evbogolian@gmail.com](mailto:evbogolian@gmail.com)

## Χρόνια νεφρική νόσος και στοματική υγεία

Αικατερίνη Δημητρίου<sup>1</sup>, Φλώρα Ζερβού-Βάλβη<sup>2</sup>

Ο όρος χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) εμπερικλείει μία ποικιλία χρονίων παθήσεων - καταστάσεων που έχουν σαν αποτέλεσμα την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Η ΧΝΝ αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγείας και εάν παραμείνει αδιάγνωστη μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, καρδιαγγειακά νοσήματα και πρόωρο θάνατο.

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) χαρακτηρίζεται από προοδευτική και μη αναστρέψιμη απώλεια της λειτουργίας των νεφρών με αποτέλεσμα την αδυναμία των νεφρών να αποβάλλουν τα τοξικά παράγωγα. Συνέπεια αυτού είναι η αύξηση των τοξικών προϊόντων του μεταβολισμού στο αίμα και η συστηματική συσσώρευσή τους στον οργανισμό. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να ανασκοπήσει την αλληλεπίδραση μεταξύ της χρόνιας νεφρικής νόσου και της στοματικής υγείας καθώς και να παρουσιάσει κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση των ασθενών αυτών.

Όσον αφορά στην κατάσταση των περιοδοντικών ιστών πολλές έρευνες συμφωνούν ότι μεγάλο ποσοστό των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα μικροβιακής πλάκας και τρυγίας σε σχέση με υγιείς μάρτυρες ενώ η βαρύτητα της περιοδοντικής νόσου σχετίζεται με την ηλικία, την παρουσία σακχαρώδη διαβήτη, το κάπνισμα και τη διάρκεια που ο ασθενής υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση. Σύμφωνα με τελευταία ερευνητικά δεδομένα, ασθενείς με περιοδοντική νόσο εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα δεικτών φλεγμονής στον ορό του αίματός τους. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι όσο μεγαλύτερη είναι η βαρύτητα της περιοδοντικής νόσου, τόσο μικρότερη είναι η πειραματική διήθηση, δηλαδή επιδεινωμένη η νεφρική λειτουργία και άρα αυξημένες οι επιπλοκές της ΧΝΑ και η θνησιμότητα των ασθενών. Παράλληλα, έχει βρεθεί ότι μετά από συστηματική-εντατική θεραπεία της περιοδοντίτιδας μειώνονται οι δείκτες φλεγμονής και βελτιώνεται η ανταπόκριση των ασθενών στην αιμοκάθαρση.

Η τερηδονική προσβολή των νεφροπαθών δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη από τον υγιή πληθυσμό. Στον βλεννογόνο του στόματος συχνότερα ευρήματα είναι τα αιματώματα και οι εκχυμώσεις ενώ στα οστά των γνάθων παρατηρούνται οστεοπωρωτικές βλάβες.

Η αντιμετώπιση των ασθενών αυτών στο οδοντιατρείο χρήζει ιδιαίτερης προσοχής κυρίως λόγω της συνύπαρξης και άλλων προβλημάτων γενικής υγείας, θεωρείται δε επιβεβλημένη η συνεργασία του οδοντιάτρου με τον θεράποντα νεφρολόγο.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 4: 35-43, 2011

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας με σημαντικές επιπλοκές όπως η νεφρική ανεπάρκεια, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο πρόωρος θάνατος. Η ταξινόμηση της ΧΝΝ κατά σειρά αυξανόμενης βαρύτητας βασίζεται στις τι-

μές του ρυθμού πειραματικής διήθησης (ΡΣΔ) που εκφράζει τον ρυθμό ροής των υγρών που διηθούνται διαμέσου των νεφρών στη μονάδα του χρόνου. Ως χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) χαρακτηρίζεται η προοδευτική και μη αναστρέψιμη απώλεια της λειτουργίας των νεφρών, ως δε ΧΝΑ τελικού σταδίου όταν  $ΡΣΔ < 15 \text{ml/min/1,73m}^3$  η οποία διαρκεί για τρεις ή περισσότερους μήνες (στάδιο 5, Πίν. 1)<sup>1-3</sup>. Υπάρχει αδυναμία των νεφρών να αποβάλλουν τα τοξικά παράγωγα που βρίσκονται στο αίμα και ως εκ τούτου υπάρχει αδυναμία διατήρησης σε φυσιολογική κατάσταση της σύστασης και του όγκου των υγρών του σώματος<sup>1,2</sup>. Οι συχνότερες καταστάσεις που μπορεί να οδηγήσουν στην καταστροφή των νεφρών είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, ο οποίος συνιστά σήμερα την πιο κοινή αιτία έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας, οι πειραματονεφρίτιδες, η πολυκυστική νόσος, η πυελονεφρίτιδα, αγ-

**Λέξεις κλειδιά:** χρόνια νεφρική νόσος, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, περιοδοντική νόσος, τερηδονική προσβολή, οδοντιατρική διαχείριση

\* Οδοντίατρος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Δρ Οδοντιατρικής

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

Ίδρυμα προέλευσης: Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑμεΑ του Γενικού Νοσοκομείου Ασκληπιείου Βούλας

Η εργασία ανακοινώθηκε ως Εισήγηση στο 31ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο. Θεσσαλονίκη, 11-13 Νοεμβρίου 2011.

**Πίνακας 1**

**ΣΤΑΔΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΧΝΝ)**

Στάδιο	Περιγραφή ΧΝΝ	ΡΣΔ* ml/min/1,73m3	Σχετική ορολογία
1	Νεφρική βλάβη με φυσιολογικό ή υψηλό ΡΣΔ	≥ 90	Λευκωματουρία Πρωτεинуρία Αιματουρία
2	Νεφρική βλάβη με ελαφρώς χαμηλό ΡΣΔ	60-89	Λευκωματουρία Πρωτεинуρία Αιματουρία
3	Μέτρια ελάττωση ΡΣΔ	30-59	Χρόνια/αρχόμενη νεφρική ανεπάρκεια
4	Σοβαρή ελάττωση ΡΣΔ	15-29	Χρόνια/προχωρημένη νεφρική ανεπάρκεια
5	Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου	< 15	Τελικά στάδια νεφρικής νόσου, Ουραιμία

\* Ρυθμός Σπειραματικής Δήθησης

Σε διάφορες μελέτες έχει βρεθεί ότι μεγάλο ποσοστό των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (30-50%) παρουσιάζει χρόνια φλεγμονώδη αντίδραση με υψηλά επίπεδα δεικτών φλεγμονής στον ορό όπως είναι η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη και η ιντερλευκίνη 6. Οι πλέον συνηθισμένες αιτίες φλεγμονής στους αιμοκαθαιρόμενους είναι η υποκείμενη νόσος, οι διαταραχές θρέψης, το οξειδωτικό στρες, η καρδιακή ανεπάρκεια, γενετικοί και ανοσολογικοί παράγοντες, η διαδικασία της αιμοκάθαρσης και η παρουσία διαφόρων μικροβίων<sup>8,9</sup>. Οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια σε τελικό στάδιο παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών λόγω αθηροσκληρωτικών βλαβών όπως είναι το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και ο αιφνίδιος θάνατος λόγω καρδιακών αρρυθμιών<sup>3</sup>. Θεραπεία εκλογής για τους ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου είναι η εξωνεφρική κάθαρση η οποία αποτελεί μια τεχνητή μέθοδο απομάκρυνσης από την κυκλοφορία των νιτρωδών και άλλων τοξικών προϊόντων του μεταβολισμού. Η

εξωνεφρική κάθαρση περιλαμβάνει δύο τεχνικές: την περιτοναϊκή κάθαρση και την αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό<sup>4</sup>.

εξωνεφρική κάθαρση περιλαμβάνει δύο τεχνικές: την περιτοναϊκή κάθαρση και την αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό<sup>4</sup>.

γειακές νόσοι και διάφορες άλλες αιτίες όπως φάρμακα, πολυσυστηματικές νόσοι και κυστικές, αγγειακές και κληρονομικές παθήσεις των νεφρών<sup>2,3</sup>. Ως αποτέλεσμα της έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας, παρατηρείται αύξηση των τοξικών προϊόντων του μεταβολισμού (π.χ. ουρίας, κρεατινίνης, ουρικού οξέος) και είσοδος τους στην κυκλοφορία. Οι ουραιμικές τοξίνες οι οποίες δεν αποβάλλονται επαρκώς δημιουργούν ουραιμικό περιβάλλον το οποίο προκαλεί στον ασθενή αναιμία, διαταραχές της θρέψης, νεφρική οστεοδυστροφία και ουραιμική νευροπάθεια. Τα συστήματα τα οποία πρωταρχικά επηρεάζονται είναι το καρδιαγγειακό, το γαστρεντερικό, το νευρικό, το αιμοποιητικό, το ενδοκρινικό και το ανοσοποιητικό<sup>4</sup>.

**ΧΝΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΟΥ**

Η αμφίδρομη σχέση μεταξύ περιοδοντικής και συστηματικής υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο έντονου ερευνητικού ενδιαφέροντος τα τελευταία χρόνια. Η περιοδοντική νόσος, ως γνωστόν, αποτελεί μια χρόνια φλεγμονώδη νόσο των στηρικτικών ιστών των δοντιών, η οποία οφείλεται σε περιοδοντοπαθογόνους μικροοργανισμούς. Η ακέραιη έμφυτη και επίκτητη ανοσία είναι απαραίτητη για την διατήρηση της περιοδοντικής υγείας. Αυτό καταδεικνύεται από τον αυξημένο επιπολασμό νόσων του περιοδοντίου σε άτομα με νόσους στις οποίες επηρεάζεται η ανοσία όπως π.χ. στην χρόνια κοκκιωματώδη νόσο ή στο AIDS<sup>10,11</sup>. Στοιχεία δείχνουν ότι η περιοδοντική νόσος μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης αθηροσκληρωσης, εμφράγματος του μυοκαρδίου, εγκεφαλικών επεισοδίων, γέννησης πρόωρων και μειωμένου βάρους νεογνών, νοσημάτων του αναπνευστικού, νόσου Alzheimer και άλλων συστηματικών καταστάσεων<sup>12-18</sup>.

Ειδικότερα όσον αφορά στο ανοσοποιητικό σύστημα το ουραιμικό περιβάλλον δημιουργεί δυσλειτουργία τόσο στην έμφυτη όσο και την επίκτητη ανοσολογική απάντηση. Επίσης η πτωχή σε πρωτεΐνες διαίτα των νεφροπαθών επηρεάζει την ικανότητα παραγωγής αντισωμάτων. Έτσι οι ασθενείς παρουσιάζουν ανοσοκαταστολή και έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης λοιμώξεων και φλεγμονών<sup>6</sup>. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η είσοδος μικροβίων στον οργανισμό μπορεί πολύ εύκολα να προκαλέσει μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα έστω και χωρίς να προϋπάρχει βλάβη των βαλβίδων της καρδιάς. Η θνησιμότητα από μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα είναι πολύ υψηλή για τους ασθενείς αυτούς και αγγίζει το 45% των προσβληθέντων<sup>3,7</sup>.

**Μηχανισμοί σύνδεσης της περιοδοντικής νόσου με τα γενικά νοσήματα**

Οι βασικοί μηχανισμοί σύνδεσης της περιοδοντικής νόσου με τα γενικά νοσήματα είναι:

1. Οι κοινοί παράγοντες κινδύνου για την περιοδοντική

νόσο και τα συστηματικά προβλήματα υγείας. Ως κοινοί παράγοντες κινδύνου έχουν θεωρηθεί το κάπνισμα, το στρες και η ηλικία.

2. Η παρουσία μεγάλου αριθμού Gram(-) μικροβίων που μπορεί να προκαλέσουν μικροβιαμία και παράλληλα έχει βρεθεί ότι παρεμποδίζουν την αμυντική λειτουργία του οργανισμού μέσω διαφόρων προϊόντων τους όπως είναι π.χ. ο λιποπολυσακχαρίτης του *Porphyromonas gingivalis*.
3. Η παρουσία της περιοδοντικής νόσου αυξάνει σημαντικά τις συγκεντρώσεις των μεσολαβητών φλεγμονής όπως είναι η ιντερλευκίνη-1 (IL-1), η ιντερλευκίνη-6 (IL-6), ο παράγοντας νέκρωσης των όγκων (TNF-α) καθώς και η C αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP). Η διάχυση των ουσιών αυτών προς τη συστηματική κυκλοφορία θεωρείται ότι αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ περιοδοντικής νόσου και γενικών νοσημάτων<sup>18-24</sup>.

#### **Περιοδοντική κατάσταση ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση**

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες μελέτες από διάφορα μέρη του κόσμου έχουν δείξει ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα οδοντικής μικροβιακής πλάκας, σε σχέση με υγιείς μάρτυρες. Οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει ότι η ουλίτιδα και η περιοδοντίτιδα είναι συχνό εύρημα στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Η ποσότητα της μικροβιακής πλάκας και η βαρύτητα της φλεγμονής των ούλων σχετίζονται με την ηλικία του ασθενή, την παρουσία σακχαρώδη διαβήτη, το κάπνισμα και με τη διάρκεια σε έτη που ο ασθενής υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση<sup>25-28</sup>.

Όσον αφορά στην παρουσία τρυγίας η πλειονότητα των μελετών δείχνει ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη εναπόθεση τρυγίας σε σύγκριση με τους υγιείς σε βαθμό στατιστικά σημαντικό. Μία πιθανή εξήγηση του φαινομένου αυτού είναι ότι αν και οι ασθενείς παρουσιάζουν γενικά μεταβολική οξέωση, το pH του σάλιου είναι συνήθως αλκαλικό από την αυξημένη παρουσία νιτρικών προϊόντων όπως η ουρία, γεγονός που ενισχύει την εναπόθεση αλάτων στην οδοντική μικροβιακή πλάκα<sup>29-33</sup>.

#### **Συσχέτιση της περιοδοντικής νόσου με τη ΧΝΑ**

Όπως προαναφέρθηκε, η παρουσία μόλυνσης και φλεγμονής έχει προταθεί ως ένας βιολογικά εύλογος μηχανισμός που συνδέει την παρουσία περιοδοντικής νόσου με άλλα συστηματικά νοσήματα. Στα πλαίσια αυτά, η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ περιοδοντικής νόσου και νεφρικής λειτουργίας έχει αποτελέσει αντικείμενο ερευνητικού ενδιαφέροντος.

Πρώτοι οι Rahmati και συν. το 2002 διερεύνησαν το κατά πόσο η παρουσία περιοδοντικής νόσου μπορεί να συμβάλλει στα αυξημένα επίπεδα της CRP σε ασθενείς

που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Για το σκοπό αυτό συμπεριέλαβαν στην μελέτη τους 86 ενόδοντες αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Στα άτομα αυτά υπολογίστηκαν τα επίπεδα της ανοσοσφαιρίνης G (IgG) του ορού έναντι έξι περιοδοντοπαθογόνων μικροβίων, προκειμένου να γίνει διάγνωση της περιοδοντικής νόσου, καθώς και των επιπέδων της CRP. Οι ερευνητές κατέληξαν στη διαπίστωση ότι η παρουσία περιοδοντικής νόσου, όπως αυτή προκύπτει από τα αυξημένα επίπεδα της (IgG) του ορού έναντι περιοδοντοπαθογόνων μικροβίων, συσχετίζεται με την εμφάνιση υψηλών επιπέδων CRP στον ορό ατόμων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση<sup>34</sup>.

Σε μια άλλη, πιο πρόσφατη μελέτη των Kshirsagar και συν. διαπιστώθηκε ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης μεταξύ μειωμένης νεφρικής λειτουργίας και υψηλών τίτλων αντισωμάτων έναντι συγκεκριμένων περιοδοντοπαθογόνων μικροβίων<sup>35</sup>.

Οι Kshirsagar και συν. το 2005 σε συγχρονική μελέτη σε μεγάλο δείγμα (5537) ατόμων μέσης ηλικίας κατέληξαν στη διαπίστωση ότι η παρουσία περιοδοντίτιδας συσχετιζόταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με χαμηλή σπειραματική διήθηση (PΣΔ < 60ml/min/1,73m<sup>3</sup>) και αυξημένα επίπεδα κρεατινίνης, όσο δε μεγαλύτερη ήταν η βαρύτητα της περιοδοντικής νόσου τόσο μικρότερη ήταν η σπειραματική διήθηση<sup>36</sup>.

Αντίστοιχα, η μελέτη των Fisher και συν. η οποία περιελάμβανε και νωδούς ασθενείς καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ανοδοντία, ως ένδειξη προηγούμενης παρουσίας περιοδοντικής νόσου, σε ενήλικες >55 ετών εμφάνιζε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη ΧΝΑ<sup>12</sup>. Επιπλέον, οι Chen και συν. διαπίστωσαν ότι η παρουσία διαταραχών θρέψης και φλεγμονής σε ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση ήταν πιο συχνή στα άτομα που παρουσίαζαν προχωρημένη περιοδοντίτιδα<sup>37</sup>. Οι δε Kshirsagar και συν. βρήκαν ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς που εμφάνιζαν προχωρημένη περιοδοντίτιδα είχαν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν χαμηλά επίπεδα αλβουμίνης στον ορό, που αποτελεί σημείο κακής θρέψης και αυξημένης θνησιμότητας, από ό,τι τα άτομα με ηπιότερες μορφές της περιοδοντικής νόσου, ακόμα και μετά την εξάλειψη άλλων παραγόντων κινδύνου π.χ. κάπνισμα, υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, ηλικία, φύλο<sup>38</sup>.

Οι μελέτες που διερευνούν την πιθανή συσχέτιση της περιοδοντικής νόσου με τις επιπλοκές της ΧΝΑ και τη θνησιμότητα των αιμοκαθαιρόμενων διαπιστώνουν ότι η θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα στους αιμοκαθαιρόμενους που εμφανίζουν μέσης ή προχωρημένης βαρύτητας περιοδοντική νόσο είναι πολύ μεγαλύτερη (έως και πέντε φορές) από ό,τι στους αιμοκαθαιρόμενους που δεν πάσχουν από περιοδοντική νόσο ή εμφανίζουν αρχόμενη περιοδοντίτιδα. Η συσχέτιση αυτή παραμένει σημαντική ακόμα και μετά από εξάλειψη των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο και το κάπνισμα<sup>39,40</sup>.

### **Επίδραση της περιοδοντικής θεραπείας σε δείκτες συστηματικής φλεγμονής**

Όπως προαναφέρθηκε, πολλές ερευνητικές μελέτες συμφωνούν στην ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ περιοδοντικής νόσου και συστηματικής φλεγμονής<sup>13-17</sup>. Επιπλέον, σημαντική μείωση της CRP έχει παρατηρηθεί σε μελέτες παρέμβασης μετά από μη χειρουργική περιοδοντική θεραπεία τόσο σε συστηματικά υγιείς όσο και σε ασθενείς με συστηματικά νοσήματα που χαρακτηρίζονται από κάποιου βαθμού φλεγμονή όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο σακχαρώδης διαβήτης<sup>22,41,42</sup>. Τα προηγούμενα ευρήματα οδήγησαν στην πραγματοποίηση μιας σειράς μελετών οι οποίες ως σκοπό είχαν τη διερεύνηση του κατά πόσο η περιοδοντική θεραπεία είναι δυνατό να οδηγήσει στη μείωση των δεικτών φλεγμονής.

Άξιες μνείας είναι δύο πρόσφατες ανασκοπήσεις που έχουν γίνει με μετα-ανάλυση μεγάλου αριθμού επιλεγμένων μελετών σχετικά με την επίδραση της μη χειρουργικής περιοδοντικής θεραπείας στους δείκτες συστηματικής φλεγμονής σε άτομα χωρίς συστηματικό νόσημα. Η μετα-ανάλυση των Ioannidou και συν. καταλήγει στη διαπίστωση ότι η μη χειρουργική περιοδοντική θεραπεία οδηγεί σε μείωση των επιπέδων της CRP αλλά όχι σε στατιστικά σημαντικό βαθμό<sup>43</sup>, η δε των Paraskevas και συν. διαπιστώνει ύπαρξη μετρίου βαθμού ένδειξης μείωσης των τιμών της CRP μετά από τέτοια θεραπεία<sup>22</sup>. Και στις δύο αυτές μετα-αναλύσεις, όμως, διαπιστώθηκε, μείωση της CRP σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στις μελέτες εκείνες στις οποίες γινόταν εντατική-συστηματική περιοδοντική θεραπεία με ταυτόχρονη τοπική εφαρμογή ή συστηματική χορήγηση αντιβίωσης.

Σε ημετέρα έρευνα κλινικής μελέτης παρέμβασης που πραγματοποιήθηκε στο Γ. Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας το 2008 σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση παρασχέθηκαν επίσης ενδείξεις ότι η μη χειρουργική περιοδοντική θεραπεία μπορεί να συμβάλει στη μείωση των συγκεντρώσεων της CRP, ειδικά σε ασθενείς που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα των δεικτών φλεγμονής<sup>44</sup>. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα προγενέστερης κλινικής μελέτης παρέμβασης με παρόμοια μεθοδολογία των Kadiroglou και συν. όπου επίσης παρατηρήθηκε μείωση της CRP και της ταχύτητας καθίζησης ερυθρών καθώς και αύξηση του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης μετά από μη χειρουργική περιοδοντική θεραπεία, ακόμη δε βελτίωση της ανταπόκρισης των ασθενών στην αιμοκάθαρση με αποτέλεσμα να μειωθεί η εβδομαδιαία απαιτούμενη δόση της ανθρώπινης ανασυνδυασμένης ερυθροποιητίνης<sup>21</sup>.

Πάντως, πρέπει να επισημάνουμε ότι τα αποτελέσματα των ερευνών που συσχετίζουν την περιοδοντική νόσο με τη ΧΝΝ δεν είναι πάντοτε συγκρίσιμα εξαιτίας:

- του διαφορετικού σχεδιασμού των ερευνών,
- της πληθώρας των παραγόντων που επηρεάζουν την

γενική κατάσταση του ασθενή όπως π.χ. ο σακχαρώδης διαβήτης και το κάπνισμα

- των διαφορετικών μεθόδων εξέτασης και αξιολόγησης της περιοδοντικής κατάστασης του ασθενή
- και των διαφορετικών μεθόδων αξιολόγησης της συστηματικής φλεγμονής<sup>45</sup>.

### **ΧΝΑ ΚΑΙ ΤΕΡΗΔΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ**

Η δίαιτα των ασθενών με ΧΝΝ περιέχει πολλούς υδατάνθρακες και λίγες πρωτεΐνες για να ελαχιστοποιούνται τα τοξικά νιτρώδη προϊόντα που προέρχονται από τον μεταβολισμό των πρωτεϊνών. Με την αυξημένη λήψη υδατανθράκων σε συνδυασμό με την παραμελημένη συνήθως στοματική υγιεινή των ασθενών αυτών θα αναμενόταν υψηλή τερηδονική προσβολή στην ομάδα αυτή. Παρόλα αυτά, στις μελέτες που έχουν ασχοληθεί με την καταγραφή των ελλειπόντων, τερηδοσιμένων ή εμφραγμένων δοντιών των ασθενών αυτών σε σχέση με υγιείς μάρτυρες, δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά. Αρκετές εργασίες συμφωνούν στο ότι υπάρχει μια τάση των νεφροπαθών να έχουν λιγότερα τερηδοσιμένα δόντια. Τα υψηλότερα επίπεδα ουρίας στο σάλιο που μεταβολίζεται σε αμμωνία και αυξάνει το pH του στόματος μπορεί να δικαιολογήσουν την τάση για χαμηλότερη απασβεσίωση των δοντιών και χαμηλότερη τερηδονική προσβολή. Μεγάλο πρόβλημα αποτελεί η παραμέληση της στοματικής υγιεινής των ασθενών αυτών λόγω της σωματικής και ψυχολογικής κόπωσης που αναπόφευκτα προκαλεί η χρόνια αιμοκάθαρση<sup>46-50</sup>.

### **ΧΝΑ ΚΑΙ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

#### **ΣΤΟΝ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ**

Η ωχρότητα του στοματικού βλεννογόνου αποτελεί το πιο συνηθισμένο εύρημα στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς λόγω της ουραιμικής αναιμίας. Οι νεφροπαθείς εμφανίζουν την τάση να αιμορραγούν λόγω ποιοτικών και ποσοτικών μεταβολών στα αιμοπετάλια και σε παράγοντες της πήξης. Επίσης έχουν εύθραυστα τριχοειδή και σε συνδυασμό με την αντιπηκτική αγωγή που λαμβάνουν εμφανίζουν συχνά πετέχειες, εκχυμώσεις και αιματώματα. Σε μεγάλο ποσοστό ασθενών παρατηρείται τριχωπή γλώσσα, οσχεοειδής γλώσσα και καντιντίαση<sup>51-53</sup>.

Η ουραιμική στοματίτιδα εκδηλώνεται όταν τα επίπεδα της ουρίας υπερβούν τα 300mg/dl. Πιστεύεται ότι οφείλεται στην αμμωνία που ελευθερώνεται όταν η ουρεάση που παράγεται από τη μικροβιακή χλωρίδα του στόματος διασπά την ουρία του σάλιου η οποία είναι αυξημένη στους ασθενείς αυτούς. Κλινικά η νόσος εμφανίζεται με δύο μορφές: την ελκωτική και την μη ελκωτική. Σήμερα εμφανίζεται πολύ σπάνια<sup>54</sup>.

Οι ασθενείς παραπονούνται για ξηροστομία, δύσοσμη αναπνοή και αίσθημα μεταλλικής γεύσης. Όλα αυτά εί-



ναι αποτέλεσμα της μειωμένης πρόσληψης υγρών, παρενεργειών διαφόρων φαρμάκων, μεταβολικών αλλαγών και μεταβολών στην έκκριση των σιελογόνων αδένων. Το σάλιο παρουσιάζει υψηλές συγκεντρώσεις ουρίας η οποία διασπάται σε αμμωνία και προσδίδει την χαρακτηριστική οσμή και γεύση. Επίσης, παρατηρούνται πιο συχνά λίθοι στους σιελογόνους αδένες, κυρίως στις παρωτίδες<sup>55</sup>. Μεσοκυττάρια εναπόθεση αμυλοειδούς (αμυλοείδωση) στους ιστούς του στόματος έχει επίσης παρατηρηθεί στα άτομα που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση<sup>56</sup>.

**ΧΝΑ ΚΑΙ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΟΣΤΑ**

Η μεταβολική νεφρική οστεοδυστροφία που παρουσιάζεται στα άτομα με ΧΝΑ είναι αποτέλεσμα διαταραχών στο μεταβολισμό ασβεστίου, φωσφόρου και βιταμίνης D καθώς και αυξημένης δραστηριότητας του παραθυρεοειδούς. Τα επίπεδα ασβεστίου του αίματος είναι μειωμένα με αποτέλεσμα την αυξημένη αποδέσμευση ασβεστίου από τα οστά. Έτσι συχνά παρατηρούνται οστεοπωρωτικές βλάβες στα οστά των γνάθων. Ακτινογραφικά παρατηρείται μείωση του σπογγώδους οστού και εικόνα σαν «τριμμένο γυαλί», απώλεια της lamina dura και ακτινοδιαυγάσεις που μοιάζουν με γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα. Η πανοραμική ακτινογραφία των γνάθων, μάλιστα, θεωρείται ένα αξιόπιστο εργαλείο στην αποκάλυψη τέτοιων βλαβών. Παρατηρούνται, επίσης, ενασβεστώσεις των μαλακών ιστών, συχνά λίθοι στους σιελογόνους αδένες καθώς και ενασβεστίωση του πολφού. Η απώλεια οστού μπορεί να προκαλέσει κατάγματα των γνάθων κατόπιν ήπιου τραυματισμού ή ακόμα και αυτόματα. Ο οδοντίατρος πρέπει να είναι ήπιος και προσεκτικός κατά τις οδοντιατρικές επεμβάσεις. Επίσης σε έρευνα, με ακτινολογικό έλεγχο, μετά από εξαγωγή δοντιού παρατηρήθηκε εναπόθεση σκληρωτικού οστού στο φατνίο και καθυστέρηση στην επούλωση του οστού. Η απορρόφηση του οστού μπορεί επίσης να προκαλέσει κινητικότητα των δοντιών και προβλήματα στη σύγκλειση. Κινητικότητα δοντιών και μεταναστευσή τους έχει παρατηρηθεί σε άτομα με ΧΝΑ χωρίς έντονη περιοδοντική νόσο<sup>51,57-60</sup>.

