



Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική
- Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας
• Τόμος 15(2) • 2022

Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική - Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας

Hellenic Hospital Dentistry - Special Care Dentistry
Hellenic Society for Hospital Dentistry and Special Care Dentistry
Volume XV(2) • 2022
ISSN 2945-0713

Εξαμηνιαία Έκδοση
της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής
και Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας
ISSN 2945-0713

Θέματα

Σημείωμα Σύνταξης

Οδηγός για την Οδοντιατρική Φροντίδα του Ογκολογικού Ασθενή

Ασθενείς με κακοήθη αιματολογικά νοσήματα. Οδοντιατρική φροντίδα

Διαχείριση των ασθενών με γενικά νοσήματα. Μέρος Α'

Συγκριτική ιστολογική μελέτη αλλοιώσεων που αφαιρούνται με συμβατικό τρόπο και αλλοιώσεων που αφαιρούνται με διοδικό laser

Ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από εξαγωγές

Επένθετη επιεμφυτευματική αποκατάσταση γηριατρικού ασθενούς

Συντονισμός και υποκίνηση ατόμων και ομάδων εργασίας στον χώρο της Υγείας

Εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου στους οδοντιατρικούς ασθενείς

Ημερίδα για το κάπνισμα και τον καρκίνο του στόματος



Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική
- Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας
• Τόμος 15(2) • 2022

Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική - Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας

Hellenic Hospital Dentistry - Special Care Dentistry
.....
Hellenic Society for Hospital Dentistry and Special Care Dentistry

Volume XV(2) • 2022

ISSN 2945-0713

Εξαμηνιαία Έκδοση
της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής
και Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας
ISSN 2945-0713

Θέματα

Σημείωμα Σύνταξης

Οδηγός για την Οδοντιατρική Φροντίδα του Ογκολογικού Ασθενή

Ασθενείς με κακοήθη αιματολογικά νοσήματα. Οδοντιατρική φροντίδα

Διαχείριση των ασθενών με γενικά νοσήματα. Μέρος Α'

Συγκριτική ιστολογική μελέτη αλλοιώσεων που αφαιρούνται με συμβατικό τρόπο και αλλοιώσεων που αφαιρούνται με διοδικό laser

Ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από εξαγωγές

Επένθετη επιεμφυτευματική αποκατάσταση γνηριακού ασθενούς

Συντονισμός και υποκίνηση ατόμων και ομάδων εργασίας στον χώρο της Υγείας

Εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου στους οδοντιατρικούς ασθενείς

Ημερίδα για το κάπνισμα και τον καρκίνο του στόματος

Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική - Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας

Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική
- Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας

ΤΟΜΟΣ 15(2), 2022
ISSN 2945-0713

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής
και Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Φ. Ζερβού-Βάλβη

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Σ. Διαμαντί

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γ. Αναστασόπουλος Σ. Διαμαντί
Μ. Ζουμπουλάκης Ι. Κουτσούκος
Χ. Μάκος Ε. Μπογοσιάν
Α. Σπηλιωτόπουλος Β. Σωτήρη

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΕΚΔΟΣΗΣ

Κ. Αντωνιάδης Κ. Αραποστάθης
Ε. Βάλβης Α. Βίλλιας
Α. Γιαννοπούλου Λ. Ζουλούμης
Θ. Ζουριδάκη Η. Καρκαζής
Α. Κοσιώνη Π. Λάμπρου- Χριστοδούλου
Φ. Μαδιανός Μ. Μενενάκου
Σ. Μικρούλης Ε. Στουφή
Ι. Τζούτζας Β. Τοπίτσογλου
Μ. Φραγκάκης

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Φ. Ζερβού-Βάλβη, Σ. Διαμαντί, Β. Σωτήρη

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΤΥΠΩΣΗΣ

Π. Δ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ Ε.Π.Ε.
12ο χλμ. Εθνικής Οδού Αθηνών - Λαμίας
Μπακογιάννη Παύλου 80, Τ.Κ. 144-52
Τηλ.: 212 700 3 200,
Fax: 212 700 3 240
e-mail: mpampais@press-time.gr

Το περιοδικό "Ελληνική Νοσοκομειακή
Οδοντιατρική - Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας"
είναι το επίσημο επιστημονικό έντυπο της
Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής
και Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας. Εκδίδεται
εξαμηνιαία.
Συνδρομή: 0,01 €.

ΕΚΔΟΤΗΣ

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής
και Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας
Πρόεδρος: Φλώρα Ζερβού-Βάλβη

ΕΔΡΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

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

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- Σημείωμα Σύσταξης5-6
- Οδηγός για την Οδοντιατρική Φροντίδα του Ογκολογικού Ασθενή
Ευαγγελία Μπογοσιάν11-16
- Ασθενείς με κακοήθη αιματολογικά νοσήματα.
Οδοντιατρική φροντίδα
Ευαγγελία Μπογοσιάν, Ιωάννα Παναγιωτοπούλου17-21
- Οδοντιατρικοί ασθενείς με Γενικά Νοσήματα
Μέρος 1. Γενικές Αρχές Διαχείρισης
Περσεφόνη Λάμπρου, Κωνσταντίνος Γιαννακόπουλος,
Άννα Αγγελική Γκινουσίτη, Φλώρα Ζερβού-Βάλβη23-30
- Συγκριτική Ιστολογική Μελέτη Αφαίρεσης Αλλοιώσεων Στοματικού
Βλεννογόνου Συμβατικής Χειρουργικής και Διοδικού Laser
Βενετία Σωτήρη, Εμμανουήλ Αγαπητός.....31-35
- Ποιότητα ζωής των ασθενών μετά την εξαγωγή δοντιού
Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος37-40
- Από την ακίνητη στην επένθετη επιεμφυτευματική
αποκατάσταση σε γηροδοντιατρικό ασθενή
Ελένη Λιακοπούλου, Καλλιόπη Κωνσταντοπούλου,
Αριστέιδης Βίλλιας, Ηρακλής Καρκαζής.....41-44
- Συντονισμός και υποκίνηση ατόμων και ομάδων
εργασίας στο χώρο της υγείας
Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος45-51
- Εκτίμηση του Ιατρικού Κινδύνου στους Οδοντιατρικούς Ασθενείς
Φλώρα Ζερβού-Βάλβη.....53-58
- Ημερίδα για το κάπνισμα και τον καρκίνο του στόματος
.....59-60

Hellenic Hospital Dentistry - Special Care Dentistry

**Hellenic Hospital Dentistry
- Special Care Dentistry**

**VOLUME 15(2), 2022
ISSN 2945-0713**

PROPRIETOR:

Hellenic Society for Hospital Dentistry
and Special Care Dentistry

EDITOR -IN- CHIEF

F. Zervou-Valvi

ASS. EDITOR -IN- CHIEF

S. Diamanti

EDITORIAL BOARD

G. Anastasopoulos S. Diamanti
M. Zoumpoulakis J. Koutsoukos
Ghr. Makos E. Bogosian
V. Sotiri A. Spiliotopoulos

SCIENTIFIC CONSULTANTS

K. Antoniadis K. Arapostathis
E. Valvis A. Villias
A. Giannopoulou L. Zouloumis
Th. Zouridaki H. Karkazis
A. Kossioni P. Lamprou- Christodoulou
F. Madianos M. Menenakou
S. Mikroulis E. Stoufi
J. Tzoutzas V. Topitsoglou
M. Fragkakis

PRODUCTION SUPERVISOR

F. Zervou-Valvi, S. Diamanti, V. Sotiri

PRODUCTION - PROMOTION

P.D. PUBLISHING E.P.E
12th km, National Road E75, Athens - Lamia
80 Bakogianni Pavlou Str., 144-52
Phone#: (3) 212 700 3 200,
Fax#: (3) 212 700 3 240
e-mail: mpampais@press-time.gr

The journal "Hellenic Hospital Dentistry - Special
Care Dentistry" is the official publication of the
Hellenic Society for Hospital Dentistry and
Special Care Dentistry
It is published biannually.
Subscription: 10 \$ USD

PUBLISHER

Hellenic Society for Hospital Dentistry
and Special Care Dentistry
President: Flora Zervou-Valvi

ADDRESS

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

- **Editorial**5-6
- **Guide for the dental care of oncology patients**
Evangelia Bogosian11-16
- **Patients with malignant blood diseases. Dental care**
Evangelia Bogosian, Ioanna Panagiotopoulou17-21
- **Medically-Compromised Dental Patients PART 1.**
General Management Principles
Persefoni Lambrou, Kostas Giannakopoulos,
Anna Angeliki Gkinosati, Flora Zervou-Valvi.....23-30
- **Comparative Histological Study: Removal of Oral Mucosal
Lesions by Conventional Surgery and Diode Laser**
Venetia Sotiri, Emmanouil Agapitos.....31-35
- **Quality of life following tooth extraction**
Athanasios Spiliotopoulos37-40
- **From the permanent restoration to the implant retained
overdenture for a geriatric patient. A case report**
Eleni Liakopoulou, Kalliopi Konstantopoulou, Aristeidis Villias,
Hercules Karkazis41-44
- **Coordinating and motivating individuals and working groups of
healthcare professionals**
Athanasios Spiliotopoulos.....45-51
- **Medical risk assessment in dental patients**
Flora Zervou-Valvi53-58
- **Seminar on the relationship of smoking and oral cancer**
.....59-60

ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Στην ιστοσελίδα της Εταιρείας μας αναρτήθηκε και το 2ο τεύχος του 15ου Τόμου (2022) του Περιοδικού μας «Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας».