**Πίνακας 2**

**ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΠΙ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Αντιμικροβιακά στα οποία <b>δεν χρειάζεται</b> τροποποίηση της δόσης, ανεξάρτητα από τη νεφρική λειτουργία	Ερυθρομυκίνη Κλινδαμυκίνη Χλωραμφαινικόλη Δοξυκυκλίνη Δικλοξακιλλίνη Ριφαμπικίνη Κεφακλόρη Κεφτριαξόνη Αμφοτερικίνη Β
Αντιμικροβιακά στα οποία <b>χρειάζεται</b> τροποποίηση της δόσης, <b>μόνο</b> επί προχωρημένης νεφρικής ανεπάρκειας	Πενικιλίνη G Αμοξικιλίνη, αμπικιλίνη Κεφαλοθίνη, κεφαλεξίνη Κεφαμανδόλη, κεφοξίτηνη Κεφοταξίμη, πιπερακιλλίνη Ισονιαζίδη, εθαμβουτόλη Κεφταζιδίμη, κεφουροξίμη Κοτριμοξαζόλη Σιπροφλοξασίνη, νορφλοξασίνη Ναλιδιξικό οξύ Μετρονιδαζόλη
Αντιμικροβιακά στα οποία <b>χρειάζεται πάντα</b> τροποποίηση της δόσης επί νεφρικής ανεπάρκειας	Καρμπενικιλίνη, τικαρκιλλίνη Κεφαζολίνη Στρεπτομυκίνη, καναμυκίνη Γενταμυκίνη, τομπραμυκίνη Αμικασίνη, νετιλμυκίνη Βανκομυκίνη Κολιστίνη Ιμιπενέμη Φλουκυτοσίνη
Αντιμικροβιακά των οποίων η χρήση <b>αντενδείκνυται</b> επί νεφρικής ανεπάρκειας	Τετρακυκλίνες (εκτός δοξυκυκλίνης) Νιτροφουραντοίνη Κεφαλοριδίνη Σουλφοναμίδες μακράς δράσης PAS

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΝΝ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ**

Ο οδοντίατρος πρέπει να συμβάλλει στη διασφάλιση καλού επιπέδου στοματικής υγείας ιδιαίτερα σε τέτοιους επιβαρυνμένους ασθενείς. Απαραίτητο είναι το προληπτικό πρόγραμμα στοματικής υγιεινής προσαρμοσμένο στις ανάγκες του κάθε ασθενή με αναλυτικές οδηγίες για το βούρτσισμα των δοντιών, την χρήση στοματικών διαλυμάτων, τη συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο κ.λπ. Σημεία που χρήζουν προσοχής κατά την οδοντιατρική αντιμετώπιση ασθενών με ΧΝΝ είναι τα ακόλουθα:  
- Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού είναι απολύτως απαραίτητη για την οδοντιατρική αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

**Πίνακας 3**

**ΜΕΣΟΔΙΑΣΤΗΜΑ (ΣΕ ΩΡΕΣ) ΔΟΣΕΩΝ  
ΣΥΝΗΘΩΣ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ ΦΑΡΜΑΚΩΝ  
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΝΝ (μη τελικού σταδίου)**

Φάρμακο	Φυσιολογική νεφρική λειτουργία	Μέτρια νεφρική ανεπάρκεια	Προχωρημένη νεφρική ανεπάρκεια
Παρακεταμόλη	4	6-8	8-12
Ασπιρίνη	4	4-6	Αποφυγή χορήγησης
Ιβουπροφαίνη	6	6-12	Αποφυγή χορήγησης
Τοπικό αναισθητικό Π.χ Λιδοκαΐνη	Φυσιολογική Δόση	Φυσιολογική Δόση	Φυσιολογική Δόση
Αμοξυκιλλίνη	8	8-12	12-18
Αμπικιλίνη	6	6-9	9-12
Κεφαλεξίνη	6	6	8
Κλινδαμυκίνη	8	8	8
Δοξυκυκλίνη	12-24	12-24	12-24
Ερυθρομυκίνη	6	6	6
Μετρονιδαζόλη	8	8	12-16
Πενικιλίνη V	6	6	6
Τετρακυκλίνες	6	Αποφυγή Χορήγησης	Αποφυγή Χορήγησης
Βανκομυκίνη	6	72-240	240

Είναι σημαντικό να ερωτάται πάντα ο ασθενής σχετικά με το τι τον οδήγησε στη ΧΝΝ έτσι ώστε να λαμβάνεται υπ' όψιν και η πιθανή υποκείμενη νόσος, πριν δε από κάθε επέμβαση να γίνεται συνεννόηση του οδοντίατρου με τον νεφρολόγο ο οποίος γνωρίζει την ακριβή κατάσταση της γενικής υγείας του ασθενή.

- Όπως προαναφέρθηκε, οι ασθενείς με ΧΝΝ παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης λοιμώξεων και φλεγμονών οι οποίες, εάν δεν ελεγχθούν, αποτελούν συχνή αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στους ασθενείς αυτούς. Έτσι, πριν από κάθε αιματηρή οδοντιατρική επέμβαση, όπως εξαγωγή δοντιού ή θεραπεία του περιοδοντίου, απαιτείται αντιβιοτική κάλυψη για την προστασία του ασθενή από τη βακτηριαμία. Η μειωμένη νεφρική λειτουργία των ατόμων με ΧΝΝ αυξάνει το χρόνο ημιζωής των φαρμάκων έστω και αν ο μεταβολισμός τους γίνεται κυρίως στο ήπαρ. Έτσι, σε αρκετές περιπτώσεις, θα πρέπει να αυξάνονται τα διαστήματα μεταξύ των δόσεων. Οι δόσεις των σκευασμάτων πρέ-

πει να ρυθμίζονται έτσι ώστε να αποφεύγεται η τοξικότητα αλλά και να μη γίνεται υποθεραπεία, απαγορεύονται δε τα νεφροτοξικά φάρμακα. Ενδεικτικά αυτά αναφέρονται στους πίνακες 2 και 3<sup>51, 63-66</sup>.

- Πριν από κάθε αιματηρή επέμβαση πρέπει να γίνεται πολύ καλή στοματική υγιεινή με χρήση στοματικών διαλυμάτων με αντιμικροβιακή δράση έτσι ώστε να μειώνεται το μικροβιακό φορτίο της στοματικής κοιλότητας.

- Σε επείγον οδοντιατρικό πρόβλημα επίσης απαιτείται συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό πριν από οποιαδήποτε οδοντιατρική επέμβαση. Η χορήγηση της κατάλληλης αντιβίωσης περιλαμβάνεται και πάλι στα θέματα της συνεννόησης αυτής.

- Γενικά δεν απαγορεύεται η χρήση τοπικών αναισθητικών με αδρεναλίνη. Καλό, όμως, είναι να είμαστε προσεκτικοί και φειδωλοί στη χρήση της αδρεναλίνης διότι πολλοί ασθενείς με ΧΝΝ παρουσιάζουν και καρδιολογικά προβλήματα. Έτσι, συνιστάται μείωση της ποσότητας των χρησιμοποιούμενων αγγειοσυσπαστικών ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει διαγνωσμένη καρδιοπάθεια. Επιτρέπεται να χορηγηθούν μέχρι και 3 αμπούλες τοπικού αναισθητικού με περιεκτικότητα σε αδρεναλίνη 1:100.000 με αργή προσεκτική έγχυση και αναρρόφηση για αποφυγή ενδοφλέβιας έγχυσης.

- Καλό είναι να ελέγχεται η αρτηριακή πίεση πριν και κατά τη διάρκεια της συνεδρίας διότι ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει αυξημένη συστολική πίεση από το στρες που προκαλεί η ιδέα της οδοντοθεραπείας.

- Σε ιδιαίτερα αγχώδη άτομα συνιστάται η χορήγηση κάποιου αγχολυτικού φαρμακευτικού σκευάσματος όπως είναι η διαζεπάμη ή η βρωμαζεπάμη. Η δοσολογία την καθορίζει ο θεράπων ιατρός που γνωρίζει καλύτερα τις ανάγκες του ασθενή.

Επιπλέον σημεία προσοχής για τους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση είναι τα ακόλουθα:

- Λόγω του ότι πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν και καρδιαγγειακά προβλήματα, πλέον της ηπαρίνης που χρησιμοποιείται κατά την διαδικασία της αιμοκάθαρσης, τους χορηγούνται σκευάσματα αντιπηκτικής αγωγής από το στόμα. Έτσι, πριν από κάθε αιματηρή επέμβαση (εξαγωγή δοντιού, αποτρύγωση, θεραπεία του περιοδοντίου) χρειάζεται έλεγχος της ηπηκτικότητας του αίματος. Πολλές φορές διακόπτονται τα αντιπηκτικά φάρμακα και χορηγείται ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους για 4-7 ημέρες σε συνεννόηση με τον καρδιολόγο.

Καλό είναι κάθε οδοντιατρική επέμβαση να γίνεται ημέρα που ο ασθενής δεν υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση έτσι ώστε να έχει παρέλθει αρκετός χρόνος από την χορήγηση της ηπαρίνης, ο δε ασθενής να είναι ήρεμος και

ξεκούραστος.

Ούτως ή άλλως, μεγάλη προσοχή απαιτείται ώστε οι χειρουργικές επεμβάσεις να μην είναι εκτεταμένες και να γίνεται καλή συρραφή του τραύματος.

- Ιδιαίτερα δε όσον αφορά στο είδος της αντιβίωσης και το κατάλληλο δοσολογικό σχήμα στους αιμοκαθιρόμενους ασθενείς, δεδομένης της πολυπλοκότητας των παραμέτρων που πρέπει να εκτιμηθούν, αυτά εξατομικεύονται και έτσι είναι σκόπιμο να καθορίζονται μόνο κατόπιν συνεργασίας των θεραπόντων ιατρών (οδοντίατρου και νεφρολόγου).

- Η μέτρηση της πίεσης δεν πρέπει να γίνεται στο χέρι όπου υπάρχει η αρτηριοφλεβική επικοινωνία (fistula).

- Η συνεδρία να είναι μικρής διάρκειας.

- Τέλος, ο οδοντίατρος πρέπει να είναι γνώστης του γεγονότος ότι ποσοστό των αιμοκαθιρόμενων ασθενών εμφανίζει φορεία των ιών της ηπατίτιδας -B και -C (HBV και HCV) ή του HIV. Σήμερα τα ποσοστά αυτά έχουν κατά πολύ μειωθεί λόγω της ελάττωσης των μεταγίσεων, της προόδου στον έλεγχο του αίματος και του εμβολιασμού για την ηπατίτιδα B<sup>51,60-64</sup>.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Ασθενείς με ΧΝΝ παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα στοματικών νόσων (κυρίως προβλήματα περιοδοντίου), ορισμένες από τις οποίες μπορούν με τη σειρά τους να επηρεάσουν δυσμενώς την γενική υγεία.

- Ο οδοντίατρος πρέπει να είναι γνώστης αυτών των αλληλεπιδράσεων και να συμβάλλει στη διασφάλιση καλού επιπέδου στοματικής υγείας στους νεφροπαθείς, ιδιαίτερα δε στους ασθενείς με ΧΝΑ οι οποίοι παρουσιάζουν ανοσοκαταστολή και έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης λοιμώξεων και φλεγμονών.

- Για την αντιμετώπιση των ασθενών αυτών στο οδοντιατρείο υπάρχουν σημεία που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής, θεωρείται δε επιβεβλημένη η συνεργασία του οδοντίατρου με τον θεράποντα νεφρολόγο.

#### SUMMARY

##### Chronic kidney disease and oral health

Dimitriou A., Zervou-Valvi F.

*hellenic hospital dentistry 4: 35-43, 2011*

*Chronic kidney disease (CKD) is a term for a variety of chronic conditions that result in compromised kidney function, which is measured as the glomerular filtration rate (GRF). Chronic kidney disease is a public health problem that is undiagnosed in a significant number of cases and can lead to renal failure. Chronic renal failure (CRF) represents the end stage of CKD and is characterized by the progressive and irreversible decline in the number of*

*functioning nephrons and may be defined clinically as a state of systemic poisoning of the entire body. The aim of this study is to review the available evidence on the mutual relationship between CKD and oral health, as well as to present guidelines to the clinician for the dental management of these patients.*

*Several studies report higher levels of dental plaque and calculus accumulation in CRF patients on hemodialysis than the healthy control individuals. Severity of periodontal disease in CRF group is associated with age, diabetes mellitus, smoking and total duration on dialysis. There is evidence that periodontitis is an important source of chronic inflammation that can deteriorate general health of CRF patients. Elevated serum levels of C-reactive protein and interleukin-6 are present in patients with severe periodontal disease. Recently a number of studies found that severe periodontal disease diminishes glomerular renal filtration and increases complications of CRF and mortality of the patients. Intensive periodontal treatment also causes significant reduction of inflammatory mediators and improvement of hemodialysis response.*

*There is no statistically significant difference in the prevalence of dental caries of CRF patients comparing with that of healthy individuals. In fact caries index is often noticeably lower in these patients due to higher levels of salivary urea that increases pH levels.*

*Common oral findings are pale mucosa, petechiae and ecchymoses. Renal osteodystrophy may cause demineralization at the mandible and the maxilla.*

*CRF patients require special considerations during dental treatment, mainly with regard to risk of excessive bleeding, risk of infection and medications used. It is necessary for dentists to work in cooperation with nephrologists who consult for the systemic condition of this patient group.*

**Key words:** *chronic kidney disease; chronic renal failure; periodontal disease; caries prevalence; dental management*

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγρογιάννης Β, Κούτσικος ΔΚ: Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Στο: Ράπτης ΣΑ: Εσωτερική Παθολογία, Αθήνα. Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρ. Κ. Παρισιάνος». 1996 : 872-880.
2. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW et al: National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Ann Intern Med* 2003; 15 (139): 137-147.
3. Jacobson H.R., Striker G.E., Saulo K. The principles and practice of nephrology. 2nd ed. St. Louis. Mosby. 1995: 596.
4. Ross EA, Caruso JM: Αιμοκάθαρση και συνεχείς θεραπείες. Στο: Wilcox CS, Ticher CC. Εγχειρίδιο νεφρολογίας και υπέρτασης. 5η έκδοση. Αθήνα. Εκδόσεις Ροτόντα. 2007: 269-309.
5. Kato S, Chmielewski M, Honda H, Pecoits-Filho R, Matsuo S, Yuzawa Y et al: Aspects of immune dysfunction in end-stage renal disease. *Clin J Amer Soc Nephrol* 2008; 3: 1526-1533.
6. Bayraktar G, Kurtulus I, Kazancioglu R, Bayramgurler I,

- Cintan S, Bural C et al: Oral health and inflammation in patients with end-stage renal failure. *Perit Dial Int* 2009; 29(4): 472-479.
7. Reid CL, Rahimtoola SH: Infective endocarditis in chronic renal failure. In: *The heart and renal disease*. New York. Churchill Livingstone. 1984: 189-208.
  8. Jofre R, Rodriguez-Benitez P, Lopez-Gomez JM, Perez-Garcia R: Inflammatory syndrome in patients on hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 2006; 17 (12 Suppl 3): 274-280.
  9. Stevinkel P, Pecoits-Filho R, Lindholm B: For the DialGene Consortium. Gene polymorphism association studies in dialysis: the nutrition-inflammation axis. *Semin Dial* 2005; 18: 322-30.
  10. Flemmig TF : Periodontitis. *Ann Periodontol* 1999; 4: 32-38.
  11. Scheutz F, Matee MI, Andsager L, Holm AM, Moshi J, Kagoma C et al: Is there an association between periodontal condition and HIV infection? *J Clin Periodontol* 1997; 24: 580-587.
  12. Fisher MA, Taylor GW, Shelton BJ, Jamerson KA, Rahman M, Ojo AO et al: Periodontal disease and other non traditional risk factors for CKD. *Am J Kidn Dis* 2008; 51: 45-52.
  13. Kotanko P: Chronic inflammation in dialysis patients-periodontal disease, the new kid on the block. *Oral Dis* 2008; 14(1): 8-9.
  14. Madianos PN, Bobetsis YA, Kinane DF: Generation of inflammatory stimuli: how bacteria set up inflammatory responses in the gingiva. *Clin Periodontol* 2005; 32(6): 65-71.
  15. Castillo A, Mesa F, Liebana J, Garcia-Martinez O, Ruiz S, Garcia-Valdecasas J et al: Periodontal and oral microbiological status of an adult population undergoing haemodialysis: a cross sectional study. *Oral Dis* 2007; 13: 198-205.
  16. Buhlin K, Gustaffson A, Pockley AG, Frostegard J, Klinge B: Risk factors for cardiovascular disease in patients with periodontitis. *Eur Heart J* 2003; 24: 299-2107.
  17. Garcia RI, Henshaw MM, Krall EA: Relationship between periodontal disease and systemic health. *Periodontol* 2001; 25: 21-36.
  18. Scannapieco FA, Panesar M: Periodontitis and chronic kidney disease. *J Periodontol* 2008; 79: 1617-1619.
  19. Page RC: The pathobiology of periodontal diseases may affect systemic diseases: inversion of a paradigm. *Ann Periodontol* 1998; 3: 108-120.
  20. Williams RC, Offenbacher S: Periodontal medicine: the emergency of a new branch of periodontology. *Periodontol* 2000; 23: 9-12.
  21. Kadiroglou AK, Kadiroglou ET, Sit D, Dag A, Yilmaz ME : Periodontitis is an important and occult source of inflammation in hemodialysis patients. *Blood Purif* 2006; 24: 400-404.
  22. Paraskevas S, Huizinga JD, Loos BG: A systematic review and metaanalyses on C-reactive protein in relation to periodontitis. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 277-290.
  23. Noack B, Genco RJ, Trevisan M, Grossi S, Zambon JJ, De Nardin E: Periodontal infections contribute to elevated systemic C-reactive protein level. *J Periodontol* 2001; 72: 1221-1227.
  24. Glurich I, Grossi S, Albini B, Ho A, Shah R, Zeid M et al: Systemic inflammation in cardiovascular and periodontal disease: comparative study. *Clin Diagn Lab Immunol* 2002; 9: 425-432.
  25. Atassi F: Oral home care and reasons for seeking dental care by individuals on renal dialysis. *J Contemp Dent Pract* 2002; 3: 31-41.
  26. Tollefsen T, Johannsen JR: The periodontal status of prospective and renal transplant patients. Comparison with systemically healthy subjects. *J Periodont Res* 1985; 20: 220-226.
  27. Marakoglu I, Gursoy UK, Demirer S, Sezer H: Periodontal status of chronic renal failure patients receiving hemodialysis. *Yonsei Med J* 2003; 44: 648-652.
  28. Duran I, Erdemir E: Periodontal treatment needs of patients with renal disease receiving haemodialysis. *Int Dent J* 2004; 54: 274-278.
  29. Gavalda C: Renal hemodialysis patients: oral, salivary, dental and periodontal findings in 105 adult cases. *Oral Dis* 1999; 5: 299-302.
  30. Bots C, Poorterman J, Brand H, Kalsbeek H, Van Amerongen B, Veerman E et al: The oral health status of dentate patients with chronic renal failure undergoing dialysis therapy. *Oral Dis* 2006; 12: 176-180.
  31. Epstein SR, Mandel I, Scopp IW: Salivary composition and calculus formation in patients undergoing hemodialysis. *J Periodontol* 1980; 51: 336-338.
  32. Bayractor G, Kurtulus I, Duranduryan A, Cintan S, Kazangioglu R, Yildiz A et al: Dental and periodontal findings in hemodialysis patients. *Oral Dis* 2007; 13: 393-397.
  33. Bayractor G, Kurtulus I, Kazangioglu R, Bayramgurler I, Cintan S, Bural C et al: Evaluation of periodontal parameters in patients undergoing peritoneal dialysis or hemodialysis. *Oral Dis* 2008; 14: 185-189.
  34. Rahmati MA, Craig RG, Homel P, Kaysen GA, Levin NW: Serum markers of periodontal disease status and inflammation in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2002; 40: 983-9.
  35. Kshirsagar AV, Offenbacher S, Moss KL, Barros SP, Beck JD: Antibodies to periodontal organisms are associated with decreased kidney function. The dental atherosclerosis Risk In Communities Study. *Blood Purif* 2007; 25: 125-132.
  36. Kshirsagar AV, Moss KL, Elter JR, Beck JD, Offenbacher S, Falk RJ: Periodontal disease is associated with renal insufficiency in the Atherosclerosis Risk In Communities (ARIC) study. *Am J Kidney Dis* 2005; 45: 650-657.
  37. Chen LP, Chiank CK, Chan CP, Hung KY, Huang CS: Does periodontitis reflect inflammation and malnutrition status in hemodialysis patients? *Am J of Kidney Dis* 2006; 47: 815-822.
  38. Kshirsagar AV, Craig RG, Beck JD, Moss K, Offenbacher S, Kotanko P et al: Severe periodontitis is associated with low serum albumin among patients on maintenance hemodialysis therapy. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007; 2: 239-44.
  39. Franek E, Blaschky R, Kolonko A, Mazur-Psonka L, Langowska-Adamczyk H, Kokot F et al: Chronic periodontitis in hemodialysis patients with chronic kidney disease is associated with elevated serum C-reactive protein concentration and greater intima-media thickness of the carotid artery. *J Nephrol* 2006; 19: 346-51.
  40. Kshirsagar AV, Craig RG, Moss KL, Beck JD, Offenbacher S, Kotanko P et al: Periodontal disease adversely affects the survival of patients with end-stage renal disease. *Kidney Int* 2009; 75(7): 746-751.
  41. Mustapha IZ, Debrey S, Oladubu M, Ugarte R: Markers of systemic bacterial exposure in periodontal disease and cardiovascular disease risk: a systematic review and meta-analysis. *J Periodontol* 2007; 78: 2289-2302.
  42. Mealey BL: Periodontal disease and diabetes. A two-way street. *J Am Dent Assoc* 2006; 137 Suppl: 26S-31S.
  43. Ioannidou E, Malekzadeh T, Dongari-Bagtzoglou A: Effect of periodontal treatment on serum C-reactive protein levels: a

- systematic review and meta-analysis. J Periodontol 2006; 77: 1635-42.
44. Γληνού ΤΜ, Δημητρίου Α, Αγραφιώτης Α, Κορομάντζος ΠΑ, Ζερβού-Βάλβη ΦΣ, Βρότσος Ι και συν: Επίδραση της περιοδοντικής θεραπείας στα επίπεδα συστηματικής φλεγμονής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών με τεχνητό νεφρό. 3ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο, Αθήνα, 22-24/10/2010.
  45. Ioannidou E, Fares G: The periodontal patient and chronic kidney disease. *Analecta Periodontologica* 2009; 20: 167-179.
  46. Bayraktar G, Kazancioglu R, Bozfacioglu S, Yildiz A, Ark E: Evaluation of salivary parameters and dental status in adult hemodialysis patients. *Clin Nephrol* 2004; 62: 380-383.
  47. Proctor R, Kumar N, Stein A, Moles D, Porter S: Oral and dental aspects of chronic renal failure. *J Dent Res* 2005 ; 84: 199-208.
  48. Ziebolz D, Fischer P, Hornecker E, Mausberg RF: Oral health of hemodialysis patients: a cross-sectional study at two German dialysis centers. *Hemodial Int* 2012; 16(1): 69-75.
  49. Guzeldemir E, Toygar HU, Tasleden B, Torun D: Oral health-related quality of life and periodontal health status in patients undergoing hemodialysis. *J Am Dent Assoc* 2009; 140(10): 1283-1293.
  50. Sobrado-Marinho JS, Tomas-Carmona I, Loureiri A, Limeres-Posse J, Garcia-Caballero L, Diz-Dios P: Oral health status in patients with moderate-severe and terminal renal failure. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12: 305-310.
  51. De Rossi S, Glick M: Dental considerations for the patient with renal disease receiving hemodialysis. *JADA* 1996; 127: 211-219.
  52. Thorman R, Neovius M, Hylander B: Prevalence and early detection of oral fungal infection: a cross-sectional controlled study in a group of Swedish end-stage renal disease patients. *Scand J Urol Nephrol* 2009; 43(4): 325-330.
  53. Ζερβού-Βάλβη Φ, Περγικιάκη Π, Πηλαλητός Π, Δρούζας Α, Παπαδάκης Γ: Εκδηλώσεις από τον βλεννογόνο του στόματος σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής, Κέρκυρα, 22-25/4/1993.
  54. Λάσκαρης Γ: Στοματολογία. Έγχρωμος Άτλας. 2η έκδοση. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις «Λίτσας». 1998: 358-360.
  55. Bossola M, Tazza L: Xerostomia in patients on chronic hemodialysis. *Nat Rev Nephrol* 2012; 17: 8(3): 176-182.
  56. Αγγελόπουλος Α, Παπανικολάου Σ, Αγγελοπούλου Ε: Σύγχρονη στοματική και γναθοπροσωπική παθολογία. 3η έκδοση. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις «Λίτσας». 2000: 743-744.
  57. Zervou-Valvi F, Chondros D, Kaloheretis P, Drouzas A, Pilalitos P, Mitsopoulos A et al: Roentgenographic changes of the jaws in patients on long-term haemodialysis therapy. 31st Congress of the European Renal Association, European Dialysis and Transplant Association, Vienna Austria, 3-6/6/1994.
  58. Mandalunis PM, Steimetz T, Castiglione JL, Ubios AM: Alveolar Bone Response in an Experimental Model of Renal Failure and Periodontal Disease: A Histomorphometric and Histochemical Study. *J Periodontol* 2003; 74: 1803-1807.
  59. Yamamoto S, Kazama JJ, Maruyama H, Nishi S, Narita I, Gejyo F: Patients undergoing dialysis therapy for 30 years or more survive with serious osteoarticular disorders. *Clin Nephrol* 2008; 70(6): 496-502.
  60. Saif I, Adkins A, Kewley V, Woywodt A, Brookes V: Routine and emergency management guidelines for the dental patient with renal disease and kidney transplant. Part 1. *Dent Update* 2011; 38(3): 179-182, 185-186.
  61. Sharma DC, Pradeep AR: End stage renal disease and its dental management. *NY State Dent J* 2007; 73(1): 43-47.
  62. Vesterinen M, Ruokonen H, Leivo T, Honkanen AM, Honkanen E, Kari K et al: Oral health and dental treatment of patients with renal disease. *Quintessence* 2007; 38(3): 211-219.
  63. Tong DC, Walker RJ: Antibiotic prophylaxis in dialysis patients undergoing invasive dental treatment. *Nephrology (Carlton)* 2004; 9(3): 167-170.
  64. Jover Cervero A, Bagan JV, Jimenez Soriano Y, Poveda Roda R: Dental management in renal failure: patients on dialysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008; 13(7): 419-426.
  65. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων: Εθνικό Συνταγολόγιο. Αθήνα. Εκδόσεις ΕΟΦ. 2007
  66. Πεφάνης Α: Αρχές Ορθολογικής Αντιμικροβιακής Χημειοθεραπείας στην καθημερινή Ιατρική Πράξη. Κλινικό Φροντιστήριο Πνευμονολογίας 2010-2011. ΝΝΘΑ, «Η Σωτηρία». <http://www.pneumonologia.gr/articlefiles/arhes-antimikroviakis-chemiotherapias/> Όπως αυτό εμφανίζεται την 1/11/12.