Στο τεύχος αυτό ανακοινώνουμε με συγκίνηση ένα μεγάλο νέο, Το νέο: την ώρα που γράφονται αυτές οι γραμμές (τέλος Μαΐου 2023) έχουν αρχίσει να έρχονται στους δικαιούχους συναδέλφους οι εγκρίσεις των αιτημάτων τους για την χορήγηση του τίτλου της ειδικότητας της Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας, χωρίς εξετάσεις, με μεταβατικές διατάξεις! Ένας μεγάλος αγώνας, πολυετής, που απαίτησε πολλές θυσίες, στέφεται επιτέλους από επιτυχία και η ειδικότητα αρχίζει να λαμβάνει σάρκα και οστά.



Επίσης, ένα ακόμη καλό νέο είναι ο ορισμός του Γεν. Γραμματέα μας κ. Αθανάσιου Σπηλιωτόπουλου ως μέλους (αναπληρωματικού) της Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας. Καλή θητεία, αγαπητέ Θανάση! Κατά τα άλλα, και σε αυτό το Πανελλήνιο Συνέδριο, το 40ο, η Εταιρεία μας συμμετείχε με Στρογγυλό Τραπέζι, με τον τίτλο «Η Συμβολή της Καθιέρωσης της Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας στην Αναγέννηση της Οδοντιατρικής Φροντίδας του Ειδικού Ασθενή». Συντονίστρια ήταν η υπογράφουσα ως Πρόεδρος της ΕΕΝΟ-ΟΕΦ και εισηγητές πλέον αυτής η Α Αντιπρόεδρος κ. Ευαγγελία Μπογοσιάν, ο Β Αντιπρόεδρος κ. Χρήστος Μάκος και ο Γεν. Γραμματέας κ. Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος. Το Στρογγυλό Τραπέζι παρακολούθησε πλήθος συναδέλφων που έδειξαν το ενδιαφέρον τους με ερωτήσεις. Επιπλέον, η υπογράφουσα παρουσίασε ως προσκεκλημένη ομιλήτρια στο 5ο Αιγαιοπελαγίτικο Οδοντιατρικό Συνέδριο με διεθνή συμμετοχή, 1-3/7/2022, στη Ρόδο, την εισήγηση «Εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου σε οδοντιατρικούς ασθενείς» και στο 5ο Συνέδριο Στοματολογίας, 31/3-1/4/2023, στην Αθήνα. την εισήγηση «Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας».

Στις δε 14 Μαρτίου 2023, στο Αμφιθέατρο του Γ. Ν. Ασκληπιείο Βούλας, διεξήχθη με μεγάλη επιτυχία μοριοδοτούμενη από το Ινστιτούτο Επαγγελματικών Θεμάτων (ΙΕΘΕ) της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (ΕΟΟ) ημερίδα με θέμα «Κάπνισμα και καρκίνος του στόματος. Τρόποι συμβολής των επαγγελματιών υγείας στη διακοπή του καπνίσματος». Την ημερίδα διοργάνωσαν η Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας (ΕΕΝΟ-ΟΕΦ), το Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ του ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας και η Νοσηλευτική Υπηρεσία του ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας, την έθεσαν δε υπό την αιγίδα τους η 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Νήσων και ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Πειραιώς. Περισσότερες λεπτομέρειες αναγράφονται στο τέλος του παρόντος τεύχους.

Επίσης, συνεχίσαμε ανελλιπώς την αρθρογραφία μας στο «ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ» με τα ακόλουθα άρθρα:

«Η περιοδοντική νόσος ως παράγοντας κινδύνου για την αθηροσκλήρωση», Αγγελική Γιαννοπούλου - Φλώρα Ζερβού-Βάλβη, τεύχος 147 Ιουλίου-Αυγούστου 2022, σελ. 12-13.

«Υαλοϊονομερείς Κονίες (ΥΚ): Η χρήση τους ως εμφρακτικό υλικό σε ΑμεΑ», Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος, τεύχος 148 Σεπτεμβρίου-Οκτωβρίου 2022, σελ. 16.

«Ασθενείς με κακοήθη αιματολογικά νοσήματα. Οδοντιατρική αντιμετώπιση». Ευαγγελία Μπογοσιάν - Ιωάννα Παναγιωτοπούλου, τεύχος 149 Νοεμβρίου-Δεκεμβρίου 2022, σελ. 14-15.

«Νοσοκομειακή Οδοντιατρική και Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας: Συγκλίσεις και διαφορές», Φλώρα Ζερβού-Βάλβη, τεύχος 150 Ιανουαρίου -Φεβρουαρίου 2023, σελ. 16-17.