### Ευχαριστίες:

Οι συγγραφείς ευχαριστούν θερμά τους ιατρούς του ΓΝ Ασκληπείου Βούλας κ.κ. Αδαμαντία Ζέρβα, Επιμελήτρια Α' Νεφρολόγο και Ιωάννη Φανδρίδη, Διευθυντή Οδοντίατρο για τις εύστοχες παρατηρήσεις τους που συνέβαλαν σημαντικά στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

### Διεύθυνση για επικοινωνία:

Αικατερίνη Δημητρίου  
ΓΝ "Ασκληπείο" Βούλας  
Βασ. Παύλου 1, 16676, Βούλα  
Τηλ: 2132163640  
email: disable@asklepiao.gr



## Στοματοδυνία

Παναγιώτα Μαραγκού\*

*Η Στοματοδυνία είναι ένας ενδοστοματικός πόνος με χαρακτήρα καύσου. Εμφανίζεται σε άτομα άνω των 50 ετών, συνήθως γυναίκες. Εντοπίζεται συχνότερα στη γλώσσα. Η έντασή του ποικίλλει από ήπια ενόχληση έως έντονο πόνο. Η αιτιολογία του περιλαμβάνει τοπικούς παράγοντες, συστηματικά νοσήματα, ψυχογενή αίτια και αλλαγές της ποσότητας ή ποιότητας του σιέλου. Τοπικοί παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί είναι: γεωγραφική γλώσσα, καντιντίαση, γαλβανικά ρεύματα και αλλεργία στο ακρυλικό οδοντοστοιχιών.*

*Οι συστηματικοί παράγοντες περιλαμβάνουν: ελλείψεις βιταμινών Β, σιδηροπενική αναιμία, διαβήτη, αυτοάνοσα νοσήματα, εμμηνόπαυση.*

*Ψυχιατρικές διαταραχές που εμπλέκονται είναι: καρκινοφοβία, αντιδραστική κατάθλιψη και άγχος. Νεώτερες απόψεις υποστηρίζουν ότι η στοματοδυνία είναι ένας νευροπαθητικός πόνος που οφείλεται είτε σε βλάβη κάποιων κρνιακών νεύρων είτε σε τραύμα κάποιου τμήματος του κεντρικού νευρικού συστήματος.*

*Η αντιμετώπιση της στοματοδυνίας απαιτεί τη λήψη ενός εκτενούς και λεπτομερούς ιστορικού μαζί με αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο ώστε να ανευρεθούν ή αποκλεισθούν νοσήματα που εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια.*

*Για τη θεραπεία έχουν δοκιμασθεί: τοπική εφαρμογή καψαϊκίνης, στοματικές πλύσεις με σοδόνηρο καθώς και συστηματική χορήγηση λιποϊκού οξέος, τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, βενζοδιαζεπινών και αντιεπιληπτικών. Η θεραπεία της στοματοδυνίας είναι δυσχερής και απαιτεί χρόνο και υπομονή εκ μέρους του θεράποντα.*

*Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή των χαρακτηριστικών του πόνου της στοματοδυνίας, των αιτίων που έχουν εμπλακεί στην παθογένεια της καθώς και των διαφόρων θεραπειών που έχουν δοκιμασθεί για την αντιμετώπισή της.*

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 4: 45-50, 2011

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως Στοματοδυνία περιγράφεται ένας ενδοστοματικός πόνος που χαρακτηρίζεται από μία συνεχή, χρόνια αίσθηση καύσου. Αναφέρεται επίσης και ως καυσαλγία του στόματος ή γλωσσοδυνία όταν εντοπίζεται αποκλειστικά στη γλώσσα.

Προσβάλλει συνήθως άτομα μεγαλύτερα των 50 ετών,

**Λέξεις κλειδιά:** ενδοστοματικός πόνος, καυσαλγία, γλωσσοδυνία, ψυχολογικές διαταραχές.

\* Οδοντίατρος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Δρ Οδοντιατρικής, MSc

Ίδρυμα προέλευσης:  
Οδοντιατρικό Τμήμα Κέντρου Υγείας Μεγάρων

Η εργασία παρουσιάστηκε ως ελεύθερη ανακοίνωση στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής 30/9-2/10/2011, Αθήνα

κυρίως γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση<sup>1,2</sup>. Η συχνότερη εντόπιση είναι η γλώσσα και ακολουθούν τα χείλη, η υπερώα και ο παρειικός βλενογόνοσ<sup>1,4</sup>. Εμφανίζει συνήθως ήπια ένταση που εντείνεται κατά την πρόοδο της ημέρας. Η ένταση του πόνου εμφανίζει διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η μέγιστη ένταση του πόνου παρατηρείται αργά το απόγευμα έως νωρίς το βράδυ<sup>4</sup> και μπορεί η έντασή του να φτάσει αυτή ενός οδοντόπνου<sup>5</sup>. Ο πόνος δεν ξυπνά τον ασθενή την νύκτα αλλά τον δυσκολεύει να αποκοιμηθεί, πιθανώς διότι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο εμφανίζουν συγχρόνως και διαταραχές της διάθεσης, άγχος και κατάθλιψη<sup>6</sup>. Οι ασθενείς αισθάνονται κουρασμένοι και πολλοί δηλώνουν ότι ο πόνος δυσκολεύει τις καθημερινές δραστηριότητές τους και τις κοινωνικές τους σχέσεις. Σε αντίθεση με άλλους ενδοστοματικούς πόνους, η αίσθηση καύσου στη στοματοδυνία βελτιώνεται από τη λήψη υγρών και τροφής<sup>1,4</sup>. Σπα-

νιότερα η στοματοδυνία μπορεί να συνοδεύεται από ναυτία, ζάλη ή διαταραχές στη γεύση<sup>1</sup>.

Σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς η έναρξη της στοματοδυνίας είναι αυτόματη χωρίς να αναγνωρίζεται κάποιος εκλυτικός παράγοντας, αν και το 1/3 των ασθενών συνδυάζει την έναρξη της στοματοδυνίας με κάποια οδοντιατρική πράξη ή με την έναρξη κάποιας φαρμακευτικής αγωγής<sup>4</sup>. Λίγες πληροφορίες υπάρχουν επίσης για την πορεία της στοματοδυνίας. Αυτόματη ίαση αναφέρεται στα 2/3 των περιπτώσεων μετά από 6-7 χρόνια<sup>1,7</sup>.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή των χαρακτηριστικών του πόνου της στοματοδυνίας, των αιτιών που εμπλέκονται στην παθογένεια της καθώς και των διαφόρων φαρμακευτικών αγωγών που έχουν δοκιμασθεί για την αντιμετώπισή της.

### **ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Λόγω της δυσκολίας που απαντάται στην κατανόηση του πόνου στη στοματοδυνία καθώς και της πολυπλοκότητας της κλινικής της εικόνας πολλοί παράγοντες έχουν εμπλακεί στην αιτιοπαθογένεια όπως: τοπικά αίτια, συστηματικά αίτια, ψυχογενή αίτια και περιφερικές ή κεντρικές νευροπάθειες<sup>8</sup>.

#### **Τοπικά αίτια**

Σε αυτά περιλαμβάνονται:

**α) Γεωγραφική γλώσσα.** Χαρακτηριστική κλινική εικόνα της γλώσσας με ερυθρές περιοχές που εμφανίζουν απόπτωση των θηλών και περιβάλλονται από λεπτή λευκή άλω. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν εμφανίζει συμπτώματα, αλλά κάποιοι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν στοματοδυνία<sup>9</sup>.

**β) Καντιντίαση.** Στην κλινική πράξη η μόλυνση από *Candida* είναι ιδιαίτερα συχνή έστω και χωρίς εμφανή κλινικά σημεία<sup>1,4,10</sup>.

**γ) Γαλβανικά ρεύματα.** Σύμφωνα με παλαιότερες μελέτες<sup>11,12</sup> αλλά και με τη σταδιακή απόσυρση του αμαλγάματος από την οδοντιατρική πράξη τα τελευταία χρόνια, δεν θεωρείται πλέον πιθανόν η δημιουργία γαλβανικών ρευμάτων από παρακείμενες εμφράξεις να ευθύνεται για τη στοματοδυνία<sup>8</sup>.

**δ) Αλλεργία σε οδοντιατρικά υλικά.** Κατασκευές νάιλον οδοντοστοιχιών και μείωση του μονομερούς μέσω επαναοπήσεων των οδοντοστοιχιών δεν έδωσαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών με στοματοδυνία<sup>13</sup>.

#### **Συστηματικά αίτια**

Τα κυριότερα συστηματικά νοσήματα που μπορεί να εμφανίσουν στοματοδυνία είναι:

**α) Αναιμίες,** όπως i) μεγαλοβλαστική από έλλειψη βιταμίνης B<sub>12</sub> ή φυλλικού οξέος<sup>14,15</sup> και ii) σιδηροπενική. Στις αναιμίες αυτές, η στοματοδυνία συνυπάρχει με κλινικά σημεία από το στοματικό βλεννογόνο, κυρίως γλωσσίτι-

δα με απόπτωση των τριχοειδών θηλών.

**β) Ελλείψεις βιταμινών του συμπλέγματος Β** όπως B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub><sup>16,17</sup>, ψευδαργύρου<sup>18</sup> και άλλων στοιχείων έχουν αναφερθεί ότι σχετίζονται με την πρόκληση στοματοδυνίας χωρίς όμως να υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση<sup>1</sup>.

**γ) Ο διαβήτης τύπου 2** ενοχοποιείται για την πρόκληση στοματοδυνίας η οποία οφείλεται είτε στην περιφερική νευροπάθεια που προκαλεί<sup>19</sup> είτε στην ανάπτυξη κάντιντας που ευνοείται από τα υψηλά επίπεδα σακχάρου που συχνά ανευρίσκονται σε διαβητικούς ασθενείς<sup>20</sup>. Παρά τη συχνή ανεύρεση υψηλών επιπέδων σακχάρου σε ασθενείς με στοματοδυνία, η σχέση του διαβήτη με τη στοματοδυνία δεν καταγράφεται ως ικανή και αναγκαία<sup>21</sup>.

**δ) Αυτοάνοσα νοσήματα** που μπορεί να εμφανίσουν καυσalgία στο βλεννογόνο του στόματος είναι i) η κακοήθης μεγαλοβλαστική αναιμία (Pernicious anemia) που οφείλεται σε γαστρική ανεπάρκεια παραγωγής του ενδογενούς παράγοντα που απαιτείται για την απορρόφηση της βιταμίνης B<sub>12</sub><sup>22,23</sup> ii) το σύνδρομο Sjögren, iii) η ρευματοειδής αρθρίτιδα, iv) η ιδιοπαθής θρομβοκυτοπενία και v) ο υποθυρεοειδισμός<sup>24</sup>.

**ε) Οι ορμονικές μεταβολές** που παρατηρούνται κατά την εμμηνόπαυση έχουν θεωρηθεί σημαντικοί παράγοντες στην αιτιοπαθογένεια της στοματοδυνίας<sup>1</sup>. Υπολογίζεται ότι το 90% των γυναικών με μετεμμηνόπαυσιακά συμπτώματα εμφανίζει στοματοδυνία 3-12 έτη μετά την εμμηνόπαυση<sup>4</sup>. Παρά την μεγάλη συχνότητα εμφάνισης στοματοδυνίας σε εμμηνόπαυσιακές γυναίκες, η χορήγηση ορμονών δεν έχει δώσει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα<sup>25</sup>.

#### **Ψυχογενείς παράγοντες**

Η στοματοδυνία έχει συνδεθεί με ψυχολογικές διαταραχές, κυρίως άγχος και αντιδραστική κατάθλιψη όπως έχει αποδειχθεί από έρευνες με κλινικές συνεντεύξεις και ψυχολογικά ερωτηματολόγια<sup>26,27</sup>. Η στοματοδυνία περιγράφεται επίσης και ως μία ψυχοσωματική διαταραχή που πυροδοτείται συνήθως από δυσάρεστες επαγγελματικές ή οικογενειακές καταστάσεις<sup>28</sup>. Μεταξύ των ασθενών με στοματοδυνία αναφέρεται ικανός αριθμός από μων με διαταραχές προσωπικότητας<sup>29</sup>.

#### **Ξηροστομία**

Όπως είναι γνωστό από τους ασθενείς με σύνδρομο Sjögren, η ξηροστομία μπορεί να αποτελεί αιτία στοματοδυνίας είτε αυτή περιγράφεται ως καυσalgία είτε ως μία πολύ δυσάρεστη αίσθηση πόνου στο στοματικό βλεννογόνο<sup>4</sup>. Μέχρι σήμερα οι ερευνητές δεν έχουν εντοπίσει συγκεκριμένες διαφορές στην σύσταση και ποσότητα του σάλιου των ασθενών με στοματοδυνία<sup>30</sup>. Διαφορές που έχουν διαπιστωθεί στο σάλιο ασθενών με στοματοδυνία, όπως στην ποσότητα IgA, στο pH και στην ηλεκτρική αγωγιμότητα, δεν είναι παθognωμονικές<sup>31</sup> και η συσχέτισή τους με τη στοματοδυνία δεν έχει επαρκώς διεκρινισθεί<sup>1</sup>.



### Γευστικές δυσλειτουργίες

Η εμπλοκή της γευστικής ικανότητας στη στοματοδυνία έχει σημειωθεί από ερευνητές που έχουν διαπιστώσει την ύπαρξη ικανού αριθμού ατόμων με εξαιρετικά αναπτυγμένη γευστική ικανότητα (supertasters) μεταξύ των ασθενών με στοματοδυνία<sup>32</sup>. Οι ασθενείς αυτοί έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης στοματοδυνίας, εξαιτίας της μεγάλης πυκνότητας γευστικών καλύκων που φέρουν. Οι γευστικοί αυτοί κάλυκες περιβάλλονται από νευρώνες του τρίδμου νεύρου που διαβιβάζουν τον πόνο (V κρανιακό νεύρο)<sup>33</sup>. Άλλοι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι η ικανότητα να αναγνωρίζεται η πικρή γεύση μειώνεται κατά την εμμηνόπαυση<sup>34</sup>. Η έκπτωση στην ικανότητα αναγνώρισης της πικρής γεύσης από τη χορδή του τυμπάνου του προσωπικού νεύρου (VII κρανιακό νεύρο) έχει σαν αποτέλεσμα την ενίσχυση της αίσθησης της γεύσης από τις περιοχές που νευρώνονται από το γλωσσοφαρυγγικό νεύρο (IX κρανιακό νεύρο) και τη δημιουργία γευστικών φαντασμάτων<sup>35</sup>. Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι η διαταραχή της γεύσης μπορεί να σχετίζεται με την απώλεια κεντρικής αναστολής της μεταφοράς ερεθισμάτων μέσω νευρικών ινών του τρίδμου νεύρου που μεταφέρουν τον πόνο και αυτό μπορεί να οδηγήσει στα συμπτώματα της καυσαλγίας του στόματος<sup>32</sup>.

### Λοιπά πιθανά αίτια

Κατά καιρούς, η στοματοδυνία έχει συνδεθεί με τη λήψη διαφόρων φαρμακευτικών ουσιών. Η πιο πρόσφατη αναφορά συνδέει τη λήψη αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης (α-MEA), που χορηγούνται για την υπέρταση, με την εμφάνιση καυσαλγίας στο στοματικό βλεννογόνο, η οποία μετά από μείωση ή διακοπή των συγκεκριμένων φαρμακευτικών ουσιών υποχωρεί μέσα σε λίγες εβδομάδες<sup>36,37</sup>. Ενδιαφέρον είναι επίσης το γεγονός ότι η συγκεκριμένη φαρμακευτική ουσία έχει ενοχοποιηθεί και για απώλεια της γεύσης<sup>36</sup>.

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει τα παρακάτω στάδια:

**α)** Λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού. Οι ασθενείς με στοματοδυνία είναι συνήθως ταλαιπωρημένοι από την παραπομπή τους σε ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και είναι εξαιρετικά σημαντικό να αναπτυχθεί εμπιστοσύνη μεταξύ ασθενούς και θεράποντος.

**β)** Λεπτομερής επισκόπηση του στοματικού βλεννογόνου ώστε να διαπιστωθούν τυχόν παθολογικές εξεργασίες.

**γ)** Διενέργεια αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων. Η αιματολογική και βιοχημική διερεύνηση πρέπει να περιλαμβάνει:

- i) Γενική αίματος, σίδηρο ορού και φερριτίνη ώστε να ελεγχθεί η ύπαρξη αναιμιών.
- ii) Μέτρηση του σακχάρου του αίματος για να διαπιστωθεί ή αποκλεισθεί η ύπαρξη διαβήτη στον ασθενή, που έχει

συσχετιστεί με την στοματοδυνία από πολλούς κλινικούς και ερευνητές.

iii) Έλεγχος T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, TSH ώστε να αποκλεισθεί οποιαδήποτε δυσλειτουργία του θυροειδούς αδένου, καθότι ο υποθυροειδισμός ενοχοποιείται για την πρόκληση στοματοδυνίας.

iv) Έλεγχος του ρευματοειδούς παράγοντα καθότι τυχόν αύξησή του πιθανώς να υποδεικνύει την ύπαρξη κάποιου αυτοάνοσου νοσήματος που περιλαμβάνεται στην αιτιολογία της στοματοδυνίας όπως είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα και το σύνδρομο Sjogren.

Η ανεύρεση οποιασδήποτε μη φυσιολογικής τιμής στις παραπάνω εξετάσεις είναι δυναμικά αίτια της στοματοδυνίας και πρέπει να γίνει παραπομπή του ασθενούς στον αντίστοιχο ειδικό ιατρό για να διερευνηθεί συνολικά και να του χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπεία.

Στην περίπτωση που δεν ανευρεθεί υποκείμενη παθολογική κατάσταση οφείλει ο θεράπων ιατρός να εξηγήσει την πολυπλοκότητα του συγκεκριμένου προβλήματος καθώς και την δυσκολία αντιμετώπισής του στον ασθενή και να προτείνει να δοκιμασθούν διάφορες φαρμακευτικές αγωγές ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων, την επιθυμία και την συνεργασία του ασθενούς.

### ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

#### Τοπική

**α)** Στοματικές πλύσεις με σοδόνηρο ή χαμομήλι. Αρκετοί ασθενείς φαίνεται ότι αποδέχονται ευκολότερα το πρόβλημα της στοματοδυνίας μετά την διενέργεια πλήρους αιματολογικού και βιοχημικού ελέγχου για την διερεύνηση τυχόν υποκείμενης παθολογικής αιτίας και αναφέρουν ανακούφιση από τον καύσο στο στοματικό βλεννογόνο μετά από στοματικές πλύσεις, οι οποίες πιθανώς να λειτουργούν και αποκλειστικά ως placebo.

**β)** Στοματικές πλύσεις με διάλυμα καψαϊκίνης 1:2 σε νερό. Το διάλυμα της καψαϊκίνης στο νερό μπορεί να φθάσει σε αναλογία 1:1 αν αυτό είναι ανεκτό από τον ασθενή<sup>8</sup>. Η καψαϊκίνη είναι η δραστική ουσία της ξερής κόκκινης πιπεριάς που δρα κατά εξειδικευμένο τρόπο στους νευρώνες αντιδρώντας με τις πρωτεΐνες των μεμβρανών τους. Με τον τρόπο αυτό επηρεάζει τη λειτουργία των διαύλων ιόντων ώστε οι νευρώνες να δημιουργούν και να μεταδίδουν «λανθασμένα σήματα» προς τον εγκέφαλο. Η αίσθηση καψίματος από την καψαϊκίνη προέρχεται από τον ερεθισμό αισθητηρίων νευρώνων του πόνου, των τρίδμων κυττάρων, που απελευθερώνουν ένα νευροπεπτιδίο το οποίο πληροφορεί τον εγκέφαλο για την ύπαρξη πόνου ή ερεθισμού στο δέρμα ή στο βλεννογόνο του στόματος. Η επαναλαμβανόμενη λήψη καψαϊκίνης έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του νευροπεπτιδίου αυτού στους νευρώνες οπότε αρχίζει να δημιουργείται ανοχή και αντοχή στον καύσο του βλεννογόνου του στόματος<sup>38</sup>. Η καψαϊκίνη φαίνεται ότι παρουν

σιάζει δύο αλληλοσυγκρουόμενες ιδιότητες: από τη μία προκαλεί ισχυρό καυστικό πόνο, ερεθισμό και φλόγωση σύντομης διάρκειας και στην συνέχεια παρουσιάζει αναλγητικές και αντιερεθιστικές ιδιότητες μακράς διάρκειας<sup>39</sup>.

### Συστηματική

**α) Λιποϊκό οξύ.** Το λιποϊκό οξύ είναι αντιοξειδωτική ουσία που διαπερνά την κυτταρική μεμβράνη καθότι είναι διαλυτό και στο λίπος και στο νερό. Δεν είναι τυπική φαρμακευτική ουσία αλλά συμπλήρωμα διατροφής. Έχει δοκιμασθεί σε διάφορες παθήσεις όπως σε καρδιακές νόσους, αθηροσκλήρωση, πολλαπλή σκλήρυνση, πολυνευροπάθειες και ηπατικές νόσους<sup>40</sup>. Κάποιοι ερευνητές κατέγραψαν σημαντική βελτίωση της στοματοδυνίας σε ασθενείς με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό μετά από δύο μηνών χορήγηση<sup>41</sup>.

**β) Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.** Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών έχει δώσει πολύ καλά αποτελέσματα στη στοματοδυνία έτσι ώστε από αρκετούς να θεωρείται φάρμακο επιλογής<sup>42</sup>. Χορηγούνται συνήθως 10 έως 150 mg αμιτριπυλίνη ή νοτριπυλίνη ημερησίως ξεκινώντας από 10 mg πριν από την κατάκλιση και αυξάνοντας 10 mg ανά 4-7 ημέρες μέχρι να σημειωθεί βελτίωση<sup>8</sup>.

**γ) Βενζοδιαζεπίνες.** Τα αποτελέσματα που έχουν αναφερθεί από μελέτες είναι επίσης ικανοποιητικά σε χαμηλή δοσολογία<sup>43-4</sup>. Χορηγείται συνήθως σχήμα διαζεπάμης 0.25-2 mg ημερησίως ξεκινώντας από 0.25 mg πριν από την κατάκλιση και αυξάνοντας τη δόση ανά 4-7 ημέρες μέχρι να παρατηρηθεί βελτίωση και εφόσον δεν σημειωθούν παρενέργειες<sup>8</sup>.

**δ) Αντιεπιληπτικά.** Έχουν δοκιμασθεί με αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα, αν και απαιτείται μεγάλη προσοχή για την αποφυγή παρενεργειών<sup>46</sup>. Η δοσολογία κυμαίνεται από 300-1600 mg γκαμπαπεντίνης (π.χ. Neurontin) ημερησίως ξεκινώντας από 100 mg ημερησίως και αυξάνοντας 100 mg κάθε 4-7 ημέρες. Όσο αυξάνεται η δοσολογία το φάρμακο χορηγείται σε δύο ή τρεις δόσεις<sup>8</sup>. Αξίζει να σημειωθεί ότι η καλύτερη ανταπόκριση των ασθενών με στοματοδυνία επιτυγχάνεται με τη χαμηλότερη δυνατή δοσολογία<sup>8</sup>.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η αιτιοπαθογένεια της στοματοδυνίας παραμένει αδιευκρίνιστη και η αντιμετώπισή της είναι συχνά δύσκολη και χρονοβόρα. Απαιτεί τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού και την ανάπτυξη εμπιστοσύνης μεταξύ θεράποντος και ασθενούς.
- Μετά από την λεπτομερή επισκόπηση του στοματικού βλεννογόνου και τη μη ανεύρεση παθολογικών εξεργασίων διενεργούνται αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις όπως: γενική αίματος, σίδηρος ορού, φεριπτίνη, σάκχαρο, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, TSH, ρευματοειδής παράγοντας.

- Η διερεύνηση αυτή αποσκοπεί στον αποκλεισμό νοσημάτων που έχουν κατά καιρούς συνδεθεί με τη στοματοδυνία όπως είναι: οι αναιμίες, ο διαβήτης, οι ενδοκρινολογικές διαταραχές και τα αυτοάνοσα νοσήματα.
- Αν ανευρεθεί οποιαδήποτε απόκλιση από τις φυσιολογικές τιμές πρέπει να γίνει παραπομπή του ασθενούς στον αντίστοιχο ειδικό για περαιτέρω διερεύνηση και θεραπευτική αγωγή.
- Στην περίπτωση που δεν ανευρεθεί υποκείμενο νόσημα και αφού συζητηθεί εκ νέου η ιδιαιτερότητα του νοσήματος καθώς και η μη επικινδυνότητά του, θα πρέπει να προταθούν κάποιες θεραπείες στον ασθενή.
- Οι προτεινόμενες θεραπείες είναι: i) τοπικές και αφορούν σε στοματικές πλύσεις με σοδόνηρο &/ή χαμομήλι καθώς και σε στοματικές πλύσεις με καψαϊκίνη ii) συστηματικές που ξεκινούν από συμπληρώματα διατροφής όπως το λιποϊκό οξύ και βιταμίνες του συμπλέγματος B για να καταλήξουν, στις πιο επίμονες περιπτώσεις, σε τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, βενζοδιαζεπίνες και ανιεπιληπτικά.

### SUMMARY

#### Burning Mouth Syndrome Maragou P.

*hellenic hospital dentistry 4: 45-50, 2011*

*The Burning Mouth Syndrome (BMS) is an intra-oral pain disorder. It is also called oral dysaesthesia, glossalgia or glossodynia when it is localized on the tongue only.*

*The BMS usually affects patients over 50 years old, especially post menopausal women.*

*The pain is almost always described as burning in character, constant, and of increasing intensity within the day. Unlike many other conditions of the mouth, eating or drinking often relieves the discomfort. The intensity of pain varies from relatively mild to as strong as a toothache at its maximum. It can also be accompanied by nausea, dizziness, headaches and a disturbance in taste.*

*Conditions that have been reported in association with BMS include various nutritional deficiencies, type 2 diabetes, chronic anxiety or depression and changes in salivary function. Recent studies have pointed to dysfunction of several cranial nerves associated with taste sensation as a possible cause of BMS. Even when a patient reports typical features of BMS, other potential causes should be ruled out such as anemias, diabetes, thyroid dysfunction and rheumatoid diseases.*

*The treatment of BMS includes i) Mouth rinse with diluted capsaicin as far as it is tolerated ii) oral supplementation of vitamins B and alpha lipoic acid. Persistent cases of*

*BMS usually responds well to low dosage of either tricyclic antidepressants, benzodiazepines or anticonvulsants. This study aims to review the epidemiology, the pain characteristics, the etiologic factors and the management of BMS syndrome.*

**Key words:** *burning mouth syndrome; oral dysaesthesia; glossalgia; glossodynia*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ship JA, Grushka M, Lipton JA, Mott AE, Sessle BJ, Dionne RA: Burning mouth syndrome: an update. *J Am Dent Assoc* 1995; 126:842-53.
- Ben Aryeh H, Gottlieb I, Ish-Shalom S, David A, Szargel H, Laufer D: Oral complaints related to menopause. *Maturitas* 1996; 24:185-9.
- Klausner JJ: Epidemiology of chronic facial pain: diagnostic usefulness in patient care. *J Am Dent Assoc* 1994; 125:1604-11.
- Grushka M: Clinical features of burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 63:30-6.
- Svensson P, Kaaber S: General health factors and denture function in patients with burning mouth syndrome and matched control subjects. *J Oral Rehabil* 1995; 22:887-95.
- Grispan D, Fernandez Blanco G, Allevato MA, Stengel FM: Burning mouth syndrome. *Int J Dermatol* 1995; 34:483-7.
- Gilpin SF: Glossodynia *JAMA* 1936; 106:1722-4.
- Grushka M, Epstein J, Gorsky M: Burning Mouth Syndrome. *Am Fam Physician* 2002; 15: 65(4):615-621.
- Gorsky M, Silverman S, Chinn H: Burning mouth syndrome: A review of 98 cases. *J Oral Med* 1987; 42:7-9.
- Zegarelli DJ: Burning mouth: An analysis of 57 patients. *Oral Surg* 1984; 58:34-8.
- Hampf G, Ekholm A, Salo T, Ylipaavalniemi P, Aalberg V, Tuoninen S, Alfthan G: Pain in Oral Galvanism. *Pain* 1987; 29:301-11.
- Yontchev E, Hakansson B, Hedegard B, Vannerberg NG: An examination of the surface corrosion state of dental feelings and constructions. *J Oral Rehabil* 1986; 1:365-382.
- Yontchev E, Meding B, Hedegard B: Contact allergy to dental materials in patients with orofacial complaints. *J Oral Rehabil* 1986; 13:183-190.
- Λάσκαρης Γ: Έγχρωμος Άτλας Στοματολογίας. Ιατρικός Εκδ. Λίτσας. Αθήνα. 1986.
- Greenberg MS, Lynch MA: Hematologic Disease. In: Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS, 8th ed. *Burket's Oral Medicine Diagnosis and Treatment*. J.B Lippincott Company. Philadelphia, Pennsylvania. 1984: 727-764.
- Lamey PJ, Hammond A, Allam BF, McIntosh WB: Vitamin status of patients with Burning mouth syndrome and response to replacement therapy. *Br Dent J* 1986; 160:81-84.
- Grushka M: Clinical features of Burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 63:30-6.
- Maragou P, Ivanyi L: Serum Zinc Levels in Patients with Burning Mouth Syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 71:447-450.
- Ferguson MM, Silverman S: Chapter II-Endocrine Disease. In: Jones JH, Mason DK. *Oral manifestations of systemic disease*. WB Saunders Co. Ltd. London, Philadelphia. 1980: 297-300.
- Lynch MA: Diabetes. In: Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS, 8th ed. *Burket's Oral Medicine Diagnosis and Treatment*. J.B Lippincott Company. Philadelphia, Pennsylvania. 1984: 842-851.
- Basker RM, Sturdee DW, Davenport JC: Patients with burning mouths. A clinical investigation of causative factors, including climacteric and diabetes. *Br Dent J* 1978; 145:9-16.
- Greenberg M.S. Clinical and histologic changes of the oral mucosa in pernicious anemia. *Oral Surg* 1981; 52:38.
- Zegarelli DJ: Burning mouth: an alternative explanation for some patients with diabetes mellitus and pernicious anaemia. *Ann Dent* 1987; 46:23-4.
- Grushka M, Shupak R, Sessle BJ: A rheumatological investigation of 27 patients with burning mouth syndrome. *J Dent Res* 1986; 65:533.
- Forabosco A, Criscuolo M, Coukos G, Uccelli E, Weinstein R, Spinato S et al: Efficacy of hormone replacement therapy in postmenopausal women with oral discomfort. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73:570-4.
- Grushka M, Kawalec J, Epstein JB: Burning mouth syndrome: evolving concepts. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2000; 12:287-95.
- Rajo L, Silvestre FJ, Bagan JV, De Vicente T: Psychiatric morbidity in burning mouth syndrome. Psychiatric interview versus depression and anxiety scales. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75:308-11.
- Yontchev E, Hedegard B, Carlsson G: Reported symptoms, diseases and medication of patients with orofacial discomfort complaints. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1986; 15:687-695.
- Grushka M, Sessle BJ, Miller R: Pain and personality profiles in burning mouth syndrome. *Pain* 1987; 28: 155-167.
- Fox PC, Busch KA, Baum BJ: Subjective reports of xerostomia and objective measures of salivary gland performance. *JADA* 1987; 115:581-4.
- Hampf G, Ekholm A, Salo T, Ylipaavalniemi P, Aalberg V, Tuoninen S, Alfthan G: Pain in oral galvanism. *Pain* 1987; 29:301-11.
- Bartoshuk LM, Grushka M, Duffy VB, Fast L, Lucchina L, Prutkin J et al: Burning mouth syndrome: damage to CN VII and pain phantoms in CN V. *Chem Senses* 1999; 24:609-613.
- Whitehead MC, Beeman CS, Kinsella BA: Distribution of taste and general sensory nerve endings in fungiform papillae of the hamster. *Am J Anatom* 1985; 173:185-201.
- Lucchina LA, Duffy VB: Special taste loss associated with aging. *Chem Senses* 1996; 21:636.
- Yanagisawa I, Bartoshuk LM, Catalanotto FA, Karrer TA, Kveton JF: Anesthesia of the chorda tympani nerve and taste phantoms. *Physiol Behav* 1998; 63:329-35.
- Drucker CR, Jonson TM: Captopril glossopyrosis (letter). *Arch Dermatol* 1989; 125: 1437-8.
- Savino LB, Haushalter NM: Lisinopril-induced "scaled mouth syndrome". *Ann Pharmacother* 1992; 26:1381-2.
- [http://www.chem.uoa.gr/chemicals/chem\\_capsaicin.htm](http://www.chem.uoa.gr/chemicals/chem_capsaicin.htm), Η χημική ένωση του μήντα: Καψαϊκίνη (Νοέμβριος 2006).
- Bevan S, Szolcsanyi J: "Sensory neuron-specific actions of capsaicin: mechanisms and applications". *Trends Pharmacol, Sci.* 1990; 11:330-333.
- [http://en.wikipedia.org/wiki/Lipoic\\_acid](http://en.wikipedia.org/wiki/Lipoic_acid). Lipoic Acid.