«Ποιότητα ζωής των ασθενών κατά τις πρώτες μετεξακτικές ημέρες», Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος, τεύχος 151 Μαρτίου-Απριλίου 2023, σελ. 18.

Στο παρόν τεύχος δώσαμε μεγάλη σημασία στη συμπερίληψη άρθρων που θα χρησιμεύσουν ως ύλη για τις εξετάσεις για την ειδικότητα, όταν αυτές αρχίσουν να γίνονται. Έτσι, περιλάβαμε τρεις σημαντικές θεματικές ενότητες, μία για την αντιμετώπιση των ογκολογικών ασθενών, μία για την αντιμετώπιση των ασθενών με κακοήθη αιματολογικά νοσήματα και το πρώτο μέρος από μία μεγάλη ενότητα σχετικά με τη διαχείριση των ασθενών με γενικά νοσήματα.

Το τεύχος αυτό περιλαμβάνει επί πλέον άλλες πέντε αξιόλογες εργασίες:

δύο ερευνητικές εργασίες, μία συγκριτική ιστολογική μελέτη αλλοιώσεων που αφαιρούνται με συμβατικό τρόπο και αλλοιώσεων που αφαιρούνται με διοδικό laser και μία για την ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από εξαγωγές,

μία αναφορά ενδιαφέρουσας περίπτωσης σχετικά με την επένθετη επιεμφυτευματική αποκατάσταση γηριατρικού ασθενούς,

ένα επαγγελματικό θέμα για το συντονισμό και την υποκίνηση ατόμων και ομάδων εργασίας στον χώρο της Υγείας,

και μία αναδημοσίευση εκπαιδευτικού θέματος για την εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου στους οδοντιατρικούς ασθενείς.

Καλή ανάγνωση, λοιπόν!

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

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

Κατηγορίες κειμένων

Το περιοδικό δημοσιεύει κείμενα τα οποία αναφέρονται σε θέματα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας 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 και πρωτοβάθμιων δομών
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. Γενικά θέματα που σχετίζονται με τον ευρύτερο χώρο των Επιστημών Υγείας και παρουσιάζουν γενικότερο ιατρικό ενδιαφέρον
10. Εκπαιδευτικά θέματα
11. Θεματικές ενότητες
12. Περιλήψεις άρθρων Ελλήνων οδοντιάτρων που έχουν δημοσιευθεί πρόσφατα σε επιστημονικά έντυπα του εξωτερικού ή αναδημοσιεύσεις εργασιών που έχουν δημοσιευθεί σε περιοδικά, κατόπιν ειδικής άδειας
13. 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 μέχρι 6.000 λέξεις και 60 παραπομπές, τα δε πρακτικά θέματα μέχρι 3.500 λέξεις και 40 παραπομπές αντίστοιχα.

Προδιαγραφές κειμένων

1. Τα κείμενα που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να είναι γραμμένα στη νεοελληνική δημοτική γλώσσα, με μονοτονικό 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 πληκτρολογημένα σε πρόγραμμα Word με χαρακτηριστές 12 στιγμών. Επίσης να είναι μορφοποιημένα σε διπλό διάστημα, με γραμματοσειρές Arial ή Times New Roman, με περιθώριο και από τις δύο πλευρές.
3. Όλες οι κατηγορίες των κειμένων υποβάλλονται ηλεκτρο-

νικά στον Διευθυντή Σύνταξης στην ηλεκτρονική διεύθυνση: eenogr@gmail.com

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) 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. Οι πίνακες και οι εικόνες πρέπει να μην εμπεριέχονται στην ροή του κειμένου της εργασίας.

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 200-250 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. Ακολουθείται το Διεθνές Πρότυπο Σύνταξης Ιατρικών Άρθρων (σύστημα Vancouver). Οι βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο, στους πίνακες και στις λεζάντες των εικόνων προσδιορίζονται με αραβικούς αριθμούς ως εκθέτη. Η αρίθμηση των βιβλιογραφικών παραπομπών γίνεται κατ' αύξοντα αριθμό με την σειρά που αυτές εμφανίζονται για πρώτη φορά στο κείμενο.

Οι αριθμοί τοποθετούνται ως εκθέτες σε συνέχεια με το κείμενο (χωρίς κενό), για την παραπομπή του αναγνώστη στη βιβλιογραφική αναφορά. Συνδέονται δε μεταξύ τους με κόμμα (χωρίς κενό). Σε σειρά συνεχών παραπομπών πλέον των δύο, αναγράφεται ως εκθέτης ο αριθμός της πρώτης από αυτές και της τελευταίας και μεταξύ τους τοποθετείται παύλα π.χ. όταν στο τέλος της πρότασης πρέπει να αναφερθούμε σε τέσσερις βιβλιογραφικές παραπομπές με συνεχή αρίθμηση, τις 12, 13, 14 και 15, στον εκθέτη θα γραφεί 12-15 και όχι 12, 13, 14, 15.

Όλοι οι συγγραφείς ενός άρθρου θεωρούνται από κοινού υπεύθυνοι για την σωστή αναπαραγωγή των βιβλιογραφικών αναφορών του άρθρου και η συντακτική ομάδα του περιοδι-

κού δεν ευθύνεται για την τυπογραφική ακρίβειά τους.

Όλες οι βιβλιογραφικές αναφορές που περιλαμβάνονται στο κείμενο (και μόνον αυτές) παρατίθενται στο τέλος του άρθρου, στο τμήμα ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ, το οποίο αρχίζει σε ξεχωριστή σελίδα.

Οι συντμήσεις των τίτλων περιοδικών πρέπει να γράφονται σύμφωνα με το Dental Index και Index Medicus. (Τα ονόματα περιοδικών που δεν περιέχονται στο Index Medicus, αναγράφονται ως έχουν). Για τις συντμήσεις των ελληνικών περιοδικών οι συγγραφείς πρέπει να συμβουλευθούν τον σχετικό κατάλογο του ΙΑΤΡΟΤΕΚ.

Σημειώτεον ότι η συντομογραφία του περιοδικού Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική - Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας είναι ΕΛΛ Νοσ Οδοντ - Οδοντ Ειδ Φροντ και η αγγλική του συντομογράφηση Hell Hosp Dent - Spec Care Dent.

Παραδείγματα γραφής των βιβλιογραφικών παραπομπών:

Περιοδικό: Αναφέρονται με την σειρά τα επώνυμα και τα αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων, χωρίς τελείες μεταξύ τους, μέχρι έξι (όταν είναι περισσότεροι ακολουθεί η σύνδεση «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. Graziani F, Vescovi P, Campisi G, Favia G, Gabriele M, Gaeta GM et al: Resective surgical approach shows a high performance in the management of advanced cases of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws: a retrospective survey of 347 cases. J Oral Maxillofac Surg 2012; 70(11):2501-7. Αν το άρθρο είναι ανυπόγραφο, στη θέση των ονομάτων των συγγραφέων αναφέρεται "Anonymous" ή "Άνωνυμος".

Βιβλίο, εγχειρίδιο, μονογραφία: Αναφέρονται με την σειρά τα επώνυμα και αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων, ο τίτλος του βιβλίου, ο αριθμός έκδοσης (αν έχουν γίνει περισσότερες από μία), 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.

Πρακτικά Συνεδρίου: Αναφέρονται με την σειρά τα επώνυμα και αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων, ο τίτλος της εργασίας, ο τίτλος του συνεδρίου, έτος έκδοσης των πρακτικών, σελίδες, οργανωτής, τόπος. Π.χ. Welbury R: The role of the dental team in child protection. Τόμος Πρακτικών 27ου Πανελληνίου Οδοντιατρικού Συνεδρίου, 2007, σελ. 49, Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, Αθήνα.

Βιβλιογραφία από ιστοσελίδες ή άλλη ηλεκτρονική πηγή: Παρέχονται όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες (συγγραφέας, τίτλος, ημερομηνία, κτλ). Αναφέρεται το URL και η ημερομηνία πρόσβασης της συγκεκριμένης σελίδας. Διαθέσιμο από: η πλήρης ηλεκτρονική διεύθυνση υπογραμμισμένη και η ημερομηνία πρόσβασης.

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 200 και 250 λέξεων. Κατά τα άλλα ισχύουν τα αναφερόμενα στην ελληνική περίληψη.

Πίνακες. Δακτυλογραφούνται σε χωριστή σελίδα. Αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς και αναφέρονται διαδοχικά με τη σειρά της πρώτης παραπομπής τους στο κείμενο. Παρέχεται ένας τίτλος για κάθε ένα. Οι τίτλοι στους πίνακες πρέπει να είναι σύντομοι, αλλά αυτονόητοι, να περιέχουν πληροφορίες που επιτρέπουν στους αναγνώστες να κατανοήσουν το περιεχόμενο του πίνακα, χωρίς να χρειάζεται να επιστρέψουν στο κείμενο. Κάθε πίνακας πρέπει να αναφέρεται στο κείμενο. Οι επεξηγήσεις των συντομογραφιών και οι τυχόν απαιτούμενες διευκρινίσεις, αναφέρονται στις υποσημειώσεις και όχι στην επικεφαλίδα χρησιμοποιώντας το σύμβολο *. Αν ο πίνακας περιλαμβάνει στοιχεία από κάποια επιστημονική πηγή ή προέρχεται εξ ολοκλήρου από κάποια άλλη δημοσίευση, πρέπει να αναφέρεται η πηγή και να έχει ληφθεί η απαιτούμενη άδεια. Το ίδιο ισχύει και για τις εικόνες.