- 10/08/2011.
41. Famiano F, Scully C: Burning mouth syndrome (BMS): double blind controlled study of alpha-lipoic acid (thioctic acid) therapy. *J Oral Pathol & Med* 2002; 31:267-269.
  42. Sharav Y, Singer E, Dionne RA, Dudner R: The analgesic effect of amitriptyline on chronic facial pain. *Pain* 1987; 31:199-209.
  43. Grushka M, Epstein J, Mott A: An open-label, dose escalation pilot study of the effect of clonazepam in burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86:557-61.
  44. Woda A, Navez ML, Picard P, Gremeau C, Pichard- Leandri E: A possible therapeutic solution for stomatodynia (burning mouth syndrome). *J Orofac Pain*; 1998; 12:272-8.
  45. Gorsky M, Silverman S, Chinn H: Clinical characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. An open study of 130 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 72:192-5.
  46. Grushka M, Burtoshuk LM: Burning mouth syndrome and oral dysesthesias. *Can J Diagnos* 2000; June:99-109.

---

**Διεύθυνση για επικοινωνία:**

Παναγιώτα Μαραγκού  
Κέντρο Υγείας  
Κουρκούρι Μεγάρων 19100  
Τηλ. 2296022222  
e-mail: pmaragou@otenet.gr

# Βασικά στοιχεία της μαγνητικής τομογραφίας. Εφαρμογές στην Οδοντιατρική

Αντιγόνη Δελαντώνη\*

Τα τελευταία χρόνια οι απεικονιστικές τεχνικές στη γναθοπροσωπική περιοχή έχουν εξελιχθεί ιδιαίτερα. Σε αυτές συμπεριλαμβάνεται και ο μαγνητικός τομογράφος ο οποίος πλέον έχει γίνει μέθοδος εκλογής για τη μελέτη σημαντικού αριθμού παθήσεων της περιοχής.

Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να αναφέρει τις κύριες εφαρμογές της Μαγνητικής Τομογραφίας στην Γναθοπροσωπική περιοχή και την Οδοντιατρική πράξη και να παρουσιάσει τα κύρια στοιχεία που πρέπει να γνωρίζει ο γενικός οδοντίατρος για την τεχνική.

Το κυριότερο πλεονέκτημα του μαγνητικού τομογράφου είναι η απεικόνιση των μαλακών μορίων της περιοχής χωρίς την ακτινοβολία του ασθενή. Η δυνατότητα αυτή της ευκρινούς απεικόνισης των μαλακών μορίων δεν παρατηρείται σε καμία άλλη τεχνική απεικόνισης της περιοχής.

Οι κυριότερες εφαρμογές της μαγνητικής τομογραφίας στην τραχηλοπροσωπική περιοχή είναι στην απεικόνιση της κροταφογναθικής διάρθρωσης και των παθήσεών της, στην απεικόνιση των σιελογόνων αδένων καθώς και στην απεικόνιση όγκων της περιοχής.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 4: 51-56, 2011

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από πριν 30 περίπου χρόνια που ο μαγνητικός τομογράφος χρησιμοποιήθηκε για εξέταση στη γναθοπροσωπική περιοχή σε ασθενείς στο Aberdeen της Σκωτίας<sup>1</sup>, έχει γίνει η μέθοδος εκλογής για την απεικόνιση ενός σημαντικού αριθμού παθολογικών αλλοιώσεων της περιοχής του σπλαγγικού κρανίου. Αυτό οφείλεται κυρίως στην ικανότητά του να διαχωρίζει καθαρά αλλοιώσεις των μαλακών μορίων από τους παρακείμενους υγιείς ιστούς.

Αν και η αξονική τομογραφία μαζί με το CBCT 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 μαγνη-

τική τομογραφία θεωρείται μέθοδος εκλογής σε περιπτώσεις διάγνωσης των παθήσεων της κροταφογναθικής διάρθρωσης (ΚΓΔ), των σιελογόνων αδένων και των όγκων και νεοπλασμάτων της γναθοπροσωπικής περιοχής.

Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να αναφέρει τις κύριες εφαρμογές της Μαγνητικής Τομογραφίας στην Γναθοπροσωπική περιοχή και την Οδοντιατρική πράξη και να παρουσιάσει τα κύρια στοιχεία που πρέπει να γνωρίζει ο γενικός οδοντίατρος για την τεχνική.

## ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΥ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΥ

Ο μαγνητικός τομογράφος αποτελείται από<sup>2,3</sup>:

- Ένα μεγάλο κυκλικό μαγνήτη που αποτελείται από περιελίξεις πολύ μεγάλου αριθμού συρμάτων. Μέσα στο μαγνήτη υπάρχουν πηνία εκπομπής και λήψης ραδιοσημάτων όπως και πηνία εκλογής και εντοπισμού της επιλεγόμενης τομής.
- Μία τράπεζα χειρισμού από υπολογιστές όπου επεξεργάζονται τα σήματα και παράγεται η εικόνα στην οθόνη.

Ο μαγνητικός τομογράφος δημιουργεί εικόνες τομών των διάφορων τμημάτων και οργάνων του σώματος από

**Λέξεις κλειδιά:** Μαγνητική τομογραφία, οδοντιατρικές εφαρμογές

\*Χειρουργός Οδοντίατρος - Ιατρός, Διδάκτωρ Α.Π.Θ.

Ίδρυμα προέλευσης:

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Εργαστήριο Οδοντοφατνιακής Χειρουργικής, Χειρουργικής Εμφυτευματολογίας και Ακτινολογίας

τη διέγερση των πυρήνων του υδρογόνου (πρωτόνια) του σώματος οι οποίοι συμπεριφέρονται σαν μικρά μαγνητικά δίπολα.

Η εξέταση αρχίζει με την εφαρμογή ενός εξωτερικού ραδιοφωνικού σήματος συγκεκριμένης συχνότητας και διάρκειας. Υπό την επίδραση αυτής της εξωτερικής ενέργειας τα πρωτόνια αλλάζουν διάταξη στο χώρο και περιστρέφονται με συγκεκριμένη γωνία και φάση. Με τη διακοπή του εξωτερικού σήματος συντονισμού τα πρωτόνια επανέρχονται στην αρχική τους ενεργειακή κατάσταση. Ο χρόνος επαναφοράς στην αρχική τους αυτή κατάσταση ονομάζεται χρόνος χαλάρωσης. Κατά τη διάρκεια της χαλάρωσης αυτής εκπέμπουν ραδιοσήματα που εντοπίζονται και ανιχνεύονται από τα ειδικά πηνία που είναι τοποθετημένα γύρω από το σώμα του ασθενή. Το άθροισμα αυτών των ραδιοσημάτων σχηματίζει την τελική εικόνα μίας συγκεκριμένης τομής. Η τελική εικόνα που δημιουργείται εκφράζει την ποιότητα των ιστών από τους οποίους προέρχεται και τη θέση τους στο χώρο και εξαρτάται από την πυκνότητα των κινητών πρωτονίων στην υπό εξέταση περιοχή και τους χρόνους χαλάρωσής τους<sup>2,3</sup>. Η βαθμίδωση του μαγνητικού πεδίου δίνει τη δυνατότητα λήψης τομών σε οποιοδήποτε επιθυμητό επίπεδο στο χώρο.

Οι βασικές εικόνες που λαμβάνονται στην Γναθοπροσωπική περιοχή είναι T1 και T2 ακολουθίες καθώς και T1 με τη χρήση σκιαγραφικού υγρού. Πρέπει εδώ να τονιστεί ότι στις T2 ακολουθίες δε γίνεται ποτέ χρήση σκιαγραφικού υγρού.

Οι κύριες εφαρμογές της μαγνητικής τομογραφίας όπως προαναφέρθηκε είναι στην κροταφογναθική διάρθρωση, στους σιελογόνους αδένες και σε όγκους της τραχηλοπροσωπικής περιοχής.

Ως αντένδειξη στην εξέταση με μαγνητικό τομογράφο αναφέρονται οι καρδιακοί βηματοδότες, τα πρόσφατα τοποθετημένα υλικά οστεοσύνθεσης και τα ενδοκρανιακά μεταλλικά clips. Πρέπει να σημειωθεί ότι αν τα υλικά οστεοσύνθεσης και οι καρδιακοί βηματοδότες είναι στον ασθενή πάνω από ένα χρόνο δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα με την εξέτασή του.

### Τί είναι οι T1 ακολουθίες

Οι T1 επιβάρυνσης ακολουθίες είναι γνωστές και ως ανατομικές ακολουθίες γιατί οι εικόνες τους έχουν εξαιρετική απεικόνιση και αντίθεση. Σε αυτές παρατηρούνται με σαφήνεια τα όρια διαφορετικών ιστών. Επειδή στις ακολουθίες αυτές τα όρια των ιστών αποσαφηνίζονται ιδιαίτερα με τα λιπώδη επίπεδα των περιτονιών οι εικόνες που παράγονται στις T1 ακολουθίες καλούνται και «εικόνες λίπους»<sup>4</sup>. Ο κύριος ρόλος των T1 τομών στη γναθοπροσωπική περιοχή για την παρατήρηση και μελέτη της ανατομίας της περιοχής έχει σημειωθεί από τους Li και συν.<sup>5</sup> ενώ οι T1 τομές εφαρμόζονται στην ΚΓΔ για την μελέτη του διάρθριου δίσκου και της θέσης του καθώς και σε ορισμένες περιπτώσεις στον προεγχειρητικό έλεγχο για τοποθέτηση εμφυτευμάτων<sup>6</sup>.

### Τί είναι οι T2 ακολουθίες

Οι T2 ακολουθίες απαιτούν περισσότερο χρόνο στη λή-

ψη τους σε σχέση με τις T1 ακολουθίες. Συχνά αποκαλούνται «εικόνες παθολογίας» γιατί σε αυτές οι συλλογές υγρών δίνουν έντονο σήμα και απεικονίζονται έκδηλα σε σχέση με τους παρακείμενους χαμηλότερης έντασης ιστούς. Οι T2 τομές καλούνται επίσης και τομές νερού<sup>7</sup> και είναι χρήσιμες στην απεικόνιση φλεγμονών και νεοπλασμάτων. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι στις T2 τομές δεν γίνεται χρήση σκιαγραφικού υγρού γιατί δεν προσδίδει τίποτα στην τελική απεικόνιση εφόσον τα υγρά έχουν υψηλό σήμα στις συγκεκριμένες τομές.

## ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

### 1 Η χρήση του μαγνητικού τομογράφου 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<sup>8</sup>.

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 ή προβλήματα κατά την εξέταση. Ουσιαστικά είναι η τεχνική η οποία αντικατέστησε την αρθρογραφία<sup>9-11</sup>. 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. Αν και η αξονική τομογραφία και η αρθρογραφία εξακολουθούν να έχουν το ρόλο τους στην μελέτη της ΚΓΔ η μαγνητική τομογραφία αποτελεί την εξέταση επιλογής στην εσωτερική απορρύθμιση της άρθρωσης. Οι ακολουθίες που εφαρμόζονται για την απεικόνιση της κροταφογναθικής διάρθρωσης συνήθως περιορίζονται στις



**Εικ. 1:** Φυσιολογική απεικόνιση κροταφογναθικής στη δεξιά άρθρωση ασθενή (εικόνες με κλειστό και ανοικτό στόμα)



T1 ακολουθίες κυρίως για τη μελέτη του διάρθριου δίσκου.

Ένα πρωτόκολλο μελέτης και εξέτασης της ΚΓΔ με τις κατηγορίες και τις διανομές των θέσεων του διάρθριου δίσκου έχει προταθεί από τους Larheim και Westesson<sup>12</sup>. Η συλλογή υγρού στο διάρθριο χώρο που μπορεί να σχετίζεται με πόνο και οίδημα στην περιοχή και φλεγμονώ-

(εικ. 1-2).

δεις διεργασίες της περιοχής δεν παρατηρούνται στις T1 τομές και με δυσκολία πολλές φορές παρατηρούνται και στις T2 τομές, ενώ η τεχνική που συνίσταται για τη συλλογή του υγρού είναι η καταστολή του λίπους (fat suppression) που αναδεικνύει το υψηλό σήμα των συλλογών. Στη συνηθέστερη πάθηση της κροταφογναθικής διάρθρωσης, της πρόσθιας μετατόπισης του κονδύλου σε κλειστό στόμα παρατηρείται μετατόπιση του δίσκου πρόσθια του κονδύλου, ενώ σε ανοικτό στόμα η οπίσθια μοίρα του δίσκου έρχεται σε φυσιολογική θέση όπισθεν του κονδύλου

## 2 Η χρήση του μαγνητικού τομογράφου στη διάγνωση των παθήσεων των σιελογόνων αδένων

Η απεικόνιση των σιελογόνων αδένων με τη χρήση της μαγνητικής τομογραφίας είναι μία μέθοδος που παράγει υψηλής ποιότητας εικόνες σε αυτούς καθώς και σε άλλες περιοχές του σώματος<sup>13</sup>.

T1 και T2 ακολουθίες καθώς και proton density-weighted images, χρησιμοποιούνται για την απεικόνιση των σιελογόνων αδένων, ενώ οι T2 diffusion weighted ακολουθίες χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση του όγκου του Warthin. 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 αυτό παρατηρούνται χαμηλότερης έντασης σε σχέση με το λίπος<sup>14</sup>. Ο φυσιολογικός παρωτιδικός ιστός επιδεικνύει ένα ενδιάμεσης έντασης σήμα μεταξύ του λίπους και των μυών. Λόγω όμως του υψηλού ποσοστού σε λίπος του αδένου έχει μικρή περίοδο χάλασης στις T1 επιβάρυνσης ακολουθίες (short T1 relaxing time) και το σήμα προσεγγίζει σε αυτό του λιπώδους ιστού<sup>15</sup>.

Η ένταση σήματος του υπογνάθιου είναι χαμηλότερη της παρωτιδίας και προσεγγίζει περισσότερο αυτό των μυών στις T1 ακολουθίες<sup>14,16</sup>. 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.



**Εικ. 2:**

Πρόσθια μετατόπιση του δίσκου στην αριστερή άρθρωση του ίδιου ασθενή με κλειστό και ανοικτό στόμα όπου φαίνεται η παρεκτόπιση του δίσκου στο κλειστό στόμα και η μερική επαναφορά του κατά τη διάνοιξη





**Εικ. 3:** Πλειόμορφο αδένωμα παρωτίδας σε T1 τομή, T1 τομή με καταστολή του λίπους και χρήση σκιαστικού και σε T2 τομή όπου διαφαίνεται σαφέστερα το όριο του όγκου στους παρακείμενους ιστούς

Το κύριο πλεονέκτημα της μαγνητικής τομογραφίας είναι η διακριτική της ικανότητα στα ανατομικά όρια του αδένου. Το εξωαδενικό μέρος των αλλοιώσεων εισέρχεται στον περιαδενικό λιπώδη και μυϊκό ιστό και για το λόγο αυτό είναι καλό να γίνονται λήψεις και T1 και T1 fat sat τομών (με καταστολή λίπους) και T2 τομών (εικ. 3). Γενικά στις T2 τομές που δεν είναι οι συνηθισμένες για την απεικόνιση των σιελογόνων αδένων το λίπος απεικονίζεται πιο σκούρο ενώ τα υγρά πιο ανοιχτά (εντονότερο σήμα) και οι μύες δίνουν χαμηλής έντασης σήμα με αποτέλεσμα να απεικονίζονται πιο σκούροι.

Επιπλέον η λήψη τομών T1 επιβάρυνσης με καταστολή του λίπους μετά τη χορήγηση σκιαγραφικού υγρού αυξάνει ακόμα περισσότερο την αντιθετική ικανότητα του μαγνητικού τομογράφου στη διερεύνηση όγκων<sup>16</sup>.

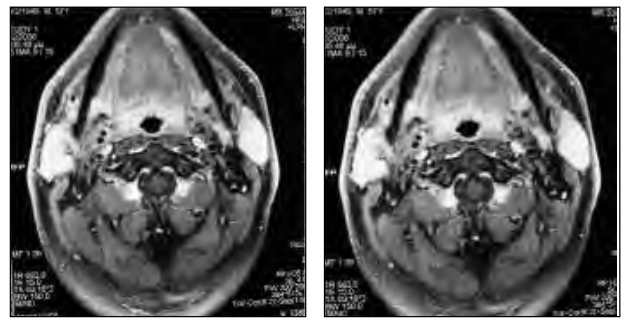
Τέλος στην απεικόνιση των σιελογόνων αδένων και για διαφορική διάγνωση κάποιων παθολογικών καταστάσεων χρησιμοποιούνται συγκεκριμένες ακολουθίες. Έτσι στις T2 diffusion weighted εικόνες ο όγκος του Warthin δίνει υψηλό σήμα και «ασπρίζει» στην εικόνα, δίνοντας χαρακτηριστική εικόνα και ουσιαστικά θέτει τη διάγνωση (εικ. 4).

### 3 Η χρήση του μαγνητικού τομογράφου στη διάγνωση των όγκων της τραχηλοπροσωπικής περιοχής

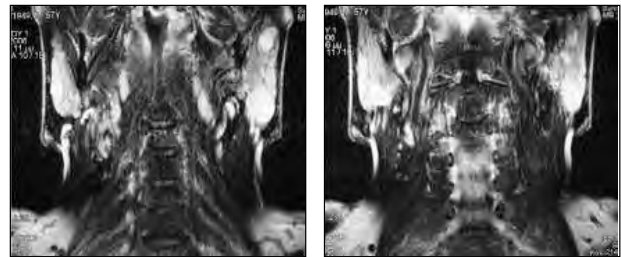
Οι κακοήθειες της τραχηλοπροσωπικής περιοχής, αντιπροσωπεύουν το 2-5% όλων των κακοηθειών<sup>17</sup>. Από αυτές το 90% περίπου είναι καρκινώματα των πλακωδών κυττάρων. Λόγω της γειτνίασης της στοματικής κοιλότητας με μία πλειάδα λεμφαδένων, είναι ιδιαίτερα σημαντική η σωστή προεγχειρητική διάγνωση του ασθενή. Ο κύριος ρόλος της μαγνητικής τομογραφίας στην περιοχή είναι να καθοριστεί το βάθος, η κατεύθυνση και το μέγεθος του όγκου<sup>18</sup> καθώς και η γειτνίαση του με παρακείμενα ανατομικά στοιχεία<sup>19-22</sup>.

Όλοι οι όγκοι της περιοχής πρέπει να θεωρούνται μαγνητική τομογραφία λόγω της υψηλής διακριτικής ικανότητας και καλύτερης αντίθεσης σε σχέση με την αξονική τομογραφία και ειδικότερα με T2 τομές<sup>24-28</sup>. Επίσης σημαντικό είναι το στοιχείο ότι στην μαγνητική τομο-

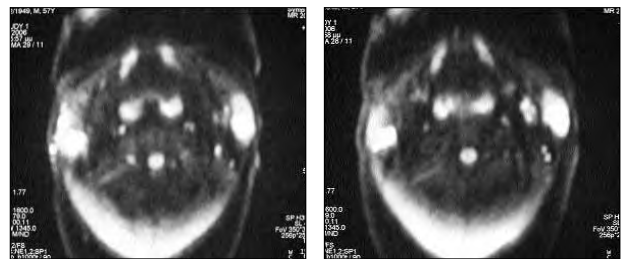
γραφία δεν έχουμε τόσο έντονα την εικόνα των artifacts με αποτέλεσμα σημαντικά καλύτερη διαγνωστική ευκρίνεια. Καλό είναι να γίνονται και οι T1 και οι T2 ακολου-



**Εικ. 4:** T1 τομές με καταστολή του λίπους και χρήση σκιαστικού

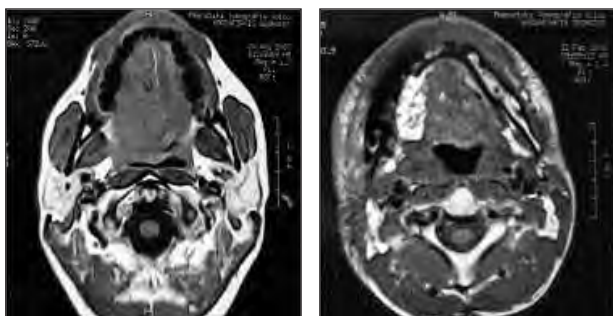


T2 τομές όπου διαφαίνεται ο όγκος αμφοτερόπλευρα στους κάτω κυρίως λοβούς

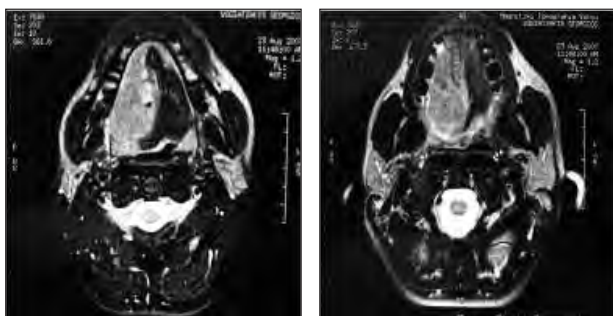


T2 diffusion weighted εικόνες που χρησιμοποιούνται για τη διαφορική διάγνωση των δύο παθήσεων. Ο όγκος του Warthin δίνει υψηλό σήμα και «ασπρίζει» στην εικόνα. Έτσι γίνεται διαφορική διάγνωση όγκου του Warthin και πλειόμορφου αδενώματος.





Εικ. 5: T1 τομές πριν και μετά τη χρήση σκιαγραφικού υγρού



T2 τομές όπου διαφαίνονται καλύτερα τα όρια του όγκου

θίες καθώς και T1 ακολουθίες με τη χρήση σκιαστικού. Ο γιατρός μπορεί να συγκρίνει τις διάφορες ακολουθίες μεταξύ τους και να έχει καλύτερη απεικόνιση του όγκου και των παρακείμενων ανατομικών δομών (εικ. 5). Σημαντικό είναι να γνωρίζει την ανατομία της περιοχής και να μπορεί να ανιχνεύσει τα παθολογικά στοιχεία που τον ενδιαφέρουν.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

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 ανάλυσής της. Βασικό πλεονέκτημα, όμως, για την εφαρμογή της αποτελεί το γεγονός ότι διαφοροποιεί με ιδιαίτερη ευκρίνεια τους παρακείμενους των παθολογικών καταστάσεων ιστούς και δεν ακτινοβολεί τον ασθενή. Συμπερα-

σματικά τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της τεχνικής φαίνονται στον πίνακα.

**SUMMARY**

**Basic features of Magnetic Resonance Imaging (MRI) and its applications in Dentistry**  
Delantoni A.

*hellenic hospital dentistry 4: 51-56, 2011*

*The aim of the present study is to mention the basic features of Magnetic Resonance Imaging (MRI) and its applications in the maxillofacial region, and to present the main feature the general dentist should know in daily practice. The last few years imaging modalities of the maxillofacial region have evolved significantly. Those imaging modalities include Magnetic Resonance Imaging which has become as a technique the most frequently applicable to a number of pathoses of the region.*

*The major advantage of the technique is the excellent imaging of the soft tissues of the area without giving radiation to the patient. This ability to clearly visualize the soft tissues is not available to any other imaging techniques.*

*The major applications of MRI in the maxillofacial region are discussed. They include the visualization of the temporomandibular joint and its structures, the visualization of salivary gland pathoses and tumor imaging. These applications are presented and discussed.*

**Key words:** *Magnetic resonance imaging; dental applications*

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Gray CF, Redpath TW, Smith FW, Staff RT: Advanced imaging: magnetic resonance imaging in implant dentistry. Clin Oral Implants Res 2003; 14: 18-27.
2. Αγγελόπουλος Α, Σπυρόπουλος Ν, Τσιχλάκης Κ: Σύγχρονη Στοματική και Γναθοπροσωπική Διαγνωστική και Ακτινολογία. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα. 2001.
3. Δημητριάδης Α: Απεικονιστική διαγνωστική: τα βασικά και τα θεμελιώδη. Ιατρικές εκδόσεις Σιώκης. Θεσσαλονίκη. 2004.
4. Runge VM, Patel MC, Baumann SS, Simonetta AB, Ponzo JA, Lesley WS, Calderwood GW, Naul LG: T1 weighted imaging of the brain at 3 tesla using a 2- dimensional spoiled gradient echo technique. Invest Radiol 2006; 41:68-75.
5. Li QY, Zhang SX, Liu ZJ, Tan LW, Qiu MG, Li K, et al: The pre-styloid compartment of the parapharyngeal space: a three-dimensional digitized model based on the Chinese Visible Human. Surg Radiol Anat 2004; 26:411-6.
6. Gray CF, Redpath TW, Smith FW: Low field magnetic resonance imaging for implant dentistry. Dentomaxillofac Radiol 1998; 27:225-9.