Εικόνες. Όλες οι φωτογραφίες, τα διαγράμματα, τα σχήματα κ.λπ. φέρονται στις εργασίες ως εικόνες, αναφέρονται στα σημεία του κειμένου που αντιστοιχούν και αριθμούνται με συνεχόμενους αραβικούς αριθμούς. Πρέπει να μην εμπεριέχονται στην ροή του κειμένου της εργασίας. Κατατίθενται ηλεκτρονικά το καθένα αποθηκευμένο ξεχωριστά και σε μορφή αρχείων JPEG (*.jpg, *.jpeg), CompuServe GIF (*.gif), TIFF (*.tif, *.tiff), BMP (*.bmp), Photoshop (*.psd, *.pdf). Οι ακτινογραφίες και άλλες κλινικές και διαγνωστικές εικόνες, καθώς και εικόνες παθολογικών δειγμάτων ή φωτομικρογραφιών, πρέπει να είναι αρχεία φωτογραφικής εικόνας υψηλής ανάλυσης. Όλες οι εικόνες πρέπει να έχουν λεζάντες που να περιέχουν βραχύ τίτλο και τις απαραίτητες επεξηγήσεις. Οι λεζάντες των εικόνων γράφονται όλες μαζί σε ξεχωριστή σελίδα με τον αύξοντα αριθμό τους και υποβάλλονται επίσης ηλεκτρονικά. 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.

Συντομογραφίες και σύμβολα. Χρησιμοποιούνται μόνο τυποποιημένες συντομογραφίες. Η χρήση μη συνηθισμένων συντομογραφιών μπορεί να προκαλέσει σύγχυση στους αναγνώστες. Αποφεύγονται οι συντομεύσεις στον τίτλο του χειρογράφου. Η πρώτη συντομογραφία που ακολουθείται από τη συντομογραφία σε παρένθεση πρέπει να χρησιμοποιείται στην πρώτη αναφορά εκτός αν η συντομογραφία είναι μια τυποποιημένη μονάδα μέτρησης.

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, και από ποια πηγή.

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

Οδηγός για την Οδοντιατρική Φροντίδα του Ογκολογικού Ασθενή

Ευαγγελία Μπογοσιάν*

Ο καρκίνος αποτελεί μείζον, σύγχρονο πρόβλημα της δημόσιας υγείας και τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα στη χώρα μας και παγκόσμια. Η εξέλιξη των διαγνωστικών τεχνικών, των ιατρικών θεραπειών και παρεμβάσεων έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της πρόγνωσης των ογκολογικών ασθενών και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης τους. Γεγονός που δημιουργεί σημαντικές πιθανότητες για κάθε οδοντίατρο να κληθεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ασθενείς που πρόκειται να λάβουν, λαμβάνουν ή έχουν λάβει αντικαρκινικές θεραπείες. Η φροντίδα των ογκολογικών ασθενών αποτελεί πρόκληση για τον οδοντίατρο, καθώς αντιμετωπίζουν σύνθετα ιατρικά, οδοντιατρικά, στοματολογικά προβλήματα και έχουν ιδιαίτερες ψυχολογικές ανάγκες.

Η οδοντιατρική φροντίδα των ογκολογικών ασθενών αποτελεί σημαντικό συστατικό στοιχείο της άσκησης της οδοντιατρικής στο νοσοκομείο και ιδιαίτερα στα νοσοκομεία με ογκολογικές κλινικές. Η -κατά το δυνατόν- πρόληψη και αντιμετώπιση των οδοντοστοματολογικών προβλημάτων και των επιπλοκών των θεραπειών των ογκολογικών ασθενών απαιτεί εκπαίδευση και συνεχή ενημέρωση των οδοντιάτρων, διεπιστημονική προσέγγιση και συνεργασία τους με τους παθολόγους ογκολόγους, τους ακτινοθεραπευτές ογκολόγους, τους αιματολόγους, τους χειρουργούς, τους νοσηλευτές και όλους τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στις θεραπείες των ογκολογικών ασθενών.