Πίνακας	
ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
Ο ασθενής δε λαμβάνει ακτινοβολία	Υψηλό κόστος
Υψηλή διαφοροποίηση δομών	Μεγάλος χρόνος εξέτασης
Δυνατότητα επεξεργασία εικόνας	Υψηλή κατάρτιση του προσωπικού
Λήψη πολλαπλών ακολουθιών	Αντένδειξη: ασθενείς με πρόσφατες μεταλλικές προθέσεις ή καρδιακούς βηματοδότες

7. McRobbie DW, Moore EA, Graves MJ, Prince MR: MRI: from picture to proton. Cambridge University Press. 2003
8. White SC, Pharoah JM: Oral Radiology. Principles and Interpretation. St. Louis. Mosby, 2000.
9. Kaplan PA, Tu HK, Williams SM, Lydiatt DD: The normal temporomandibular joint: MR and arthrographic correlation. Radiology 1987; **165** 1:177-8.
10. Katzberg RW, Westesson PL, Tallents RH, Anderson R, Kurita K, Manzione JV Jr, Totterman S: Temporomandibular joint: MR assessment of rotational and sideways disk displacements. Radiology 1988; **169** 3:741-8.
11. Melchiorre DA, Calderazzi S, Maddali Bongi, Cristofani R, Bazzichi L, Eligi C, Maresca M, Ciompi M: A comparison of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the evaluation of temporomandibular joint involvement in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis. Rheumatology (Oxford) 2003; **42** 5:673-6.
12. Larheim TA, Westesson PL, Sano T: MR grading of temporomandibular joint fluid: association with disk displacement categories, condyle marrow abnormalities and pain. Int J Oral Maxillofac Surg 2001; Apr 30(2):104-12.
13. van den Akker HP: Diagnostic imaging in salivary gland disease. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988 Nov; 66(5):625-37. Review.
14. Curtin HD: Assessment of salivary gland pathology. Otolaryngol Clin North Am. 1988 Aug; 21(3):547-73. Review.
15. Mandelblatt SM, Braun IF, Davis PC, Fry SM, Jacobs LH, Hoffman JC Jr: Parotid masses: MR imaging. Radiology. 1987 May; 163(2):411-4.
16. Tabor EK, Curtin HD: MR of the salivary glands. Radiol Clin North Am 1989 Mar; 27(2):379-92. Review.
17. Lenz M, Greess H, Baum U, Dobritz M, Kersting-Sommerhoff B: Oropharynx, oral cavity, floor of the mouth: CT and MRI. European Journal of Radiology 2000; 33:203-215.
18. Lufkin RB, Wortham DG, Dietrich RB, Hoover LA, Larsson SG, Kangaroo H, et al: Tongue and oropharynx: findings on MR imaging. Radiology 1986; 161:69-75.
19. Nathanson A, Aegren K, Bioerklund A, Lind MG, Andreason L, Anniko M, et al: Evaluation of some prognostic factors in small squamous cell carcinoma of the mobile tongue: a multicenter study in Sweden. Head Neck 1989; 11:387-392.
20. Fukano H, Matsuura H, Hasegawa Y, Nakamura S: Depth of invasion as a predictive factor for cervical lymph node metastasis in tongue carcinoma. Head Neck 1997; 19:205-210.
21. Byers RM, El-Naggar AK, Lee Y, Rao B, Fornage B, Terry NHA, et al: Can we detect or predict the presence of occult nodal metastases in patients with squamous cell carcinoma of the oral tongue? Head Neck 1998; 20:138-144.
22. Asakage T, Yokose T, Mukai K, Tsugane S, Tsubono Y, Asai M, et al: Tumor thickness predicts cervical metastasis in patients with stage I/II carcinoma of the tongue. Cancer 1998; 82:1443-1448.
23. Sigal R, Zagdanski AM, Schwaab G, et al: CT and MR imaging of squamous cell carcinoma of the tongue and floor of the mouth. RadioGraphics 1996; 16:787-810.
24. Crawford S, Harnsberger H, Lufkin R, Hanafee W: The role of gadolinium-DTPA in the evaluation of extracranial head and neck mass lesions. Radiol Clin North Am 1989; 27:219-42.
25. Phillips C, Gay S, Newton R, Levine P: Gadolinium-enhanced MRI of tumors of the head and neck. Head Neck 1990; 12:308-15.
26. Vogl T, Dresel S, Juergens M, Assal J, Lissner J: Mr imaging with gd-dtpa in lesions of the head and neck. J Otolaryngol 1993; 22:220-30.
27. Modder U, Lenz M, Steinbrich W: MRI of facial skeleton and parapharyngeal space. Eur J Radiol 1987; 7:6-10.
28. Castelijns JA, van den Brekel MW: Magnetic resonance imaging evaluation of extracranial head and neck tumors. Magn Reson Q 1993; 9:113-28.

---

**Διεύθυνση για επικοινωνία:**  
Αντιγόνη Δελαττώνη  
e-mail: adelantoni@yahoo.com

## Μετεμφύτευση δοντιών

Γρηγόριος Βενέτης<sup>1</sup>, Πάρις-Γεώργιος Λιοκάτης<sup>2</sup>, Φώτιος Κατσικάνης<sup>3</sup>

Μετεμφύτευση δοντιού είναι η χειρουργική μεταφορά του δοντιού από την αρχική του θέση σε διαφορετική. Όταν η δότρια και η δέκτρια θέση βρίσκονται στο στόμα του ίδιου ασθενούς τότε ονομάζεται αυτογενής και είναι αυτή η κατηγορία μετεμφύτευσης που θα μας απασχολήσει. Αποτελεί μία μέθοδο με ποικίλα ποσοστά επιτυχίας ή οποία μπορεί να αποτελέσει πιθανό σχέδιο θεραπείας καθώς έχει ιδιαίτερες ενδείξεις και αντενδείξεις, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

Στην ανασκόπηση αυτή παρουσιάζονται οι ενδείξεις, η προοπτικές τα οφέλη αλλά και τα μειονεκτήματα της μετεμφύτευσης καθώς και οι παράγοντες που παίζουν κύριο ρόλο στην εξέλιξη της διαδικασίας. Αναλύονται, επίσης, οι κύριοι βιολογικοί μηχανισμοί που ενεργοποιούνται κατά τη μετεμφύτευση και είναι όσοι αφορούν την επούλωση ενός τραύματος. Οι μηχανισμοί αυτοί πυροδοτούν και τις διάφορες επιπλοκές που είναι δυνατό να παρουσιαστούν με κυρίαρχη την απορρόφηση των οδοντικών ιστών. Ακόμη, παρουσιάζεται σειρά με τέσσερα περιστατικά μετεμφύτευσης δοντιού. Τέλος, αναλύονται οι οδηγίες που συστήνεται να ακολουθεί ο οδοντίατρος, με βάση τη μελέτη της σύγχρονης βιβλιογραφίας πάνω στο θέμα, ώστε να αυξηθεί η πιθανότητα επιτυχημένης μετεμφύτευσης.

Συμπερασματικά, η μετεμφύτευση δοντιού είναι μία πολύπλοκη και ευαίσθητη διαδικασία κατά την οποία όμως ο οδοντίατρος είναι δυνατό με την εφαρμογή της κατάλληλης μεθοδολογίας να βελτιώσει σημαντικά την πιθανότητα επιτυχίας και να περιορίσει την εμφάνιση επιπλοκών εξασφαλίζοντας την παραμονή των μετεμφυτευμένων δοντιών για αρκετά χρόνια στο στόμα παρέχοντας, τελικά, στον ασθενή του ένα ακόμη σχέδιο θεραπείας με πολλά πλεονεκτήματα.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 4: 57-64, 2011

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μετεμφύτευση δοντιού (tooth transplantation) είναι η μεταφορά του δοντιού από την αρχική του θέση σε διαφορετική. Πρόκειται δηλαδή για μεταμόσχευση. Διακρίνεται σε αυτογενή όπου η δότρια και η δέκτρια θέση βρίσκονται στο ίδιο άτομο (αυτομεταμόσχευση), σε ομογενή όπου γίνεται μεταφορά δοντιού από άτομο σε άτομο του ίδιου είδους και σε ετερογενή όταν έχουμε μεταμόσχευση δοντιού μεταξύ απόμων διαφορετικών ειδών<sup>1,2</sup>. Γίνεται διαχωρισμός του όρου μετεμφύτευση από τον όρο επανεμφύτευση ή αναφύτευση δοντιού (tooth reimplantation), καθώς ο δεύτερος είναι η επανατοπο-

θέτηση του δοντιού στο ίδιο φαντίο από το οποίο είχε προηγουμένως εκγομφωθεί ως αποτέλεσμα τραύματος<sup>1,2</sup>.

Η μετεμφύτευση δοντιών γίνεται εδώ και πολλά χρόνια αλλά με ποικίλα ποσοστά επιτυχίας. Για το λόγο αυτό σπάνια προτείνεται ως κατάλληλο σχέδιο θεραπείας και ιδιαίτερα μετά την συνεχή ανάπτυξη των οστεοενσωματούμενων οδοντικών εμφυτευμάτων. Με την εφαρμογή όμως κατάλληλου πρωτοκόλλου από τον θεράποντα οδοντίατρο είναι δυνατό να αυξηθούν εντυπωσιακά τα ποσοστά επιτυχίας της μετεμφύτευσης έτσι ώστε αυτή να αποτελεί αξιόλογη θεραπευτική επιλογή.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση του πρωτοκόλλου αυτού μέσα από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, καθώς και παρουσίαση σειράς 4 περιπτώσεων μετεμφύτευσης δοντιών.

**Λέξεις κλειδιά:** μετεμφύτευση, αντικαταστατική απορρόφηση, φλεγμονώδης απορρόφηση, ακινητοποίηση δοντιού

1 Επίκουρος Καθηγητής Οδ/κής Σχολής Α.Π.Θ.

2 Χειρουργός Οδοντίατρος

3 Προπτυχιακός Φοιτητής Οδ/κής Σχολής Α.Π.Θ.

Ίδρυμα προέλευσης: Οδοντιατρική Σχολή Αριστοτέλειου Πανεπιστήμιου Θεσσαλονίκης

### ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΕΤΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ

Η σημαντικότερη θεραπευτική επιλογή αντί της μετεμφύτευσης είναι η τοποθέτηση οστεοενσωματούμενου εμφυτεύματος. Η μετεμφύτευση ωστόσο έχει ιδιαίτερες ενδείξεις και πλεονεκτήματα. Σε αναπτυσσόμενες

γνάθους νεαρών ασθενών το μετεμφυτευμένο δόντι μπορεί να αναπτύσσεται ενεργά μαζί με τη γνάθο του ασθενή και να ανατέλλει σε αρμονία με τα υπόλοιπα δόντια<sup>3</sup>. Επίσης, με την τοποθέτηση οστεοενσωματούμενου εμφυτεύματος έχει αποδειχθεί πως ο ασθενής χάνει μία ποσότητα οστού ετησίως. Αντίθετα, με την μετεμφύτευση δοντιού μπορεί να διατηρείται το οστό ή ακόμη και να παράγεται νέο κατά τη διαδικασία της λειτουργικής ανατολής<sup>3</sup>. Τέλος, η μετεμφύτευση είναι μία κατά πολύ φθηνότερη διαδικασία για τον ασθενή από την τοποθέτηση εμφυτεύματος.

Κλινικές καταστάσεις στις οποίες η μετεμφύτευση δοντιού έχει ένδειξη είναι<sup>4</sup>:

- Τραύμα με δυσμενείς συνθήκες για επανεμφύτευση. Η φατνιακή απόφυση και οι τομείς της άνω γνάθου είναι τα δόντια που πιο συχνά εμπλέκονται σε τέτοια τραύματα. Η μετεμφύτευση του δοντιού σε θέση μερικής νωδότητας είναι μια εναλλακτική της εξαγωγής λύση.
- Συνωπισμένα ή έκτοπα δόντια, όπου η μετεμφύτευση στη σωστή θέση στο τόξο είναι απλή, φθηνή και γρήγορη λύση για ενήλικες κυρίως ασθενείς που απορρίπτουν την ορθοδοντική θεραπεία.
- Έγκλειστα δόντια σε θέση όπου η χειρουργική αποκάλυψη και η ορθοδοντική μετακίνηση είναι πολύ δύσκολη ή έχει αποτύχει.
- Αντικατάσταση συγγενών ελλειπόντων δοντιών σε νεαρούς ασθενείς ειδικά όταν η ορθοδοντική θεραπεία προβλέπει την εξαγωγή άλλων δοντιών.
- Αντικατάσταση δοντιών με φτωχή πρόγνωση λόγω προσβολής από τερηδόνα ή περιοδοντίτιδα, συνήθως πρώτων γομφίων, με τρίτους γομφίους
- Αποκατάσταση ασθενών με σχιστίες.

### **ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΜΕΤΕΜΦΥΤΕΥΣΗ**

Καθοριστικός βιολογικός μηχανισμός στην μετεμφύτευση δοντιού είναι η αποκατάσταση τραύματος. Τραύμα υφίστανται οι οδοντικοί σκληροί ιστοί, το φατνιακό οστό και τα ούλα, αλλά κυρίως ο πολφικός ιστός του οποίου τα αγγεία και τα νεύρα αποκόπτονται στο σημείο του ακρορριζικού τρήματος, καθώς και ο περιοδοντικός σύνδεσμος (ΠΣ). Μετά την μετεμφύτευση του δοντιού ξεκινά η διαδικασία επούλωσης, κατά την οποία κύτταρα με κλασικές ιδιότητες φαγοκυτταρώνουν τους κατεστραμμένους ιστούς, μεταξύ αυτών την οστεΐνη και την οδοντίνη.

Όταν η καταστροφή είναι μικρής έκτασης, τότε οι γειτονικοί οστεϊνοβλάστες επαναποικίζουν την απογυμνωμένη επιφάνεια της ρίζας και εναποθέτουν οστεΐνη στην οποία καταλήγουν οι νέες περιοδοντικές ίνες που σχηματίζονται κατά τη διάρκεια της επούλωσης. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται επιφανειακή απορρόφηση ή αλλιώς λειτουργική επούλωση (functional healing) κατά την οποία οι νεκρωμένοι ιστοί αντικαθίστανται με όμοιους και η μετέπειτα λειτουργία επανέρχεται στο φυσιολογικό<sup>5</sup>. Μεγαλύτερης έκτασης απογυμνωμένες επιφάνειες της

ρίζας είναι πιθανό να μην καλυφθούν εγκαίρως από οστεϊνοβλάστες. Σε αυτή την περίπτωση το μετεμφυτευμένο δόντι κινδυνεύει από τις δύο συχνότερες επιπλοκές που είναι η αντικαταστατική απορρόφηση (replacement resorption) και η φλεγμονώδης απορρόφηση (inflammatory related resorption)<sup>5</sup>.

Κατά την αντικαταστατική απορρόφηση το οστό βρίσκεται σε επαφή με την οστεΐνη της ρίζας, πιθανώς σχηματίζοντας κοιλότητες, και μέσω της φυσιολογικής διαδικασίας μετασχηματισμού του οστού (bone remodeling) η οστεΐνη και η οδοντίνη αντικαθίστανται από οστό, ενώ ο περιοδοντικός σύνδεσμος απουσιάζει. Σταδιακά το δόντι οδηγείται σε αγκύλωση (ankylosis) η οποία θεωρείται μία αντικαταστατική απορρόφηση βραδείας εξέλιξης<sup>5</sup>.

Η φλεγμονώδης απορρόφηση είναι το αποτέλεσμα μόλυνσης της περιοδοντικής περιοχής, από τα υπολείμματα του νεκρού πολφού, που εξέρχονται από τα ευρέα οδοντιοσωληνάρια είτε λόγω της ανωριμότητας των δοντιών είτε λόγω της εξωτερικής απορρόφησης. Η φλεγμονώδης απορρόφηση προκαλεί ταχεία απορρόφηση του φατνιακού οστού και των οδοντικών σκληρών ιστών και συντηρείται από την αποσύνθεση του πολφικού ιστού<sup>5</sup>.

### **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ**

Οι παράγοντες οι οποίοι θα επηρεάσουν το τελικό αποτέλεσμα μιας μετεμφύτευσης, εάν δηλαδή θα έχουμε επιφανειακή απορρόφηση και λειτουργική επούλωση, αντικαταστατική ή φλεγμονώδη απορρόφηση, σχετίζονται 1) με τον βαθμό και την έκταση του τραυματισμού των εμπλεκόμενων ιστών και κυρίως του πολφού και του περιοδοντικού συνδέσμου, και 2) με χαρακτηριστικά του δοντιού όπως η διάπλαση της ρίζας και η μόλυνση του πολφού.

Ειδικότερα, η έκταση του τραύματος επηρεάζεται από:

- Τον χρόνο που μεσολάβησε μέχρι να επανατοποθετηθεί το δόντι στο φατνίο
- Το μέσο στο οποίο διατηρήθηκε το δόντι σε περίπτωση παρατεταμένης εξωστοματικής παραμονής
- Το βαθμό μηχανικής κάκωσης των ιστών κατά την αφαίρεση του δοντιού από το φατνίο καθώς και κατά τη διάρκεια των χειρισμών για την προετοιμασία και την επανατοποθέτησή του.

Σε κάθε απόπειρα μετεμφύτευσης δοντιού ο θεράπων καλείται να απαντήσει σε συγκεκριμένα ερωτήματα όπως:

- Εάν και πότε θα γίνει ενδοδοντική θεραπεία (ΕΘ) ή ακρορριζεκτομή
- Εάν θα προηγηθεί επεξεργασία της εξωτερικής επιφάνειας της ρίζας
- Πως θα γίνει η προετοιμασία της δέκτριας θέσης και σε ποια θέση θα γίνει η τοποθέτηση του δοντιού
- Εάν, για πόσο και με τι μέσο θα γίνει ναρθηκοποίηση του επανεμφυτευμένου δοντιού
- Εάν θα συνταγογραφηθεί αντιβίωση
- Με ποιο τρόπο θα γίνεται ο τακτικός έλεγχος της πορείας του δοντιού

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

**Περίπτωση 1η**

Άρρην ασθενής 22 ετών υποβλήθηκε σε χειρουργική αποκάλυψη εγκλείστου 13 και προσπάθεια ορθοδοντικής μετακίνησής του στο φραγμό. Μετά από ένα έτος διεκόπη η ορθοδοντική θεραπεία γιατί δεν είχε αποτέλεσμα (εικ. 1α) και αποφασίστηκε μετεμφύτευση του δοντιού. Αυτή έγινε με ταυτόχρονη εξωστοματική ενδοδοντική θεραπεία (εικ. 1β). Το κλινικό και ακτινολογικό αποτέλεσμα μετά από δύο χρόνια φαίνεται στις εικ. 1γ, δ. Παρατηρείται αντικαταστατική απορρόφηση σε μεγάλο μέρος της ρίζας (βέλη) που περιλαμβάνει και μέρος του εμφρακτικού φυράματος, ενώ ο κώνος γουταπέρκας παραμένει άθικτος.



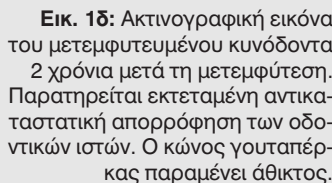
**Εικ. 1α:** Ακτινογραφική εικόνα του εγκλείστου κυνόδοντα μετά την αποτυχημένη απόπειρα ορθοδοντικής του μετακίνησης και πριν τη μετεμφύτευση.



**Εικ. 1β:** Ακτινογραφική εικόνα του κυνόδοντα μετά τη μετεμφύτευση. Η ενδοδοντική θεραπεία έγινε εξωστοματικά.

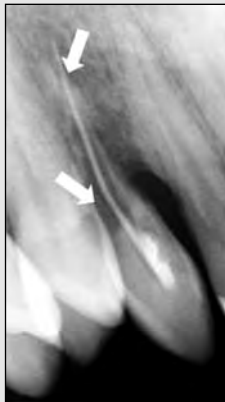


**Εικ. 1γ:** Κλινική εικόνα του μετεμφυτευμένου κυνόδοντα 2 χρόνια μετά τη μετεμφύτευση.

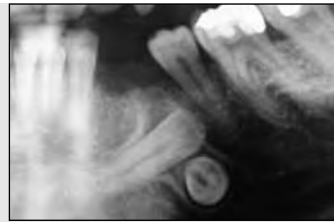


**Περίπτωση 2η**

Ασθενής 19 ετών, άνδρας, υποβλήθηκε σε εξαγωγή εκτόπου 34 και μετεμφύτευση εγκλείστου 33 (εικ. 2α, β). Στο δόντι δεν έγινε άμεσα ενδοδοντική θεραπεία, αλλά μετά από ένα 15νήμερο (εικ. 2γ, δ). Η θέση του δοντιού και η διαμόρφωση του μασητικού επιπέδου κατέστησε αναπόφευκτη τη συγκλεισιακή επιβάρυνση του 33 (κυνοδοντική προστασία, εικ. 2ε). Ο έλεγχος μετά διετία αποκάλυψε μικρή απορρόφηση στο ακρορρίζιο του 33, παρά τη σημαντική συγκλεισιακή του επιβάρυνση, εξαιτίας της οποίας διατηρήθηκε μια στοιχειώδης ναρθηκοποίησης του με το παρακείμενο #32.



**Εικ. 1δ:** Ακτινογραφική εικόνα του μετεμφυτευμένου κυνόδοντα 2 χρόνια μετά τη μετεμφύτευση. Παρατηρείται εκτεταμένη αντικαταστατική απορρόφηση των οδοντικών ιστών. Ο κώνος γουταπέρκας παραμένει άθικτος.



**Εικ. 2α:** Τμήμα πανοραμικής ακτινογραφίας όπου διακρίνονται ο εκτόπος πρώτος προγόμφιος (#34) και ο εγκλείστος κυνόδοντας (#33).



**Εικ. 2β:** Κλινική εικόνα μετά την εξαγωγή του εγκλείστου προγόμφιου και την ταυτόχρονη μετεμφύτευση του κυνόδοντα.



**Εικ. 2γ:** Ακτινογραφική εικόνα του κυνόδοντα μετά τη μετεμφύτευσή του.



**Εικ. 2δ:** Στον μετεμφυτευμένο κυνόδοντα έγινε ενδοδοντική θεραπεία μετά από 15 ημέρες.



**Εικ. 2ε:** Η θέση του δοντιού δεν επέτρεψε την συγκλεισιακή προστασία του (συγκλεισιακό σχήμα κυνοδοντικής καθοδήγησης).



**Εικ. 2ζ:** Ακτινογραφική εικόνα 2 χρόνια μετά τη μετεμφύτευση. Παρατηρείται μικρή μόνο απορρόφηση στο ακρορρίζιο του δοντιού παρά την αυξημένη επιβάρυνση του δοντιού αυτό το διάστημα εξαιτίας της κυνοδοντικής καθοδήγησης.

**Περίπτωση 3η**

Γυναίκα 29 ετών προσήλθε για μετεμφύτευση υπεκφυθέντος 37 (εικ. 3α), που δεν ανταποκρίνονταν σε μακρόχρονη ορθοδοντική έλξη. Η υπέκφυση του 37 οφειλόταν σε ανώμαλη έγκλειση του 38, που αφαιρέθηκε χειρουργικά στην προσπάθεια να αναταχθεί ορθοδοντικά η υπέκφυση του 37. Μετά την ατραυματική εξαγωγή του 37, που έγινε με τη μεγαλύτερη δυνατή προσοχή, ώστε να συναφαιρεθεί και τμήμα του περιοδοντικού συνδέσμου (εικ. 3β), έγινε ενδοδοντική θεραπεία και ακρορριζεκτομή εξωστοματικά, ενώ η ρίζες βρισκόταν διαρκώς σε υγρό και ισότονο περιβάλλον (εικ. 3γ). Η ακινητοποίηση του δοντιού στη νέα θέση του στο φραγμό έγινε με

ρητίνη και ίνες υαλονημάτων (εικ. 3δ). Η κλινική και ακτινολογική εικόνα δύο χρόνια μετά υπήρξε ικανοποιητική (εικ. 3ε).



**Εικ. 3α:** Τμήμα πανοραμικής ακτινογραφίας όπου διακρίνεται ο υπεκφυμένος 2ος γομφίος (#37).

**Εικ. 3β:** Ο 2ος γομφίος μετά την εξαγωγή του. Έγινε προσπάθεια να προστατευθεί ο περιοδοντικός σύνδεσμος κατά την εξαγωγή του δοντιού.



**Εικ. 3γ:** Έγινε ενδοδοντική θεραπεία και ακρορριζεκτομή εξωστοματικά ενώ οι ρίζες του δοντιού βρίσκονταν συνεχώς σε υγρό και ισότονο περιβάλλον τυλιγμένες με αποστειρωμένη γάζα.

**Εικ. 3δ:** Η ακινητοποίηση του δοντιού στη νέα του θέση στο φραγμό έγινε με ρητίνη και ίνες υαλονημάτων.



**Εικ. 3ε:** Ακτινογραφική εικόνα του δοντιού 2 χρόνια μετά τη μετεμφύτευση.

#### Περίπτωση 4η

Νεαρή ασθενής 16 ετών υποβλήθηκε σε εξαγωγή του #14 και δημιουργία χώρου για την ορθοδοντική μετακίνηση του εγκλειστού #13, που, ωστόσο, αποδείχθηκε μερικώς αγκυλωμένο και δεν ανταποκρίθηκε καθόλου στην ορθοδοντική θεραπεία (εικ. 4α). Το δόντι μετεμφυτεύθηκε στη θέση του στο φραγμό, στην οποία χρησιμοποιήθηκε αρχικά το ορθοδοντικό σύρμα για την ακινητοποίησή του, δεδομένου ότι δεν υπήρχε γι' αυτό άπω σημείο επαφής (εικ. 4β, 4γ). Ακολούθησε ενδοδοντική θεραπεία μετά από 15 ημέρες, ατελής σύμφωνα με την τελική ακτινογραφία η οποία αναδεικνύει επίσης σημαντικό οστικό έλλειμμα γύρω από τη ρίζα του δοντιού

(εικ. 4δ). 20 μήνες αργότερα, και ενώ το δόντι παραμένει στο φραγμό, αποφασίζεται η αντικατάσταση του ελλείποντος #14 με εμφύτευμα, κατά την τοποθέτηση του οποίου διαπιστώνεται διεγχειρητικά ικανοποιητική οστική



**Εικ. 4α:** Κλινική εικόνα του εγκλειστού κυνόδοντα μετά την ανεπιτυχή προσπάθεια ορθοδοντικής μετακίνησης. Διακρίνεται το ορθοδοντικό αγκύλιο που έχει κολληθεί στο εγκλειστο δόντι.

**Εικ. 4β:** Κλινική εικόνα του δοντιού μετά τη μετεμφύτευσή του στο φραγμό. Το ορθοδοντικό σύρμα χρησιμοποιήθηκε για την ακινητοποίηση.



**Εικ. 4γ:** Κλινική εικόνα 10 ημέρες μετά τη μετεμφύτευση.

**Εικ. 4δ:** Ακτινογραφική εικόνα του δοντιού μετά την ενδοδοντική θεραπεία που έγινε τη 15η ημέρα μετά το χειρουργείο. Η ενδοδοντική θεραπεία είναι ατελής και επίσης διαπιστώνεται σημαντικό οστικό έλλειμμα.



**Εικ. 4ε:** Κλινική εικόνα 20 μήνες μετά τη μετεμφύτευση οπότε ο ελλείπων #14 αντικαθίσταται με εμφύτευμα. Διαπιστώνεται διεγχειρητικά σημαντική οστική ανάπλαση γύρω από το μετεμφυτευθέν δόντι.

**Εικ. 4ζ:** Κλινική εικόνα μετά από 2 χρόνια από τη μετεμφύτευση. Το εμφύτευμα στη θέση του ελλείποντα #14 έχει αποκατασταθεί.



**Εικ. 4η:** Ακτινογραφική εικόνα 2 χρόνια μετά τη μετεμφύτευση. Παρατηρείται απορρόφηση του τμήματος της ρίζας το οποίο δεν είχε εμφραχθεί κατά την ενδοδοντική θεραπεία και διάλυση του φυράματος  $\text{Ca(OH)}_2$  μεταξύ των κώνων γουταπέρκας.

ανάπλαση γύρω από τη ρίζα του μετεμφυτευθέντος #13 (εικ. 4ε). Μετά 4 μήνες (δύο χρόνια μετά την μετεμφύτευση) το εμφύτευμα αποκαθίσταται (εικ. 4ζ) και λύεται η ακινητοποίηση του #13 (εικ. 4η). Παρατηρείται απορρόφηση του τμήματος της ρίζας που δεν είχε εμφραχθεί και διάλυση του φυράματος  $\text{Ca(OH)}_2$  που βρισκόταν μεταξύ των κώνων γουταπέρκας.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μετεμφύτευση δοντιών αποτελεί μία υπολογίσιμη θεραπευτική επιλογή καθώς έχει δικές της ενδείξεις και πλεονεκτήματα έναντι άλλων σχεδίων θεραπειάς. Ακόμη, με εφαρμογή κατάλληλων πρωτοκόλλων τα ποσοστά επιτυχίας στις περισσότερες έρευνες κυμαίνονται γύρω στο 75% με 90% με δόντια να παραμένουν στο φραγμό για αρκετά χρόνια<sup>6,9</sup>. Από τη μελέτη των περιπτώσεων που παρουσιάζονται εδώ, καθώς και από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που ακολουθεί, θα μπορούσε να θεωρηθεί ως επιτυχία η παραμονή του δοντιού στο φραγμό για περισσότερα από τρία χρόνια και η παρακολούθηση του μικρού δείγματος της μελέτης μας συμφωνεί με τα παραπάνω ποσοστά επιτυχίας.