Η δημιουργία του παρόντος «Οδηγού για την Οδοντιατρική Φροντίδα του Ογκολογικού Ασθενή» προέκυψε ως ανάγκη για τη συστηματικοποίηση της γνώσης και την καλύτερη δυνατή οδοντιατρική αντιμετώπιση των ογκολογικών ασθενών. Αποτελεί το απόσταγμα της γνώσης και της εμπειρίας από την φροντίδα των ογκολογικών ασθενών στην Οδοντιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Βασίζεται στη σύγχρονη βιβλιογραφία και εμπεριέχει τις πλέον σύγχρονες οδηγίες για την οδοντιατρική αντιμετώπιση των ογκολογικών ασθενών. Αποτελεί ζωντανό οργανισμό και ως εκ τούτου μπορεί να εμπλουτίζεται και ενδεχομένως να αναθεωρείται με βάση τα εκάστοτε επιστημονικά δεδομένα. Φιλοδοξεί να είναι χρήσιμος σε κάθε οδοντίατρο, κυρίως όμως απευθύνεται στους νοσοκομειακούς οδοντιάτρους και ιδιαίτερα στους οδοντιάτρους που υπηρετούν σε νοσοκομεία με ογκολογικές κλινικές.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική - οδοντιατρική ειδικής φροντίδας 15(2): 11-16, 2022

*Οδοντίατρος, ΜΑ στη Βιοηθική, Διευθύντρια Οδοντιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, Α' Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και Οδοντιατρικής Ιατρικής Φροντίδας

Προέλευση:
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Οδοντιατρική Κλινική

Ο παρών οδηγός έχει δημοσιευθεί, στο μεγαλύτερο μέρος του στην εφημερίδα ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ, τεύχος 144, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2022

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πτωχή στοματική υγεία συνδέεται με αυξημένη συχνότητα και βαρύτητα των στοματικών επιπλοκών στον ογκολογικό ασθενή. Το γεγονός αυτό καθιστά επιτακτική αναγκαιότητα τη βελτίωση και σταθεροποίηση της στοματικής υγείας του πριν την έναρξη των αντινεοπλασματικών θεραπειών.

Ο σχεδιασμός της οδοντιατρικής παρέμβασης στον ογκολογικό ασθενή περιλαμβάνει την εκτίμηση και προετοιμασία του πριν τις θεραπείες, τη φροντίδα της στοματικής υγείας στη διάρκεια των θεραπειών και την παρακολούθηση-φροντίδα του μετά τις θεραπείες.

Ο ασθενής, εφόσον η υγεία του το επιτρέπει, παραπέμπεται για οδοντιατρική εκτίμηση αμέσως μετά τη διάγνωση του καρκίνου και πριν την έναρξη των αντινεοπλασματικών θεραπειών. Η εξέταση επιτρέπει στον οδοντίατρο να εκτιμήσει την κατάσταση του πριν την έναρξη των θεραπειών και να προβεί στις απαραίτητες παρεμβάσεις που θα ελαττώσουν τις στοματικές επιπλοκές κατά τη διάρκεια και μετά τις θεραπείες.

Οι απαιτούμενες οδοντιατρικές επεμβάσεις προγραμματίζονται άμεσα. Ο προγραμματισμός λαμβάνει υπόψη και προσαρμόζεται στο πρόγραμμα του ασθενή που είναι βεβαρημένο με ποικίλες ιατρικές εξετάσεις πριν την έναρξη των αντινεοπλασματικών θεραπειών.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

- Έγκαιρη οδοντοστοματολογική εξέταση, αν είναι δυνατόν και ένα μήνα πριν τις θεραπείες.
- Λήψη αποφάσεων σχετικά με το ποιες επεμβάσεις πρέπει να πραγματοποιηθούν πριν και ποιες μπορεί να πραγματοποιηθούν μετά το πέρας των θεραπειών, εφόσον υπάρχει πίεση χρόνου.
- Πραγματοποίηση αιματηρών οδοντιατρικών επεμβάσεων τουλάχιστον 14 ημέρες πριν την ακτινοθεραπεία κεφαλής και τραχήλου και 7-10 ημέρες πριν τη χημειοθεραπεία.
- Άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση κάθε εστίας φλεγμονής οφειλόμενης στα δόντια, στο περιοδόντιο ή στο βλεννογόνο, που μπορεί να επιδεινωθεί στη διάρκεια των θεραπειών.
- Εξάλειψη κάθε εστίας ερεθισμού ή τραυματισμού του βλεννογόνου, όπως οδοντοστοιχίες με πλημμελή εφαρμογή, ορθοδοντικοί δακτύλιοι, οξύαιχμα δόντια ή αποκαταστάσεις.
- Εκπαίδευση ασθενή στην εφαρμογή καθημερινού προγράμματος στοματικής υγιεινής και ενημέρωση για την ανάγκη δια βίου δέσμευσης σε αυτό.
- Σύσταση για μη τερηδογόνο διατροφή.
- Εκπαίδευση ασθενή στην εφαρμογή μέτρων πρόληψης της απομεταλλικοποίησης των δοντιών και της οδοντικής τερηδόνας.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΘΑ ΥΠΟΒΛΗΘΟΥΝ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Η ακτινοθεραπεία κεφαλής και τραχήλου προκαλεί σοβαρές οξείες και χρόνιες επιπλοκές στους ασθενείς. Ο κίνδυνος οστεονέκρωσης στις ακτινοβολημένες περιοχές καθιστά αναγκαία την πραγματοποίηση των αιματηρών οδοντιατρικών πράξεων πριν την ακτινοθεραπεία.