Η ατραυματική εξαγωγή και η επιβίωση κυττάρων του περιριζίου φαίνεται ότι έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην επιβίωση του #37 της 3ης περίπτωσης, ενώ στη 2η περίπτωση ο παράγοντας που πιθανά συνέβαλε στην επιβίωση του #33 ήταν η καθυστερημένη ενδοδοντική θεραπεία (μετά 15νήμερο) που εφαρμόστηκε επίσης και στην 4η περίπτωση. Η πρόωγη απορρόφηση στη ρίζα του #13 της 1ης περίπτωσης ίσως να οφείλεται στο ότι καμία από τις παραπάνω προϋποθέσεις δεν τηρήθηκε στην περίπτωση αυτή.

Στη συνέχεια παρατίθενται οι απόψεις που επικρατούν σήμερα, για κάθε στάδιο της μετεμφύτευσης χωριστά, έτσι όπως προκύπτουν από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας.

### Ενδοδοντική θεραπεία και μετεμφύτευση

Η συχνότητα επαναγγείωσης του πολφού ενός μετεμφυτευμένου δοντιού ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό, καθώς εξαρτάται άμεσα από το χρόνο εξωστοματικής παραμονής, από το μέσο στο οποίο διατηρήθηκε το δόντι για όσο χρόνο βρισκόταν εκτός φατνίου αλλά και από το βαθμό ωριμότητας του δοντιού. Στη μετεμφύτευση, όπου η τοποθέτηση του δοντιού γίνεται άμεσα, σημαντικότερο ρόλο φαίνεται να παίζει ο βαθμός διάπλασης του δοντιού. Τα ανώριμα δόντια με ανοιχτό ακρορρίζιο φαίνεται να έχουν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα για επαναγγείωση του πολφού σε σχέση με τα πλήρως διαπλασμένα<sup>10,11</sup>. Ενδοδοντική θεραπεία (ΕΘ) προτείνεται σε κάθε περίπτωση όπου το δόντι είναι πλήρως διαπλασμένο ή η μετεμφύτευση έχει καθυστερήσει, ενώ όταν το δόντι είναι ανώριμο (διάπλαση της ρίζας έως τα 3/4 και ανοιχτό ακρορρίζιο) προτείνεται να ελέγχεται η ζωτικότητα του πολφού για 2 εβδομάδες και στη συνέχεια να γίνεται ενδοδοντική θεραπεία εάν δεν παρατηρηθούν σημεία ζωτικότητας<sup>12,13</sup>.

Πιστεύεται ότι μεταξύ της 10ης και 14ης ημέρας μετά την μετεμφύτευση είναι ο καταλληλότερος χρόνος για

ΕΘ. Ενδοδοντική θεραπεία που καθυστερεί μετά την 14η ημέρα έχει συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης φλεγμονώδους απορρόφησης, ενώ η ΕΘ πριν την 10η ημέρα δεν φαίνεται να προσφέρει μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας<sup>12</sup>.

Σε περιπτώσεις όπου το δόντι πρέπει να διατηρηθεί για μεγάλο διάστημα εκτός στόματος, ώστε πχ να δημιουργηθεί αρκετός χώρος για την επανατοποθέτησή του μετά από ορθοδοντική θεραπεία, υπάρχει η δυνατότητα της κρυοδιατήρησης (cryopreservation), όπου τα δόντια διατηρούνται σε ειδικό περιβάλλον σε θερμοκρασία  $-193^\circ\text{C}$  για διάστημα αρκετών μηνών, ώστε στη συνέχεια να ξαναχρησιμοποιηθούν<sup>14</sup>.

Η ακρορριζεκτομή φαίνεται να μην αυξάνει το ποσοστό επιτυχίας της μετεμφύτευσης στον άνθρωπο, παρά το ότι σε πειράματα σε σκύλους φάνηκε να βελτιώνει τα αποτελέσματα της διαδικασίας<sup>15</sup>.

Συμπερασματικά, στα πλήρως διαπλασμένα δόντια η ενδοδοντική θεραπεία αποτελεί συνήθη διαδικασία. Αντίθετα, στα δόντια με ανοιχτό ακρορρίζιο ( $1 > \text{mm}$ ) η ενδοδοντική θεραπεία μπορεί να καθυστερήσει. Η καθυστέρηση αυτή γίνεται διότι εάν τα ανώριμα δόντια διατηρηθούν ζωντανά, έχουν τη δυνατότητα να διαπλασθούν πλήρως<sup>12,16</sup>.

Το υδροξειδίου του ασβεστίου προτείνεται ως το πλέον κατάλληλο φύραμα έμφραξης εξαιτίας των αντιβακτηριακών ιδιοτήτων του, της ικανότητάς του να διαλύει τον νεκρωτικό ιστό, αλλά και επειδή υπάρχουν ενδείξεις πως εμποδίζει την εκδήλωση φλεγμονώδους απορρόφησης<sup>12</sup>. Προτείνεται η παραμονή του υδροξειδίου στους ριζικούς σωλήνες για 6-12 μήνες ή έως ότου είναι ορατή ακτινολογικά ολόκληρη η lamina dura πριν γίνει έμφραξη με γουταπέρκα. Τελευταίες μελέτες προτείνουν την τοποθέτηση υδροξειδίου μία εβδομάδα μετά την μετεμφύτευση καθώς συσχετίζουν την πρωιμότερη τοποθέτηση υδροξειδίου με αυξημένα ποσοστά αγκύλωσης<sup>17</sup>.

Επίσης, το υλικό MTA (mineral trioxide aggregate) έχει χρησιμοποιηθεί τελευταία σε περιστατικά μετεμφύτευσης δοντιών με ενθαρρυντικά αποτελέσματα στην αναχαίτιση της οδοντικής απορρόφησης<sup>18-20</sup>. Ωστόσο, οι δημοσιεύσεις αυτές αφορούν κυρίως αναφορές περιστατικών και για αυτό το λόγο απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να τεκμηριωθεί η χρησιμότητα του υλικού αυτού στην πρόληψη και καταστολή της οδοντικής απορρόφησης μετεμφυτευμένων δοντιών.

### Προετοιμασία της δέκτης θέσης

Ένα άλλο στάδιο της μετεμφύτευσης αποτελεί η προετοιμασία του φατνίου που θα δεχθεί το δόντι. Το φατνίο αυτό μπορεί να υπάρχει όταν έχει προηγηθεί εξαγωγή του δοντιού που πρόκειται να αντικατασταθεί ή να πρέπει να δημιουργηθεί σε νωδή θέση της φατνιακής ακρολοφίας.

Στην πρώτη περίπτωση, όπου υπάρχει φατνίο, αυτό καθαρίζεται από αιματικούς θρόμβους και οστικά θραύσματα που πιθανόν να έχουν απομείνει μετά την εξαγωγή του άλλου δοντιού. Η καλή πλύση με φυσιολογικό ορό (τόσο του φατνίου όσο και του δοντιού) κρίνεται πο-

λύ σημαντική<sup>21,22</sup>.

Στην περίπτωση που πρέπει να διαμορφωθεί εξαρχής φατνίο στο οστό της ακρολοφίας τότε, αν και υπάρχουν διάφορα πρωτόκολλα που μπορεί να ακολουθηθούν, οι βασικές χειρουργικές αρχές είναι οι εξής<sup>23</sup>:

Γίνεται αντισηψία στη δέκτρια θέση και σχεδιάζεται τραπεζοειδής κρημνός ο οποίος να προσφέρει καλή ορατότητα. Στη συνέχεια με κατάλληλα εργαλεία (οστεορίνες, εγγλυφίδες οστού κλπ) παρασκευάζεται το φατνίο το οποίο πρέπει όσο το δυνατόν να προσομοιάζει το σχήμα των ριζών του δοντιού (γι' αυτό το σκοπό μπορούν να χρησιμοποιηθούν και ειδικά ομοιώματα δοντιών σε κατάλληλα μεγέθη) και να είναι ελαφρώς ευρύτερο. Στη συνέχεια γίνεται η εξαγωγή του δοντιού προς μετεμφύτευση (ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο χρόνος παραμονής του εκτός στόματος) με προσοχή για να μην τραυματισθεί ο περιοδοντικός σύνδεσμος και τοποθετείται χωρίς πίεση στη νέα του θέση. Είναι σημαντικό να γίνονται οι χειρισμοί του δοντιού από τη μύλη του και να μην έρθει καθόλου, εάν είναι δυνατό, η ρίζα σε επαφή με τα εργαλεία. Εάν υπάρχει δυσκολία στη τοποθέτηση του δοντιού τότε αυτό μπορεί να τοποθετηθεί και με στροφή. Τέλος, επαναφέρεται ο κρημνός ώστε να εφαρμόζει καλά γύρω από τον αυχένα του δοντιού. Η τοποθέτηση του δοντιού καλό είναι να γίνεται σε ακρορριζικότερη θέση από τα υπόλοιπα, ώστε να βρίσκεται εκτός σύγκλεισης αλλά και να υπάρχει δυνατότητα για την πλήρη διάπλωση της ρίζας εάν το δόντι είναι ανώριμο.

Η επάλειψη του φατνίου με αμελογενίνη (παράγωγο αδαμαντινικής μήτρας χοίρου) προτείνεται από διάφορα πρωτόκολλα<sup>24</sup>, καθώς πιστεύεται πως αυτό ενισχύει την διαδικασία επούλωσης του περιοδοντικού συνδέσμου (ΠΣ), εμποδίζοντας έτσι την αγκύλωση του δοντιού. Οι έρευνες, όμως, προς το παρόν, παρουσιάζουν αντικρουόμενα αποτελέσματα<sup>25-27</sup> για το αν η εφαρμογή του βελτιώνει σημαντικά την ανασύσταση του ΠΣ.

### **Ακίνητοποίηση του μετεμφυτευμένου δοντιού**

Η ακίνητοποίηση ενός μετεμφυτευμένου δοντιού συστήνεται ώστε να επιτρέψει την περιοδοντική και πολφική επούλωση καθώς η κινητικότητα κατά την επούλωση αυξάνει τον κίνδυνο για περαιτέρω τραύμα και επιπλοκές. Οι παλαιότερες οδηγίες προτείνουν ακίνητοποίηση για 4-6 εβδομάδες<sup>28</sup> ή και περισσότερο, ενώ στις τελευταίες συστάσεις η ακίνητοποίηση περιορίζεται σε 1-2 εβδομάδες<sup>26</sup>. Ωστόσο, πολλοί υποστηρίζουν πως η επιτυχής περιοδοντική επούλωση μετά την μετεμφύτευση δεν επηρεάζεται από το εάν θα γίνει ή όχι ναρθηκοποίηση και από τις τεχνικές της λεπτομέρειες<sup>26</sup>. Η παρατεταμένη, συμπαγής ακίνητοποίηση είναι πιθανό να συνδέεται με αυξημένα ποσοστά αγκύλωσης και πολφικής νέκρωσης<sup>29,30</sup>. Μεγαλύτερη σημασία για την επούλωση φαίνεται να έχουν παράγοντες όπως ο χρόνος εξωστοματικής παραμονής του δοντιού και το μέσο διατήρησής του παρά η ναρθηκοποίησή του<sup>23,24</sup>.

Τελικά επικρατέστερη ίσως είναι μια ενδιάμεση άποψη, για ναρθηκοποίηση διάρκειας 1-2 εβδομάδων η οποία πρέπει να είναι ημι-ελαστική καθώς η μικρή αυτή κινητικότητα φαίνεται να αποτελεί σημαντικό ερέθισμα για

την καλύτερη περιοδοντική επούλωση<sup>29,30</sup>. Εάν βέβαια ι- διαίτερες συνθήκες, όπως μεγάλο έλλειμμα οστού, επιβάλλουν ακίνητοποίηση για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα τότε αυτή πρέπει να επεκτείνεται χρονικά<sup>29</sup>. Η ναρθηκοποίηση μπορεί να γίνει με σύρμα ορθοδοντικής, με σύνθετη ρητίνη ακόμη και με ράμματα<sup>4</sup>.

### **Χορήγηση αντιβιοτικών**

Η χορήγηση αντιβίωσης κατά τις επόμενες μέρες της μετεμφύτευσης υπήρξε πάγια τακτική και προτείνονται γι' αυτό διάφορα αντιβιοτικά σχήματα για άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα με σκοπό τον έλεγχο της μόλυνσης και τον περιορισμό της φλεγμονώδους απορρόφησης. Σε ορισμένες μελέτες ωστόσο δε φαίνεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της χορήγησης ή μη αντιβίωσης και της περιοδοντικής επούλωσης χωρίς απορρόφηση<sup>31</sup>. Επειδή, όμως τα νέα στοιχεία αυτά θεωρούνται ακόμη ανεπαρκή, συστήνεται να ακολουθούνται οι οδηγίες για χορήγηση αντιβίωσης ευρέος φάσματος για περίπου μία εβδομάδα, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του περιστατικού<sup>31</sup>.

### **Οδηγίες και επανέλεγχοι του δοντιού**

Μετά την μετεμφύτευση του δοντιού πρέπει να δίνονται σαφείς οδηγίες στον ασθενή αλλά και στους γονείς, εάν έχουμε να κάνουμε με νεαρά άτομα. Το δόντι δεν πρέπει να φορτίζεται κατά τη μάσηση και γι' αυτό συστήνεται μαλακές τροφές για 2 εβδομάδες<sup>24</sup>. Συστήνεται επίσης πολύ προσεκτική ψήκτριση με μαλακή οδοντόβουρτσα μετά από κάθε γεύμα και να γίνεται χρήση στοματικού διαλύματος χλωρεξιδίνης (0,1%) 2 φορές ημερησίως επί 1 εβδομάδα<sup>21</sup>.

Οι τακτικοί επανέλεγχοι για τον καθορισμό της πορείας του δοντιού και για τις περαιτέρω θεραπευτικές ενέργειες είναι πολύ σημαντικοί.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η μετεμφύτευση δοντιών μπορεί να προσφέρει αξιόλογες θεραπευτικές λύσεις σε περιπτώσεις ασθενών όπου άλλα σχέδια θεραπείας έχουν σημαντικά μειονεκτήματα και αντενδείξεις. Γι' αυτό το λόγο η γνώση των ενδείξεων, των βιολογικών μηχανισμών και των επιπλοκών της μετεμφύτευσης μπορεί να είναι χρήσιμο εργαλείο για τον οδοντίατρο. Τέλος, η συνεχής ενημέρωση για τις τροποποιήσεις των πρωτοκόλλων που αφορούν στην ευαίσθητη και πολύπλοκη αυτή διαδικασία είναι απαραίτητη ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα και να μειωθεί η πιθανότητα επιπλοκών.

### **SUMMARY**

#### **Tooth transplantation**

Venetis G., Liokatis P.G., Katsikanis F.

*hellenic hospital dentistry 4: 57-64, 2011*

*Tooth transplantation refers to the extraction of a tooth from one location and its replantation in a different*



location. When donor and recipient sites belong to the same person then it is called autogeneus tooth transplantation or tooth auto-transplantation. This is the tooth transplantation type that is going to be discussed in this paper. It is a method with various success rates which can be a possible treatment plan with its own indications and contra-indications, advantages and disadvantages.

This review presents the indications, perspectives, benefits and difficulties of tooth auto-transplantation. The factors that play a decisive role to the progress of the procedure are pointed. Furthermore, the main biologic mechanisms which are involved in auto-transplantation, those referring to trauma healing, are discussed. Those mechanisms also trigger possible complications which follow this method, mainly replacement resorption that is also explained in this review. In addition to these, a series of 4 auto-transplantation cases is presented. Finally, the guidelines according to modern bibliography about auto-transplantation are discussed. Following these guidelines will result in better success rates.

In conclusion, tooth auto-transplantation is a demanding surgical procedure. The dentist can reduce the possibility of complications and increase the success rate by applying a methodology based on the modern guidelines about tooth auto-transplantation. This will ensure that the transplanted teeth will remain for a significant period of time functional, offering another possible treatment plan with various advantages for his patient oral health.

**Key words:** tooth auto-transplantation; replacement resorption; tooth auto-transplantation protocol

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγγελόπουλος Α, Αλεξανδρίδης Κ, Κατσικέρης Ν: Σύγχρονη στοματική και γναθοπροσωπική χειρουργική. 2η Έκδοση. Αγγελόπουλος Άγγελος. Αθήνα. 2007: 391.
2. Natiella JR, Armitage JE, Greene GW: The replantation and transplantation of teeth. A review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1970; 29(3):397-419.
3. Peter PP: Autogenous transplantation of maxillary and mandibular molars. J Oral Maxillofac Surg 2008; 66:2314-2317.
4. Thomas S, Turner SR, Sandy JR: Autotransplantation of teeth. Is there a role? Br J Orthod 1998; 25(4):275-82.
5. Andreasen JO: Analysis of pathogenesis and topography of replacement resorption (ankylosis) after replacement of mature permanent incisors in monkeys. Swed Dent J 1980; 4:231-40.
6. Kim E, Jung JY et al: Evaluation of the prognosis and causes of failure in 182 cases of autogenous tooth transplantation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005; 100(1); 112-9.
7. Gonnissen H, Politis C, Schepers S, Lambrichts I, Vrielinck L, Sun Y et al: Long-term success and survival rates of autogenously transplanted canines. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2010; 110:570-578.
8. Kvint S, Lindsten R, Magnusson A, Nilsson P, Bjerklin K: Autotransplantation of teeth in 215 patients. A follow-up study. Angle Orthod 2010; 80(3):446-51.
9. Schwartz O, Bergmann P, Klausen B: Autotransplantation of human teeth. A life-table analysis of prognostic factors. Int J Oral Surg 1985; 14:245-258.
10. Andreasen JO, Andreasen FM, Skeie A, Hjorting-Hansen E, Schwartz O: Effect of treatment delay upon pulp and periodontal healing of traumatic dental injuries- a review article. Dent Traumatol 2002; 18:116-128.
11. Pohl Y, Wahl G, Filippi A, Kirschner H: Results after replantation of avulsed permanent teeth. III. Tooth loss and survival analysis. Dent Traumatol 2005; 21:102-110.
12. Hinckfuss SE, Messer LB: An evidence-based assessment of the clinical guidelines for replanted avulsed teeth. Part 1: timing of pulp extirpation. Dent Traumatol 2009; 25:32-42.
13. Flores MT, Andreasen JO, Bakland LK: Guidelines for the evaluation and management of traumatic dental injuries. Dent Traumatol 2001; 17:193-6.
14. Temmerman L, De Pauw GA, Beele H, Dermaut LR: Tooth transplantation and cryopreservation: state of the art. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2006; 129(5):691-5.
15. Andreasen JO, Schwartz O, Andreasen FM: The effect of apicoectomy before replantation on periodontal and pulpal healing in teeth in monkeys. Int J Oral Surg 1985; 14:176-183.
16. Finucane D, Kinirons MJ: External inflammatory and replacement resorption of luxated and avulsed replanted permanent incisors: a review and case presentation. Dent Traumatol 2003; 19:170-174.
17. Lengheden A, Blomlof L, Lindskog S: Effect of immediate calcium hydroxide treatment and permanent root-filling on periodontal healing in contaminated teeth. Scand J Dent Res 1991; 99:139-46.
18. Guzeler I, Uysal S, Cehreli ZC: Management of trauma-induced inflammatory root resorption using mineral trioxide aggregate obturation: two year follow-up. Dent Traumatol. 2010; 26(6):501-4.
19. Aqqarwal V, Singla M: Management of inflammatory root resorption using MTA obturation - a four year follow up. Br Dent J 2010 Apr 10; 208(7):287-9.
20. Jacobovitz M, de Pontes Lima RK: The use of calcium hydroxide and mineral trioxide aggregate on apexification of a replanted tooth: a case report. Dent Traumatol. 2009; 25(3):e32-6.
21. Panzarini SR, Gulinelli JL, Poi WR, Sonoda CK, Pedrini D, Brandini DA: Treatment of root surface in delayed tooth replantation: a review of literature. Dent Traumatol 2008; 24:277-282.
22. Panzarini SR, Perri De Carvalho AC, Poi WR, Sonoda CK: Use of vitamin C in delayed tooth replantation. Braz Dent J 2005; 16: 17-22.
23. Northway WM, Koningsberg S: Autogenic tooth autotransplantation. The "state of the art". Am J Orthod 1980; 77(2); 146-82.
24. Flores MT, Andreasen JO, Bakland LK et al: Guidelines for the evaluation and management of traumatic dental injuries. Dent Traumatol 2001; 17:193-196.
25. Hamamoto Y, Kawasaki N, Jarnbring F, Hammarstrom L: Effects and distribution of the enamel matrix derivative Emdogain in the periodontal tissues of rat molars

- transplanted to the abdominal wall. Dent Traumatol 2002; 18:12-23.
26. Filippi A, Pohl Y, von Arx T: Treatment of replacement resorption with Emdogain- preliminary results after 10 months. Dent Traumatol 2001; 17:134-8.
27. Filippi A, Pohl Y, von Arx T: Treatment of replacement resorption with Emdogain-a prospective clinical study. Dent Traumatol 2002; 18:138-43.
28. Andreasen JO, Borum MK, Jacobsen HL, Andreasen FM: Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 1. Diagnosis of healing complications. Endod Dent Traumatol 1995; 11:51-8.
29. Hinckfuss SE, Messer LB: Splinting duration and periodontal outcomes for replanted avulsed teeth: a systematic review. Dent Traumatol 2009; 25:150-157.
30. Kahler B, Heithersay GS: An evidence-based appraisal of splinting luxated, avulsed and root-fractured teeth. Dent Traumatol 2008; 24:2-10.
31. Hinckfuss SE, Messer LB: An evidence-based assessment of the clinical guidelines for replanted avulsed teeth. Part II: prescription of systemic antibiotics. Dent Traumatol 2009; 25:158-164.

---

**Διεύθυνση για επικοινωνία:**

Λιοκάτης Πάρις-Γεώργιος,  
Πανδοσίας 22, Ιωάννινα,  
TK 45332, τηλ. 6944147238,  
e-mail: paris\_liokatis@hotmail.com

## Παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε άτομα με σωματική ή/και νοητική διαταραχή

Σωτηρία Γκιζάνη\*

Ο σκοπός της εργασίας είναι να α) παρουσιάσει ευρήματα της βιβλιογραφίας σχετικά με τη στοματική υγεία και την ανάγκη παροχής οδοντιατρικής θεραπείας στα άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑΜεΑ), β) περιγράψει τα αποτελέσματα μελέτης σχετικά με τη γνώση, στάση και πρακτικές οδοντιάτρων που παρακολούθησαν το 26ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο, για τη φροντίδα αυτών των ατόμων, γ) να παρουσιάσει στοιχεία σχετικά με τη διαμόρφωση ενός οδοντιατρείου για τη διευκόλυνση πρόσβασης και παροχής θεραπείας στα ΑΜεΑ.

Τα άτομα αυτά ταξινομούνται ανάλογα με το βαθμό αυτοεξυπηρέτησής τους και το σωματικό, νοητικό, ψυχολογικό ή λειτουργικό τους πρόβλημα. Η βιβλιογραφία συμφωνεί σχεδόν ομόφωνα στο γεγονός ότι τα ΑΜεΑ έχουν μεγάλη ανάγκη για οδοντιατρική θεραπεία. Τα αποτελέσματα της μελέτης που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας υποδεικνύουν ότι ο γενικός οδοντίατρος είναι αυτός που καλείται να θεραπεύσει συχνά τα ΑΜεΑ. Εντούτοις, ενώ είναι πρόθυμος, δεν έχει εκπαιδευτεί στη θεραπεία των ατόμων αυτών. Έτσι λοιπόν, είναι απαραίτητη η εκπαίδευση των οδοντιάτρων στην οδοντιατρική θεραπεία των ΑΜεΑ τόσο κατά τη διάρκεια των προ- και μετα-πτυχιακών τους σπουδών όσο και με τη δια-βίου μάθηση.

Η διευκόλυνση της μετακίνησης και πρόσβασης των εμποδιζόμενων ατόμων πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά το σχεδιασμό ενός σύγχρονου οδοντιατρείου που τους παρέχει θεραπεία. Η παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών στους ειδικούς ασθενείς είναι αδύνατη χωρίς τον ειδικό εξοπλισμό που εξασφαλίζει την ευκολότερη και ασφαλέστερη οδοντιατρική αντιμετώπισή τους. Καθώς ο αριθμός των ΑΜεΑ που αναζητούν οδοντιατρική φροντίδα αυξάνεται συνεχώς, η συνεργασία του γενικού οδοντίατρου με τον παιδοδοντίατρο και με άλλες ειδικότητες είναι απαραίτητη για την παροχή θεραπείας στα άτομα αυτά.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 4: 65-71, 2011

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σκοπός της εργασίας είναι να α) παρουσιάσει ευρήματα της βιβλιογραφίας σχετικά με τη στοματική υγεία και την ανάγκη παροχής οδοντιατρικής θεραπείας στα άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑΜεΑ), β) περιγράψει τα αποτελέσματα μελέτης σχετικά με τη γνώση, στάση και πρακτικές οδοντιάτρων που παρακολούθησαν το 26ο Πα-

νελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο, για τη φροντίδα αυτών των ατόμων, γ) να παρουσιάσει στοιχεία σχετικά με τη διαμόρφωση ενός οδοντιατρείου για τη διευκόλυνση πρόσβασης και παροχής θεραπείας στα ΑΜεΑ.

Τα ΑΜεΑ αποτελούν ένα σημαντικό και συνεχώς αυξανόμενο μέρος του πληθυσμού, σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες. Παγκοσμίως, αποτελούν περίπου το 15-20% του πληθυσμού κάθε χώρας, ενώ ένας στους τέσσερις ευρωπαίους δηλώνει ότι ένα μέλος της οικογένειάς του παρουσιάζει αναπηρία/ανικανότητα (Στοιχεία απογραφής ΑΜεΑ στην Ευρωπαϊκή Ένωση, 2003)<sup>1</sup>. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την Έκθεση της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, υπολογίζεται ότι τα άτομα που έπασχαν τη δεκαετία του 90 από χρόνιο νόσημα ή μόνιμη αναπηρία ήταν 274.223 (Στοιχεία Απογραφής, ΕΣΥ 1991)<sup>2</sup>.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), η ανικανότητα/αναπηρία (disability) είναι ένας ευρύς

**Λέξεις κλειδιά:** στάση οδοντιάτρων, στοματική υγεία, άτομα με ειδικές ανάγκες, εκπαίδευση, παροχή θεραπείας, πρόσβαση

\* Λέκτορας Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ, MScD, PhD

Ίδρυμα προέλευσης:  
Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Η εργασία παρουσιάστηκε ως εισήγηση στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής 30/9 - 2/10/2011, Αθήνα

όρος που αναφέρεται στην αναπηρία (impairment) και στους περιορισμούς που αντιμετωπίζουν τα ΑΜεΑ στις δραστηριότητές τους και στη συμμετοχή τους στη καθημερινότητα. Η αναπηρία, αφορά ένα ή περισσότερα προβλήματα της λειτουργίας του οργανισμού, ενώ, ο περιορισμός στη δραστηριότητα, αφορά τη δυσκολία που αντιμετωπίζει το άτομο στην εκτέλεση μίας πράξης και κατά συνέπεια στη συμμετοχή του στην καθημερινή ζωή<sup>3</sup>. Έτσι, ο ευρύς όρος “άτομο με ειδικές ανάγκες” αναφέρεται στο άτομο που η φυσιολογική του ανάπτυξη, κοινωνική έκφραση, εργασία και ψυχαγωγία παρακωλύεται για μεγάλο χρονικό διάστημα εξαιτίας ενός σωματικού, νοητικού, ψυχολογικού ή λειτουργικού προβλήματος<sup>4</sup>.

Τα ΑΜεΑ ταξινομούνται ανάλογα με το βαθμό αυτοεξυπηρέτησής τους και το σωματικό, νοητικό, ψυχολογικό ή λειτουργικό τους πρόβλημα<sup>4</sup>. Σύμφωνα με το τελευταίο διαχωρισμό, τα ΑΜεΑ ταξινομούνται σε άτομα με:

**α) Χρόνιο ιατρικό πρόβλημα:** καρδιοπάθειες, νόσοι του αίματος, μεταβολικές νόσοι, νόσοι του ανοσοποιητικού συστήματος, νόσοι του αναπνευστικού συστήματος, καρκίνος κ. ά.

**β) Σωματική αναπηρία (εμποδιζόμενα άτομα):** συγγενής/επίκτητη απώλεια αρτιμέλειας, παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος (αρθρίτιδα, μυϊκή δυστροφία, μυασθένεια Gravis, osteogenesis imperfecta), παθήσεις του νευρομυϊκού συστήματος (εγκεφαλική παράλυση, σκλήρυνση κατά πλάκας) και ολική ή μερική απώλεια όρασης ή/και ακοής.

**γ) Συμπεριφερσιολογικές διαταραχές:** νοητική υστέρηση, συναισθηματικές, ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές, μαθησιακές δυσκολίες (δυσλεξία, δυσαριθμσία, δυσαναγνωσία), νεύρωση, ελλειμματική προσοχή-υπερκινητικότητα (ADHD- attention deficit hyperactivity disorder), αυτισμός, ψύχωση.

**δ) Συγγενή ή επίκτητα σύνδρομα ή προβλήματα στη γναθοπροσωπική χώρα:** άτομα με ατελή αδαμαντινογενεσία, ατελή οδοντινογενεσία, χείλο-, γναθο-, υπερωιο- σχιστίες, καρκίνο του στόματος κ.ά.

Σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες ο μέσος όρος ζωής των ΑΜεΑ αυξάνεται συνεχώς καθώς βελτιώνεται η ποιότητα ζωής, εξελίσσεται η ιατρική και η τεχνολογία, και ενθαρρύνονται οι προσπάθειες για την κοινωνική ένταξη αυτών των ατόμων. Κατά συνέπεια ο αριθμός των ατόμων αυτών που αναζητά αντιμετώπιση και φροντίδα στο οδοντιατρείο συνεχώς θα αυξάνεται, γεγονός που καθιστά απολύτως αναγκαία τη γνώση και εξειδίκευση του οδοντιάτρου στην αντιμετώπισή τους.

### ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Αρκετές μελέτες έχουν περιγράψει τη στοματική υγεία των ΑΜεΑ. Τα ευρήματά τους συμφωνούν στο γεγονός ότι η στοματική υγεία των ατόμων αυτών και κυρίως των ατόμων με νοητική υστέρηση είναι χειρότερη από τους

υγείς συνομήλικούς τους<sup>5-7</sup>. Παράμετροι όπως οι δυσκολίες στη διεξαγωγή της στοματικής υγιεινής, η λήψη φαρμάκων, τα ορθοδοντικά προβλήματα, η στοματική αναπνοή, οι δυσκολίες στη μάσηση και η κατανάλωση μαλακών τροφών συμβάλλουν αρνητικά στη στοματική κατάσταση<sup>8-9</sup>. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα άτομα με ειδικές ανάγκες παρουσιάζουν ουλίτιδα ή/και περιοδοντίτιδα πιο συχνά από τα υγιή άτομα, ενώ τα ευρήματα για τον επιπολασμό της τερηδόνας είναι αντιφατικά<sup>10-13</sup>. Επιπλέον, τα άτομα με ειδικές ανάγκες εμφανίζουν συχνά ανοιχτή δήξη, σταυροειδή σύγκλιση, υπεράριθμα ή ελλείποντα δόντια, έκτοπη ανατολή δοντιών κ.ά.<sup>14-15</sup>. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των προαναφερθέντων μελετών θα πρέπει βέβαια να γίνεται με προσοχή αφού συχνά αυτές αφορούν δείγμα ατόμων με μικρό μέγεθος, διαφορετικές αναπηρίες / σύνδρομα καθώς και διαφορετικές συνθήκες διαβίωσης. Έστω όμως και με την παραπάνω επιφύλαξη, η βιβλιογραφία δείχνει ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη για περιοδοντική, οδοντική και ορθοδοντική θεραπεία σε αυτή την ομάδα πληθυσμού<sup>6</sup>.

Οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στη χαμηλή παροχή οδοντιατρικής θεραπείας είναι οι ακόλουθοι: α) η αναζήτηση φροντίδας σε αρκετά προχωρημένο στάδιο της τερηδόνας/περιοδοντικής νόσου, β) οι δυσκολίες στην παροχή οδοντιατρικής θεραπείας (όπως δύσκολη πρόσβαση στο οδοντιατρείο, ελλιπής εξοπλισμός, ελλιπής εκπαίδευση του οδοντιάτρου, ανεπαρκής κάλυψη της οδοντιατρικής θεραπείας από τους ασφαλιστικούς φορείς/οικονομικά προβλήματα κ.α.), γ) οι δυσκολίες στην επικοινωνία (νοητική υστέρηση), δ) η περιορισμένη παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε νοσοκομεία με συνθήκες γενικής αναισθησίας<sup>16-18</sup>.

Η συσσώρευση των αθεράπευτων στοματικών νόσων όπως της τερηδόνας και των νόσων του περιοδοντίου σε συνδυασμό με τους προαναφερθέντες παράγοντες, μετατρέπει την παροχή οδοντιατρικής θεραπείας για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, σε πρόκληση.

Στην Ελλάδα, μέχρι τώρα, έχουν γίνει λίγες μελέτες σχετικά με τη στοματική υγεία, την οδοντιατρική θεραπεία και τις οδοντιατρικές ανάγκες των ΑΜεΑ. Αναφορικά με την παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης έχει βρεθεί ότι μόνο το 1/10 έως και 1/4 των τερηδοσισμένων οδοντικών επιφανειών έχουν θεραπευτεί σε παιδιά και εφήβους με νοητική υστέρηση<sup>19-20</sup>.

Για τον σκοπό αυτό, πραγματοποιήθηκε μελέτη από το Εργαστήριο της Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ σε συνεργασία με την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία<sup>21</sup>, με στόχο να:

- περιγράψει την οδοντιατρική φροντίδα της στοματικής υγείας ατόμων με σωματική και/ή νοητική διαταραχή (ΣΝΔ) στην Ελλάδα.
- εξερευνήσει το προφίλ οδοντιάτρων που παρέχουν οδοντιατρική φροντίδα σε αυτά τα άτομα.
- καταγράψει τις απόψεις και στάσεις των οδοντιά-

τρων σχετικά με την παροχή οδοντιατρικής φροντίδας στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών.

### Δείγμα μελέτης

Ο αρχικός στόχος του πληθυσμιακού δείγματος ήταν οι οδοντίατροι που παρακολούθησαν το 26ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο στην Αθήνα (2007). Με την τεχνική επιλογής τυχαίου δείγματος, συμμετείχαν τελικά 534/750 οδοντίατροι παρακολουθούμενοι (56% γυναίκες και 44% άνδρες). Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που προήλθε από τη τροποποίηση εκείνου που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη των Bedi και συν (2001)<sup>17</sup>. Το ερωτηματολόγιο αυτό μεταφράστηκε, ελέγχθηκε για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του και τροποποιήθηκε κατάλληλα για την εφαρμογή του στα ελληνικά πλαίσια.

### Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τέσσερις ενότητες και συνέλεξε στοιχεία σχετικά με τα δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά στοιχεία οδοντιάτρων (ηλικία, φύλο, προ-/μετα-πτυχιακές σπουδές), το είδος του οδοντιατρείου (γενική οδοντιατρική/ ειδικότητα, τοποθεσία, ύπαρξη βοηθού οδοντιατρείου), την παροχή οδοντιατρικής θεραπείας σε άτομα με σωματική/νοητική διαταραχή (συχνότητα, είδος, δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο οδοντίατρος) και τις στάσεις και απόψεις των οδοντιάτρων σχετικά με την παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε αυτά τα άτομα.

### Αποτελέσματα

**Δημογραφικά στοιχεία οδοντιάτρων:** Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 60,3% των συμμετεχόντων έχουν αποφοιτήσει από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, 24,2% από το Πανεπιστήμιο της Θεσσαλονίκης, 5,7% από τη Ρουμανία και 9,8% από Πανεπιστήμια Δυτικοευρωπαϊκών και Βαλκανικών χωρών. Περίπου 7 από τους 10 συμμετέχοντες δεν είχαν εκπαιδευτεί στη θεραπεία ατόμων με ΣΝΔ. Από τους οδοντιάτρους που είχαν εκπαιδευτεί στη θεραπεία των ΑΜεΑ κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών τους σπουδών, 26% ήταν παιδοδοντίατροι, 14,4% περιοδοντολόγοι και 13,7% προσθετολόγοι.

**Είδος οδοντιατρείου:** Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γενικοί οδοντίατροι που ασκούσαν γενική οδοντιατρική στο ιδιωτικό τους ιατρείο στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών. Λιγότερο από

50% των οδοντιάτρων προσέφεραν τις υπηρεσίες τους με την οδοντιατρική τεσσάρων χειρών. Ο μέσος αριθμός ΑΜεΑ που θεραπεύονταν ανά έτος ήταν 8 άτομα ενώ 4/10 οδοντιάτρους παρέπεμπαν αυτά τα άτομα σε εξειδικευμένους οδοντιάτρους.

**Παρεχόμενη θεραπεία:** Το είδος της οδοντιατρικής θεραπείας που παρείχετο πιο συχνά ήταν ο καθαρισμός των δοντιών (65,2%) και στη συνέχεια οι αποκαταστάσεις, η εφαρμογή φθορίου και οι εξαγωγές δοντιών. Η οδοντιατρική θεραπεία που παρείχετο λιγότερο συχνά ήταν η ορθοδοντική (Πίν. 1) και χαρακτηρίστηκε από τους ερωτηθέντες οδοντιάτρους ως η πιο δύσκολη θεραπεία (78,4%). Στο βαθμό δυσκολίας ακολούθησαν η προσθετική αποκατάσταση και η αντιμετώπιση οδοντικού τραύματος (62,9% και 45,9% αντίστοιχα, Πίν. 2). Οι αιτίες που αναφέρθηκαν πιο συχνά από τους οδοντιάτρους ως υπεύθυνες για την έλλειψη παροχής θεραπείας στα ΑμεΑ ήταν: δυσκολίες στην πρόσβαση στο οδοντιατρείο, οικονομικοί λόγοι και η έλλειψη ειδικής εκπαίδευσης.

**Στάσεις και απόψεις των οδοντιάτρων:** Σχεδόν όλοι οι οδοντίατροι συμφώνησαν στην άποψη ότι παρόλο που η οδοντιατρική θεραπεία των ΑΜεΑ είναι δύσκολη και χρονοβόρα, προσφέρει ταυτόχρονα ηθική ανταμοιβή (Πίν. 3). Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η πλειοψηφία των οδοντιάτρων που συμμετείχαν στο 26ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό συνέδριο και ερωτήθηκαν, ήταν πρόθυμοι και παρείχαν θεραπεία στα ΑΜεΑ παρά το γεγονός ότι σχεδόν μόνο 1/3 των οδοντιάτρων είχαν εκπαιδευθεί στην αντιμετώπιση αυτής της ομάδας ασθενών. Παρ' όλα αυτά μερικά είδη οδοντιατρικής θεραπείας, όπως ορθοδοντική, ενδοδοντική και περιοδοντική θεραπεία καθώς και προσθετική αποκατάσταση παρέχο-

**Πίνακας 1**

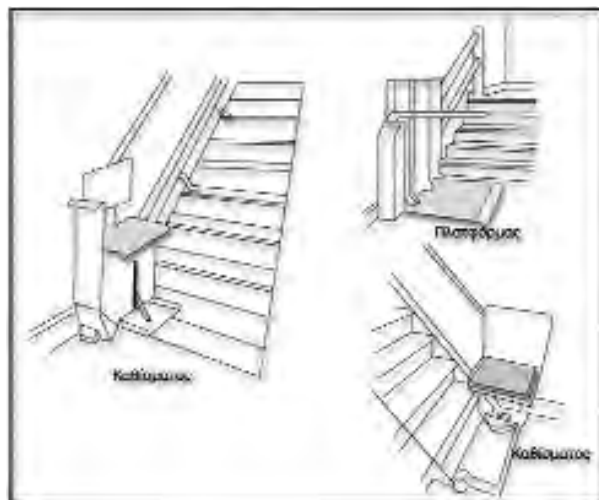
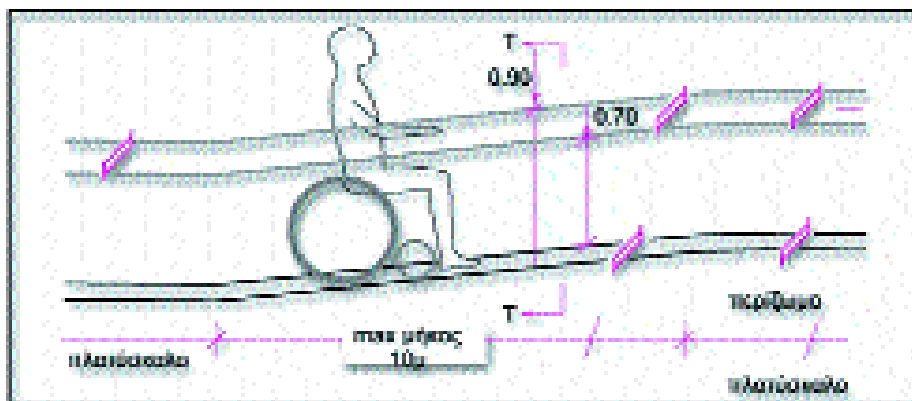
#### ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΙΔΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΜεΑ

Είδος θεραπείας	Συχνότητα παροχής θεραπείας Αριθμός (%)		
	Συχνά (≥ 10 ασθενείς)	Σπάνια (≤ 5 ασθενείς)	Ποτέ (κανένα)
Καθαρισμός δοντιών	307 (58,0)	164 (30,9)	59 (11,1)
Αποκαταστάσεις	263 (49,6)	163 (30,8)	104 (19,6)
Εφαρμογή φθορίου	215 (40,7)	125 (23,6)	189 (35,7)
Εξαγωγές δοντιών	199 (37,6)	206 (39,0)	124 (23,4)
Προληπτικές καλύψεις οπών και σχισμών	141 (26,6)	134 (25,3)	255 (48,1)
Περιοδοντική θεραπεία	109 (20,6)	159 (30,0)	262 (49,4)
Ενδοδοντική θεραπεία	59 (11,2)	193 (36,6)	276 (52,2)
Ορθοδοντική θεραπεία	7 (1,3)	36 (6,8)	487 (91,9)

**Πίνακας 2**

**ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΒΑΘΜΟΥ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΙΔΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΑ ΑΜεΑ**

Είδος θεραπείας	Βαθμός δυσκολίας Αριθμός (%)		
	Υψηλός (κλίμακα: 6,8-10,0)	Μέτριος (κλίμακα: 3,4-6,7)	Χαμηλός (κλίμακα: 0,0-3,3)
Ορθοδοντική θεραπεία	301 (78,4)	67 (17,4)	16 (4,2)
Προσθετικές αποκαταστάσεις	294 (62,9)	153 (32,8)	20 (4,3)
Οδοντικό Τραύμα	210 (46,0)	210 (46,0)	37 (8,1)
Περιοδοντική θεραπεία	162 (36,5)	232 (52,2)	50 (11,30)
Εξαγωγές δοντιών	158 (32,6)	271 (56,0)	55 (11,4)
Εμφράξεις	149 (30,7)	(279) 57,5	57 (11,8)
Πρόληψη	97 (20,9)	206 (44,4)	161 (34,7)



**Εικ. 1:**  
Διαμόρφωση εξωτερικών χώρων (ΥΠΕΧΩΔΕ, 2011, <http://www.minenv.gr/1/16/162/16203/g1620300.html>)

νταν σπάνια. Οι προσπάθειες για τη βελτίωση της κατάστασης θα πρέπει να εστιαστούν στην εκπαίδευση των οδοντιάτρων σχετικά με την οδοντιατρική φροντίδα ειδικών ασθενών τόσο κατά τη διάρκεια των προ- και μετα-πτυχιακών σπουδών τους όσο και στη δια-βίου εκπαίδευσή τους. Βέβαια, όπως λέγει χαρακτηριστικά ο Mc Tigue "...η εκπαίδευση, από μόνη της, δεν εγγυάται ότι ο οδοντίατρος θα θεραπεύει αυτούς τους ασθενείς στο ιατρείο του"<sup>22</sup>.

**ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ**

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι κατά το σχεδιασμό ενός σύγχρονου οδοντιατρείου που παρέχει θεραπεία σε ΑΜεΑ θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η διευκόλυνση της μετακίνησης και πρόσβασης των εμποδιζόμενων ατόμων. Στην κατηγορία αυτή συγκαταλέγονται άτομα με ειδικές ανάγκες, άτομα τρίτης ηλικίας, οι έγκυες γυναίκες, τα άτομα με ασυνήθεις σωματικές διαστάσεις (όπως οι υπέρβαροι) και, τέλος, όσοι χρησιμοποιούν ή οδηγούν οποιουδήποτε τύπου αμαξίδιο<sup>23</sup>.

Στην Ελλάδα το ΥΠΕΧΩΔΕ δημιούργησε ειδικό τμήμα για τη μελέτη των προδιαγραφών των χώρων όπου κινούνται και ΑΜεΑ. Ο φορέας αυτός έχει προβεί σε Νομοθετικές ρυθμίσεις ήδη από το 1989 με την μορφή προδιαγραφών για την αυτόνομη διακίνηση και διευκόλυνση ατόμων με ειδικές ανάγκες σε κοινόχρηστους και ιδιωτικούς χώρους.

Οι εξωτερικοί χώροι του ιατρείου που επηρεάζουν την πρόσβαση των ΑΜεΑ όπως οι χώροι στάθμευσης, οι δρόμοι, τα πεζοδρόμια, και οι σκάλες, πρέπει να παρέχουν ασφάλεια μέσω του σχεδιασμού, των χρησι-

Πίνακας 3

## ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΑΜεΑ

Στάσεις και απόψεις	Συμφωνώ (%)	Διαφωνώ (%)	Δεν έχω άποψη (%)
Η οδοντιατρική θεραπεία είναι χρονοβόρα	93,3	5,8	1,0
Η παροχή θεραπειών είναι δύσκολη	91,7	6,5	1,7
Η θεραπεία αυτών των ατόμων προσφέρει ηθική ανταμοιβή	71,5	18,7	9,8
Ο οδοντίατρος πρέπει να διατηρεί το δικαίωμα να αρνηθεί τη θεραπεία ΑΜεΑ	32,9	55,0	12,1
Ο οδοντίατρος πρέπει να αμείβεται περισσότερο για τη θεραπεία των ΑΜεΑ συγκριτικά από άλλους ασθενείς	29,2	59,5	11,3
Οι ασθενείς αυτοί αναστατώνουν άλλους ασθενείς στην αίθουσα αναμονής	15,7	65,6	18,6
Τα ΑΜεΑ δεν είναι συνεπείς στα ραντεβού τους	9,2	77,2	13,6

μποιούμενων υλικών και του τρόπου κατασκευής τους<sup>24</sup>. Σε περίπτωση που η είσοδος του κτιρίου είναι ανισόπεδη με τον περιβάλλοντα χώρο, είναι απαραίτητη η σύνδεση μεταξύ τους με την ύπαρξη κεκλιμένων επιπέδων (ράμπες) (εικ. 1). Το υλικό κατασκευής των κεκλιμένων αυτών επιπέδων πρέπει απαραίτητα να είναι αντιολισθητικό, η δε κλίση τους να μην ξεπερνά το 10%. Το μήκος της ράμπας δεν πρέπει να ξεπερνά τα 10 μέτρα. Η πόρτα εισόδου να έχει εύρος τουλάχιστον 82 εκ., με χειρολαβές σε προσιτά σημεία, ειδικά σήματα αναγνώρισης και ανάγλυφα γράμματα για τα άτομα με προβλήματα όρασης καθώς και τα ηχητικά σήματα για εκείνους που έχουν προβλήματα ακοής<sup>24-25</sup>. Οι *ανελευκστήρες* πρέπει να έχουν δά-

πεδο με αντιολισθητικό υλικό και διαστάσεις που να επιτρέπουν τους ελιγμούς των αμαξιδίων. Οι διακόπτες τους πρέπει να τοποθετούνται κατακόρυφα, με ανάγλυφα ψηφία ενώ οι φωτεινοί διακόπτες αφής, να βρίσκονται σε χαμηλό σημείο.

Ο χώρος αναμονής πρέπει να προσφέρει τη δυνατότητα ελεύθερης κυκλοφορίας των ατόμων με ειδικές ανάγκες χωρίς χαλιά, με αντιολισθητικό δάπεδο. Οι διακόπτες να βρίσκονται σε χαμηλό ύψος ενώ η τηλεφωνική συσκευή δεν πρέπει να βρίσκεται χαμηλότερα από ύψος 90 εκ.

Ο χώρος του οδοντιατρείου πρέπει να έχει λειτουργικό περιβάλλον με επαρκές εύρος εισόδου (πόρτα τουλάχιστον 80 εκ.) και με ελεύθερο χώρο γύρω από την οδοντιατρική έδρα διευκολύνοντας τη μετακίνηση ασθενούς με αμαξίδιο και του προσωπικού του ιατρείου. Η οδοντιατρική έδρα θα πρέπει να είναι ευέλικτη, να περιστρέφεται και να προσαρμόζεται στην κατάλληλη θέση καθώς και να έχει τροχήλατα μηχανικά μέρη<sup>24-25</sup>.

Οι χώροι υγιεινής του ιατρείου με ορισμένες τροποποιήσεις μπορούν να γίνουν λειτουργικοί για ένα ασθενή με ειδικές ανάγκες. Κάθε χώρος υγιεινής πρέπει να επιτρέπει την διέλευση και απρόσκοπτη κίνηση και περιστροφή αναπηρικού αμαξιδίου. Το ελάχιστο εύρος της πόρτας εισόδου είναι 80 εκ.

Η μεταφορά των ασθενών που χρησιμοποιούν αναπηρικά αμαξίδια στην οδοντιατρική έδρα χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και απαιτεί γνώσεις, δεξιότητες και εμπειρία από τον ιατρό και το βοηθητικό προσωπικό του ιατρείου. Ο τρόπος επιλογής εξαρτάται από τη μυϊκή δύναμη και το συντονισμό κινήσεων του ασθενούς, την ικανότητα του ιατρού και του βοηθητικού προσωπικού του ιατρείου και τον διαθέσιμο χώρο γύρω από την οδοντιατρική έδρα. Ο

ασθενής μπορεί να μεταφέρεται από το αναπηρικό αμαξίδιο στην οδοντιατρική έδρα με την βοήθεια ενός επικλινούς επιπέδου, ενός ή και δύο ατόμων<sup>25</sup>.

**ΕΙΔΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ**

Η παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών στους ειδικούς ασθενείς είναι αδύνατη χωρίς τον ειδικό εξοπλισμό που εξασφαλίζει την ευκολότερη και ασφαλέστερη οδοντιατρική αντιμετώπισή τους. Τα μέσα που χρησιμοποιούνται, στοχεύουν στην: α) ακινητοποίηση του ασθενούς όταν, για διάφορους λόγους, αυτός δεν μπορεί να παραμείνει ακίνητος στην οδοντιατρική έδρα, β) διάνοιξη του στό-

ματος του, γ) προστασία του ασθενούς και του ιατρού. Μερικά από τα μέσα αυτά που χρησιμοποιούνται πιο συχνά είναι: Τα μέσα ακινητοποίησης του ασθενούς στην οδοντιατρική έδρα όταν ο ασθενής δεν είναι συνεργάσιμος ή αν λόγω ειδικών νευρολογικών διαταραχών εμφανίζει σπαστικές ή αθετωσικές κινήσεις. Ένας από τους τρόπους με τους οποίους επιτυγχάνεται η ακινητοποίηση του ασθενή με ασφαλές τρόπο είναι η παιδιατρική φασκιά<sup>23</sup> (εικ. 2).



**Εικ. 2:**  
Παιδιατρική φασκιά (www.specializedcare.com, access 2011)

Τα μέσα στήριξης του σώματος χρησιμοποιούνται για άτομα με μυο-σκελετικές ή/και νευρο-μυο-σκελετικές διαταραχές όπως ρευματοειδή αρθρίτιδα, εγκεφαλική παράλυση και μυϊκή δυστροφία και χρησιμεύουν για την εξασφάλιση αναπαυτικότερης θέσης του ασθενή στην οδοντιατρική έδρα. Τα μέσα αυτά είναι μαξιλάρια, στρώματα από αφρολέξ ή ειδικά φουσκωτά μαξιλάρια (beanbags). Πριν από τη χρήση τους πρέπει να γίνει προσεκτική εξέταση του ασθενή και αξιολόγηση του προβλήματός του ώστε να επιλεγεί το καταλληλότερο μέσο στήριξης του σώματός του<sup>24</sup>. Στα μέσα διάνοιξης του στόματος συγκαταλέγονται οι στοματοδιαστολείς (εικ. 3), που χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις ασθενών που



**Εικ. 3:**  
Στοματοδιαστολείς διαφορετικού μεγέθους.

δεν μπορούν ή δεν θέλουν να ανοίξουν το στόμα τους. Η χρήση τους γίνεται ευρύτατα σε ασθενείς με μυϊκή δυστροφία, σκλήρυνση κατά πλάκας, μυσθένεια Gravis, νόσο Parkinson, εγκεφαλική παράλυση καθώς και άλλες παρόμοιες νευρολογικές παθήσεις.

Κατά τη χρήση του στοματοδιαστολέα χρειάζεται προσοχή γιατί μπορεί να προκληθούν προβλήματα από την κροταφογναθική άρθρωση εάν γίνει υπέρμετρη διάνοιξη του στόματος, ιδιαίτερα σε ασθενείς με μυϊκά προβλήματα. Για το λόγο αυτόν χρειάζεται η χαλάρωσή του κάθε 10 με 15 λεπτά ώστε να αναπαύεται ο ασθενής<sup>23,25</sup>.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η βιβλιογραφία συμφωνεί σχεδόν ομόφωνα στο γεγονός ότι τα ΑΜεΑ έχουν μεγάλη ανάγκη για οδοντιατρική θεραπεία. Τα αποτελέσματα της μελέτης που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας υποδεικνύουν ότι ο γενικός οδοντίατρος είναι αυτός που καλείται να θεραπεύσει συχνά τα ΑΜεΑ. Εντούτοις, ενώ είναι πρόθυμος, δεν έχει εκπαιδευτεί στη θεραπεία των ατόμων αυτών. Έτσι λοιπόν, είναι απαραίτητη η εκπαίδευση των οδοντιάτρων στην οδοντιατρική θεραπεία των ΑΜεΑ τόσο κατά τη διάρκεια των προ- και μετα-πτυχιακών τους σπουδών όσο και με τη δια-βίου μάθηση.

Καθώς ο αριθμός των ΑΜεΑ που αναζητούν οδοντιατρική φροντίδα αυξάνεται συνεχώς, η συνεργασία του γενικού οδοντίατρο με τον παιδοδοντίατρο και με άλλες ειδικότητες είναι απαραίτητη για την παροχή θεραπείας στα άτομα αυτά. Επίσης, δεδομένου ότι η κακή στοματική υγεία αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών εξαιτίας της ύπαρξης μολύνσεων και μειώνει την ποιότητα ζωής των ΑΜεΑ, είναι αναγκαία η συνολική αντιμετώπιση των οδοντιατρικών τους αναγκών σε εξειδικευμένα κέντρα ιδιωτικού ή/και δημόσιου φορέα από ομάδα διαφόρων επαγγελματιών υγείας.

### SUMMARY

#### Provision of dental treatment to patients with physical or mental problem

Gizani S.

*hellenic hospital dentistry 4: 65-71, 2011*

*The study aims to a) present review findings about the oral health and the need for provision of dental treatment to persons with special needs (PSN), b) describe the findings of a study on the knowledge, attitude and provision of oral health care by dentists, who attended the 26th Congress of the Hellenic Dental Association, c) present data about the necessary modifications of a dental office for the access and provision of treatment for PSN.*

*These persons are classified based on the degree of self-reliance, and their physical, mental, psychological or*



functional problem. The literature almost unanimously agrees on the fact that PSN have great unmet needs for dental treatment. The findings of a study that was carried out in our country indicate that it is the general dentist who mostly provides treatment to PSN. Although he is willing, he is not trained for this. Therefore the education of the dentists for the oral health care of PSN is necessary during their under- and post-graduate studies as well as for continuing-education.

The transportation and access of PSN to the dental office is crucial and consequently leads to the fact that this should be taken into consideration when a dental office is designed. The provision of dental care to PSN is not feasible without the special equipment that ensures the easiest and safest management of these patients. As the number of PSN who seeks dental care is constantly increasing, the cooperation of the general dentist with the paediatric dentist and other specialties is necessary for the provision of oral health care for these patients.

**Key words:** dentists' attitudes; oral health; persons with special needs; education; provision of dental treatment; access

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Στοιχεία απογραφής ΑΜεΑ στην Ευρωπαϊκή Ένωση, 2003, <http://www.realising-potential.org/stakeholder-factbox/disabled-people-worldwide/>
2. Στοιχεία απογραφής ΑΜεΑ στην Ελλάδα, Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΣΥ), 1991, <http://www.disabled.gr/lib/?p=11563>
3. Γκιζάνη Σ, Παπαγιαννούλη Λ (α): "Άτομα με ειδικές ανάγκες". ι. κατηγορίες, στοματική υγεία, ιδιαιτερότητες οδοντιατρικής περίθαλψης. Σημειώσεις Παιδοδοντιατρικής ΙΙ για τους φοιτητές 9ου εξαμήνου. 2011, σελ. 122-135.
4. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD): Guideline on management of dental patients with special health care needs, Reference Manual. *Pediatr Dent* 2008-2009; 30(7): 107-111.
5. Vignehsa H, Soh G, Lo LG, Chellappah NK: Dental health of disabled children in Singapore. *Aust Dent J* 1991; 36(2): 151-156.
6. Gizani S, Declerck D, Vinckier F, Martens L, Marks L, Goffin G: Oral health condition of 12-year-old handicapped children in Flanders (Belgium). *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 352-357.
7. Hennequin M, Moysan V, Jourdan D, Dorin M, Nicolas E: Inequalities in oral health for children with disabilities: A French national survey in special schools. *Plos One* 2008; 3: 1-10.
8. Lawton L: Providing oral health care for special patients. Tips for the general dentist. *J Am Dent Assoc* 2002; 133: 1666-1671.
9. Glassman P, Miller C: Preventing dental disease for people with special needs: the need for practical preventive protocols for use in community settings. *Special Care Dent* 2003; 23: 165-167.
10. Shaw L, MacLaurin ET, Foster TD: Dental study of handicapped children attending special schools in Birmingham, UK. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986; 14: 24-7.
11. Nunn JH: The dental health of mentally and physically handicapped children: a review of the literature. *Community Dent Health* 1987; 4: 157-68.
12. Palin-Palokas T, Hausen H, Heinonen OP: Relative importance of caries risk factors in Finnish mentally retarded children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15: 19-23.
13. Martens L, Marks L, Goffin G, Gizani S, Declerck D, Vinckier F: Oral hygiene in 12 year old disabled children in Flanders, Belgium, related to manual dexterity. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 73-80.
14. Orelund A, Heijbel J, Lagell S: Malocclusion in physically and/or mentally handicapped children. *Swed Dent J* 1987; 11: 103-119.
15. Franklin DL, Luther F, Curzon MEJ: The prevalence of malocclusion in children with cerebral palsy. *Eur J Orthod* 1996; 18: 637-643.
16. AlSarheed M, Bedi R, Hunt N: The views and attitudes of parents of children with a sensory impairment towards orthodontic care. *Eur J Orthod* 2004; 26: 87-91.
17. Bedi R, Champion J, Horn R: Attitudes of the dental team to the provision of care for people with learning disabilities. *Spec Care Dent* 2001; 21(4): 147-52.
18. Crall JJ: Improving oral health and oral health care delivery for children. *J Calif Dent Assoc* 2011; 39(2): 90-100. Erratum in: *J Calif Dent Assoc* 2011; 39(3):138.
19. Gizani S, Papaioannou W, Papagiannoulis L: Oral health findings in a group of Greek schoolchildren with mild mental impairment. *J Dis Oral Health* 2006; 7(1): 3-9.
20. Kavvadia K, Gizani S, Mamali S, Nassika M: Oral health status of teenagers and young adults with intellectual impairment in Athens, Greece. *J Dis and Oral Health* 2008; 9(2): 63-69.
21. Gizani S, Kandilourou H, Kavvadia K, Tzoutzas J: Oral health care provided by Greek dentists to persons with physical and/or intellectual impairment. *Spec Care Dent* 2012; 32(3): 83-89.
22. Mc Tigue DJ: Dental education and special-needs patients: challenges and opportunities. *Pediatr Dent* 2007; 29: 129-133.
23. Γκιζάνη Σ, Παπαγιαννούλη Λ (β): "Άτομα με ειδικές ανάγκες. ιι. σχεδιασμός ιατρείου για εμποδιζόμενα άτομα". Σημειώσεις Παιδοδοντιατρικής ΙΙ για τους φοιτητές 9ου εξαμήνου. 2011, σελ. 136-151.
24. Οδηγίες σχεδιασμού για την αυτόνομη διαβίωση ΑΜεΑ. ΥΠΕΧΩΔΕ. Γραφείο μελετών για άτομα με ειδικές ανάγκες. <http://www.minenv.gr/1/16/162/16203/g1620300.html>, 2011
25. Βιέρρου Α-Μ, Παπαγιαννούλη Λ: Σχεδιασμός και εξοπλισμός οδοντιατρείου για την αντιμετώπιση ατόμων με ειδικές ανάγκες. *Παιδοδοντία* 1997; 11(1): 21-29.

### Διεύθυνση για επικοινωνία:

Σωτηρία Γκιζάνη  
 Ελ. Βενιζέλου 199  
 17123 Ν. Σμύρνη, Αθήνα  
 Τηλ: 210 9318813  
 e-mail: stgizani@dent.uoa.gr



# 4ο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής

## Ένα διαφορετικό Συνέδριο

Από 30 Σεπτεμβρίου έως 2 Οκτωβρίου 2011 έλαβε χώρα στον ζεστό χώρο του Πνευματικού Κέντρου του Δήμου Αθηναίων, το 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής (ΕΕΝΟ) με τίτλο «Η Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας στον 21ο Αιώνα».

Το Συνέδριο είχε τεθεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, των Οδοντιατρικών Συλλόγων Αττικής και Πειραιώς και διεξήχθη με την τιμητική συνεργασία της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, φορείς οι οποίοι διαχρονικά στηρίζουν τις εκδηλώσεις της Εταιρείας και τους οποίους η ΕΕΝΟ ευχαριστεί θερμά.

Η επιστημονική αυτή εκδήλωση πραγματοποιήθηκε 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 πλέον στο επίκεντρο της προσοχής των Συστημάτων Υγείας και Εκπαίδευσης.

Την Οργανωτική Επιτροπή αποτέλεσαν οι κ.κ. Φλώρα Ζερβού-Βάλβη ως Πρόεδρος, Μάριος Φραγκάκης ως Συντονιστής, Θεονύμφη Ζουριδάκη και Πέτρος Θανούλης ως Αντιπρόεδροι, Αλεξάνδρα Αντωνιάδου ως Γραμματέας και Υπεύθυνη Γραμματείας, Ιωάννης Κουτσούκος ως Ταμίας, Διονύσιος Ανδρεσάκης, Νίκος Καπλάνης, Μιχάλης Κατσουράκης, Δημήτρης Κουτούλας, Παναγιώτα Μαραγκού, Ευαγγελία Μπογοσιάν, Σωτήρης Μπότσιος, Αντωνία Πολάτου και Αικατερίνη Τρίμη ως Μέλη.

Στην Επιστημονική του Επιτροπή συμμετείχαν οι κ.κ. Καίτη Καραγιάννη, Καθηγήτρια και Πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ως Πρόεδρος, ο Καθηγητής Γεώργιος Βουγιουκλάκης, Αναπλ. Πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ και ο Καθηγητής Νικόλαος Παπαδογεωργάκης, Πρόεδρος της Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας ως Συντονιστές, και ως Μέλη οι Καθηγητές Κωνσταντίνος Αλεξανδρίδης, Κωνσταντίνος Αντωνιάδης, Ουρανία Νικολάτου-Γαλίτη, Αλεξάνδρα Σκλαβούνου και Κωνσταντίνος Τσιχλάκης, επίσης οι Αναπλ. Καθηγητές Ηρακλής Καρκαζής και Ιωάννης Τζούτζας καθώς και η Επίκ. Καθηγήτρια Αναστασία Κοσιώνη.

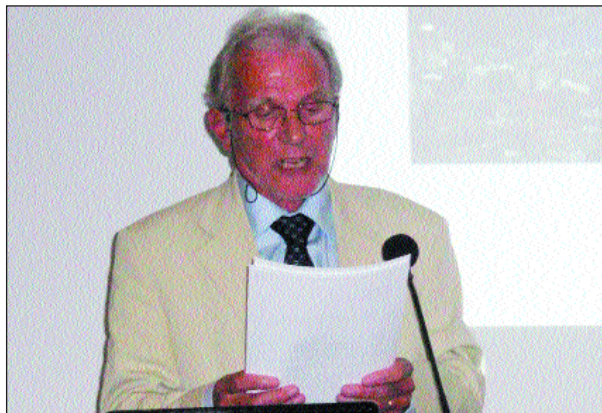
Κατά την τελετή έναρξης, πλέον της Προέδρου της ΕΕΝΟ κ. Φλώρας Ζερβού-Βάλβη που μετέφερε και το μήνυμα της Οργανωτικής Επιτροπής, προσφώνησαν η Πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Καίτη Καραγιάννη και ο Πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιώς κ. Δημήτρης Μαυρί-



**Η Πρόεδρος της ΕΕΝΟ κ. Φλώρα Ζερβού-Βάλβη προσφωνεί, υποδέχεται τους επίσημους προσκεκλημένους και τους συνέδρους και μεταφέρει το μήνυμα της Οργανωτικής Επιτροπής.**

δης ενώ την κήρυξη της έναρξης των εργασιών έκανε ο Πρόεδρος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας κ. Αθανάσιος Κατσίκης.

Στη συνέχεια η ΕΕΝΟ απέτισε φόρο τιμής σε ένα λαμπρό άνθρωπο και επιστήμονα, τον Ελβετό οδοντίατρο Dr Julien Grivel, για την εθελοντική του δράση και την πολυετή παροχή νοσοκομειακών οδοντιατρικών υπηρεσιών στους Έλληνες χανσενικούς. Το βιογραφικό και το έργο του παρουσίασε ο Γεν. Γραμματέας της ΕΕΝΟ κ. Μάριος Φραγκάκης, ο οποίος ήταν και ο εμπνευστής της ιδέας της εκδήλωσης αυτής. Κατόπιν, η Πρόεδρος της ΕΕΝΟ κ. Φλώρα Ζερβού, εκπροσωπώντας το Διοι-



**Ο Dr Julien Grivel δίδει την εναρκτήρια ομιλία του Συνεδρίου.**



**Η Πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Καίτη Καραγιάννη προσφωνεί. Στην φωτογραφία επίσης διακρίνονται μέλη του Προεδρείου της ΕΕΝΟ και συγκεκριμένα κατά σειρά από αριστερά η Πρόεδρος κ. Φλώρα Ζερβού, ο Γεν. Γραμματέας κ. Μάριος Φραγκάκης, η Α' Αντιπρόεδρος κ. Θεονύμφη Ζουριδιάκη και ο Β' Αντιπρόεδρος κ. Πέτρος Θανούλης.**

κητικό Συμβούλιο, ανακήρυξε τον Dr Grivel Επίτιμο Πρόεδρο της Εταιρείας και του επέδωσε τιμητική πλακέτα και αναμνηστικό δώρο. Την εκδήλωση τίμησε με την παρουσία του και ο Πρέσβης της Ελβετίας στην Ελλάδα κ. Lorenzo Amberg, ο οποίος παρέστη συνοδευόμενος από την σύζυγό του και απηύθυνε χαιρετισμό στα ελληνικά. Στη συνέχεια, ο Dr Grivel, σε ρέουσα ελληνική γλώσσα και με γλαφυρό ύφος έκανε την εναρκτήρια ομιλία του Συνεδρίου με θέμα «Οδοντιατρική περίθαλψη σε χανσενικούς ασθενείς. Η απίθανη συνάντηση ενός Ελβετού οδοντίατρου με τους χανσενικούς ασθενείς στο Νοσοκομείο Λοιμωδών Νόσων Αγία Βαρβάρα στο Αιγάλεω». Το περιεχόμενο της ομιλίας και ο τρόπος παρουσίασης έκαναν φανερά τον ανθρωπισμό, τον φιλελληνισμό και το περίσσευμα της καρδιάς του ομιλούντος. Η συγκίνηση που τον διακατείχε διαχύθηκε σε όλο το ακροατήριο που με θρησκευτική ευλάβεια παρακολούθησε την ομιλία του. Η όλη εκδήλωση αποτέλεσε μία αλησμόνητη εμπειρία για όλους και έδωσε μία διαφορετική διάσταση στο Συνέδριο αυτό.

Η βραδιά έκλεισε με την παράθεση δεξίωσης, η οποία ξέφυγε και αυτή από τα καθιερωμένα, αφού η ύπαρξη στο μπουφέ και μιας κρητικής γωνιάς (με την Κρήτη συνδέεται ιδιαίτερα ο Dr Grivel) με προϊόντα της κρητικής γης μεταξύ των οποίων και η ρακή, συνέβαλε και αυτή με

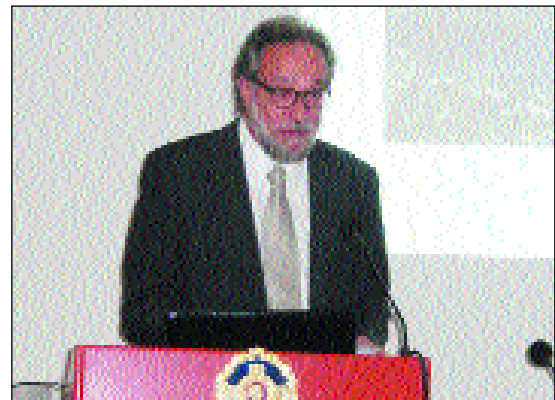


**Ο Πρόεδρος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας κ. Αθανάσιος Κατσίκης κηρύσσει την έναρξη των εργασιών.**

τον τρόπο της στην ανάδειξη μιας διαφορετικότητας. Στο επιστημονικό πρόγραμμα περιελήφθησαν τελικά 5 στρογγυλά τραπέζια, 19 εισηγήσεις, δύο ειδικές διαλέξεις, ένα σεμινάριο και 47 ελεύθερες ανακοινώσεις. Το Συνέδριο τίμησαν με την ενεργό συμμετοχή τους διαπρεπή μέλη του ΔΕΠ των Οδοντιατρικών μας Σχολών όλων των βαθμίδων, μεταξύ των οποίων η Πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ κ. Καίτη Καραγιάννη καθώς και οι δύο Καθηγητές της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής κ.κ. Κωνσταντίνος Αντωνιάδης και Ουρανία Νικολάτου-Γαλίτη. Τις εργασίες του παρακολούθησαν οδοντίατροι, νοσοκομειακοί και μη, λειτουργοί υγείας άλλων κλάδων που σχετίζονται με την παροχή ποιοτικής οδοντιατρικής περίθαλψης, όπως ιατροί, νοσηλευτές, και επισκέπτες υγείας αλλά και ερευνητές μη ιατρικών κλάδων, καθώς και πλήθος φοιτητών και κοινό. Η ποικίλη αυτή προέλευση των συνέδρων πρόσθεσε έναν ακόμα τόνο διαφορετικότητας στο Συνέδριο αυτό. Η ενεργός συμμετοχή τους στο προσεγμένο επιστημονικό πρόγραμμα και στις κοινωνικές εκδηλώσεις, η ακόματη ολοήμερη παρακολούθηση, η ανάπτυξη των ανθρώπινων σχέσεων, η επικοινωνιακή ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών άγγιξαν το νου και τις καρδιές μας. Σε όλα αυτά ακούραστα συμμετείχε και ο τιμηθείς Dr Grivel συνοδευόμενος από την σύζυγό του.



**Ο Πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιώς κ. Δημήτρης Μαυρίδης προσφωνεί.**



**Ο Πρέσβης της Ελβετίας στην Ελλάδα κ. Lorenzo Amberg απευθύνει χαιρετισμό.**

Έτσι, το Συνέδριο, τόσο με το επιστημονικό του πρόγραμμα όσο και με το φιλικό και ζεστό κλίμα που αναπτύχθηκε καθώς και με την σύσφιξη των σχέσεων που επιτεύχθηκε, έκανε δυνατή την αβίαστη έκφραση των απόψεων και συνέβαλε στην εκπαίδευση για την παροχή Ειδικής Οδοντιατρικής Φροντίδας αλλά και στην κατάθεση προτάσεων για τις απαιτούμενες αλλαγές.

Διαπιστώθηκε ότι παρά τις σοβαρές δυσκολίες και τις σημαντικές ελλείψεις του οδοντιατρικού δυναμικού στα Νοσοκομεία, πολλά Οδοντιατρικά Τμήματα ασκούν σε αξιόλογο βαθμό την Ειδική Οδοντιατρική Φροντίδα και παρέχουν σημαντικό έργο στα άτομα με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, νοητική υστέρηση και φυσική αναπηρία. Από πολλούς ομιλητές επισημάνθηκε με έμφαση η ανάγκη ειδικής εκπαίδευσης των λειτουργών της δευτεροβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας στο ευρύ κλινικό αντικείμενο που ξεκινά από την πρόληψη, διάγνωση ή θεραπεία του ειδικού οδοντιατρικού ασθενούς και φτάνει μέχρι την Ιατροδικαστική του Στόματος και τα Special Olympics της Αθήνας.

Οι κύριες προτάσεις που προέκυψαν από το φιλόξενο βήμα ζύμωσης των επιστημονικών απόψεων ήταν οι ακόλουθες:

1. Συμπλήρωση των κενών θέσεων στα Οδοντιατρικά Τμήματα των Νοσοκομείων με προκήρυξη οργανικών θέσεων, προκήρυξη θέσεων επικουρικών ή με μετακίνηση προσωπικού.

2. Εκπαίδευση στην Ειδική Οδοντιατρική Φροντίδα:

α. Καθιέρωση Εξειδίκευσης στη Νοσοκομειακή Οδοντιατρική - Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας.

β. Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση στην Ειδική Οδοντιατρική Φροντίδα για τους ήδη υπηρετούντες οδοντιάτρους των Νοσοκομείων σύμφωνα με συγκεκριμένο θεωρητικό και κλινικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Η Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, που έχει καθιερωθεί ως επίσημος επιστημονικός φορέας της Ειδικής Οδοντιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα και έχει συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στην ανάδειξη του



**Ο Γεν. Γραμματέας της ΕΕΝΟ κ. Μάριος Φραγκάκης παρουσιάζει το βιογραφικό του Dr Julien Grivel.**



**Η Πρόεδρος της ΕΕΝΟ κ. Φλώρα Ζερβού ανακηρύσσει τον Dr Julien Grivel Επίτιμο Πρόεδρο της Εταιρείας και του επιδίδει την τιμητική πλακέτα.**

αντικειμένου αυτού καθώς και στην ανάδειξη της σπουδαιότητας του ρόλου του νοσοκομειακού οδοντιάτρου, καλείται να συνεχίσει τις πολυποικίλες προσπάθειές της, που τελικό στόχο έχουν τη βελτίωση του επιπέδου της παρεχόμενης περίθαλψης στον ειδικό ασθενή.

## Στιγμιότυπα από την δεξίωση



**Γενική άποψη**



**Ο Dr Julien Grivel μετά της συζύγου του, η Πρόεδρος της ΕΕΝΟ κ. Φλώρα Ζερβού-Βάβη και ο Γεν. Γραμματέας κ. Μάριος Φραγκάκης**



# DEMO S.A.



ΥΠΕΡΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

# 45

**Χρόνια κλινικής εμπειρίας** με σκευάσματα υψηλής ποιότητας μας οδήγησαν στην ηγετική θέση της Νοσοκομειακής αγοράς.



**Η ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 40.000 m<sup>2</sup>**

### ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Πιστοποίηση: ▶ ISO 9001 ▶ G.M.P ▶ O.H.E ▶ UNICEF

### ΝΕΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

- ▶ Η μεγαλύτερη παραγωγική μονάδα ενεσίμων στην νοτιοανατολική Ευρώπη.
- ▶ Υπερσύγχρονες και αυτοματοποιημένες παραγωγικές εγκαταστάσεις σύμφωνα με τις προδιαγραφές του FDA.
- ▶ 4000m<sup>2</sup> χωριστές εγκαταστάσεις για παραγωγή πενεμών και κεφαλοσπορινούχων.

### ΕΞΑΓΩΓΕΣ ΣΕ 49 ΧΩΡΕΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ

- |          |          |              |         |
|----------|----------|--------------|---------|
| ▶ ΕΥΡΩΠΗ | 16 ΧΩΡΕΣ | ▶ Μ. ΑΝΑΤΟΛΗ | 8 ΧΩΡΕΣ |
| ▶ ΑΣΙΑ   | 12 "     | ▶ Κ. ΑΜΕΡΙΚΗ | 2 "     |
| ▶ ΑΦΡΙΚΗ | 8 "      | ▶ ΟΚΕΑΝΙΑ    | 3 "     |




**DEMO ABEE**  
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

21<sup>η</sup> χλμ. Εθνικής Οδού Αθηνών-Λαμίας, 145 68 Αθήνα,  
Τηλ.: 210-81 61 802, 210-81 61 824, info@demo.gr, www.demo.gr

# ESCO

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ  
ΑΚΤΙΝΟΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΑ  
& ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΙΔΗ

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)

# Mucosyte® fluid



## Ιατροτεχνολογικό Προϊόν CE

Το **Mucosyte®** ενδείκνυται για τη θεραπεία των βλαβών της στοματικής κοιλότητας και της στοματοφαρυγγικής οδού σχηματίζει μία μεμβράνη που καλύπτει και προστατεύει το στοματικό βλεννογόνο από βλάβες ποικίλης αιτιολογίας. Λόγω των πρόδηλων αντιφλεγμονωδών ιδιοτήτων του και της επιθηλιοποίησης χρησιμοποιείται ειδικά στη θεραπεία:

- Βλεννογονίτιδας από Ακτινοθεραπεία και Χημειοθεραπεία
- Αφθων, Έλκους, Υποτροπιάζουσας Αφθώδους Στοματίτιδας, Ουλίτιδας, Περιοδοντίτιδας
- Χειρουργικών επεμβάσεων της στοματικής κοιλότητας, Δύσκολων εξαγωγών
- Εμφυτευματολογίας, Τραυματικού έλκους προκαλούμενου από προθέσεις και ορθοδοντικές συσκευές
- Burning Mouth Syndrome (Σύνδρομο καυσalgίας στόματος)

## Χαρακτηριστικά & Οφέλη



- Σχηματίζει μία επικαλυπτική προστατευτική μεμβράνη
- Μειώνει την φλεγμονή
- Χαρίζει ευεξία & γρήγορη ανακούφιση από τον πόνο
- Προωθεί την επιθηλιοποίηση
- Διευκολύνει στην ομιλία & την κατάποση
- Εξουδετερώνει το αίσθημα και
- Ουδέτερο pH





# TePe Gingival Gel

- για υγιή ούλα και δόντια

Το νέο αντιβακτηριακό gel συνδυάζει τα πλεονεκτήματα της χλωρεξιδίνης και του φθορίου με διπλή προστασία στα ούλα και στα δόντια. Η χλωρεξιδίνη καταπολεμά την πλάκα και την ουλίτιδα, ενώ το φθόριο προλαμβάνει την τερηδόνα και προστατεύει την ευαίσθητη επιφάνεια της ρίζας.

Το νέο gel ούλων περιέχει:

- Χλωρεξιδίνη 0,2%
- Φθόριο 0,32% (1500ppm)
- Χωρίς απορρυπτικά, χωρίς αλκοόλ
- Με γεύση μέντα

ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

Made in Sweden



ΤΗΛ. 800 11 75222 (στην Ελλάδα)  
plac@placcontrol.gr www.placcontrol.gr

νέα

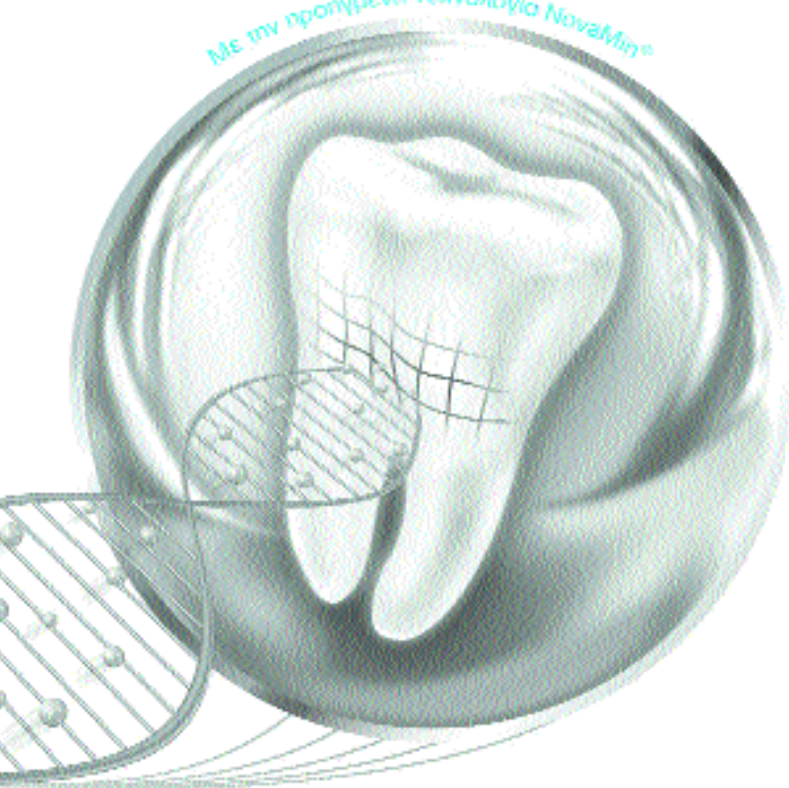


# SENSODYNE® REPAIR & PROTECT

## ΤΩΡΑ ΚΑΙ WHITENING

### ΑΝΑΔΟΜΕΙ ΤΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΑ ΔΟΝΤΙΑ\*

Με την προηγμένη Τεχνολογία NovaMin®



Ο ξαφνικός, οξύς πόνος που νιώθετε όταν πίνετε κάτι κρύο μπορεί να είναι σημάδι ότι τα δόντια σας έχουν ευάλωτα σημεία εκτεθειμένης οδοντίνης, που είναι η αιτία της ευαισθησίας.

Τώρα, μπορείτε να βοηθήσετε στην **αναδόμηση** αυτών των σημείων με μία **πρωτοποριακή οδοντόκρεμα**.

Η Sensodyne Repair & Protect εντοπίζει και αναδομεί τα ευαίσθητα σημεία, χρησιμοποιώντας τα φυσικά δομικά συστατικά του δοντιού.

Βουρτσίζετε καθημερινά δύο φορές την ημέρα για συνεχή προστασία.

Ανακαλύψτε τη νέα **Sensodyne Repair & Protect Whitening** που βοηθά στην αναδόμηση των ευαίσθητων σημείων και στην αποκατάσταση της φυσικής λευκότητας των δοντιών σας.

ORBY

4-910206 (04/12)



«Θα συνιστούσα τη Sensodyne Repair & Protect στους ασθενείς μου.»

Mark Hughes,  
Οδοντίατρος, Λονδίνο



9 ΣΤΟΥΣ 10 ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥΣ ΣΥΝΙΣΤΟΥΝ SENSODYNE®  
ΓΙΑ ΤΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΑ ΔΟΝΤΙΑ\*\*

\* Βοηθά στην αναδόμηση και παρέχει κλινικά αποδεδειγμένη ανακούφιση με καθημερινό βουρτσισμό 2 φορές την ημέρα  
\*\* Έρευνα οδοντιάτρων, Milward Brown PR, Δεκέμβριος 2011

# M | A | R | T

## H e l l a s

### BIOSURGERY PRODUCTS

www.marthellas.gr e-mail: info@marthellas.gr



Σύστημα φωτισμού LED υψηλής ισχύος  
τροφοδοτούμενα από επαναφορτιζόμενες μπαταρίες με  
δυνατότητα αυξομείωσης έντασης.  
Πλήρως εξατομικευμένες λούπες προσαρμοσμένες στα  
οπτικά χαρακτηριστικά του χρήστη  
Πληθώρα επιλογών σε χρώματα - τύπους σκελετών &  
μεγεθύνσεων

#### Αθήνα

Αγγελαιοπούλου 23, 11525 Ν. Ψαχικό  
Τηλ.: 210.67.24.674 - 210.67.24.700  
Fax : 210.67.13.325 - 210.67.42.870

#### Θεσσαλονίκη

Ανδριανουπόλεως 1<sup>η</sup>  
Καλαμαριά, 55 133  
Τηλ./Fax: 2310.410.027



**Ostim<sup>®</sup>**  
The new  
bone matrix



NEO

# EludrilCARE

Η ΣΕΙΡΑ ELUDRIL ΟΜΟΚΛΗΡΩΝΕΤΑΙ



Τώρα υπάρχει ένα Eludril για κάθε ανάγκη



Pirtek Future

Μεσογείων 350, 153 41 Αγία Παρασκευή, Τηλ. 210 - 77.15.353