Πριν την Ακτινοθεραπεία

Λεπτομερής κλινικός και ακτινογραφικός έλεγχος ασθενή.

Προγραμματισμός οδοντιατρικής θεραπείας σε συνεργασία με ακτινοθεραπευτή. Ενημέρωση για το πεδίο της ακτινοβολήσης και τη δόση της ακτινοβολίας που θα χορηγηθεί.

Εξαγωγή των δοντιών με πτωχή πρόγνωση, οξεία φλεγμονή, σοβαρή περιοδοντική νόσο, που μπορεί να αποτελέσουν εστία φλεγμονής στο μέλλον. Εξάλειψη κάθε εστίας χρόνιας φλεγμονής.

Πραγματοποίηση κάθε απαιτούμενης προπροσθητικής χειρουργικής.

Αναμονή 21 ή τουλάχιστον -εάν υπάρχει μεγάλη πίεση χρόνου- 14 ημερών μετά από χειρουργικές επεμβάσεις ώστε να προχωρήσει η επούλωση πριν την ακτινοθεραπεία.

Ολοκλήρωση των ενδοδοντικών θεραπειών τουλάχιστον 1 βδομάδα πριν την ακτινοθεραπεία.

Τοποθέτηση προσωρινών αποκαταστάσεων των δοντιών, εάν ο χρόνος δεν επαρκεί για μόνιμες. Προσωρινή έμφραξη με υαλοϊονομερή κονία για την προστασία των δοντιών.

Αποτρύγωση και στίλβωση δοντιών, λεπτομερείς οδηγίες στοματικής υγιεινής.

Οδηγίες πρόληψης οδοντικής τερηδόνας:

- Βούρτσισμα των δοντιών με φθοριούχο οδοντόκρεμα (5.000 ppmF) 2-3 φορές τη μέρα.

- Καθαρισμός μεσοδόντιων διαστημάτων με κηρωμένο νήμα ή μεσοδόντια βουρτσάκια.
- Εφαρμογή φθοριούχου γέλης με ατομικά δισκάρια (NaF 1,1% ή SnF₂ 0,4%) πριν το βραδινό ύπνο επί 5-10 λεπτά. Τα δισκάρια πρέπει να καλύπτουν πλήρως τα δόντια και τυχόν ακίνητες προσθετικές αποκαταστάσεις χωρίς να τραυματίζουν τα ούλα ή το βλεννογόνο.
- Σε περίπτωση αδυναμίας χρήσης των δισκαρίων, σύσταση για επάλειψη των δοντιών με φθοριούχο γέλη.
- Έναρξη της εφαρμογής του φθορίου ημέρες πριν την έναρξη της ακτινοθεραπείας.

Ενημέρωση για τη μείωση της λειτουργίας των σιαλογόνων αδένων και την προκαλούμενη ξηροστομία, με τους συνακόλουθους κινδύνους πολυτερηδονισμού και στοματικών φλεγμονών, καθώς και τον κίνδυνο οστεονέκρωσης.

Στη διάρκεια της Ακτινοθεραπείας

Έλεγχος στοματικής υγιεινής, υπενθύμιση των οδηγιών στοματικής υγιεινής και εφαρμογής φθορίου και επιβεβαίωση της δέσμευσης του ασθενή στην τήρησή τους.

Οδηγίες για πρόληψη βλεννογονίτιδας, βασισμένες στις τρέχουσες οδηγίες της MASCC/ISOO.

Παρακολούθηση για παρουσία βλεννογονίτιδας και τυχόν λοιμώξεων του στοματικού βλεννογόνου.

Καλλιέργεια επιχρίσματος του στοματικού βλεννογόνου για τον εντοπισμό λοιμώξεων. Χορήγηση αγωγής για τη θεραπεία των λοιμώξεων σε συνεργασία με ογκολόγο.

Σύσταση για περιορισμό της χρήσης ή αφαίρεση κινητών προσθετικών αποκαταστάσεων στη διάρκεια της θεραπείας.

Μετά την Ακτινοθεραπεία

Πρόγραμμα επανεξετάσεων ασθενή κάθε μήνα για το πρώτο 6μηνο, ανά 3μηνο για τα δυο επόμενα χρόνια και στη συνέχεια ανά 6μηνο.

Παρακολούθηση και ενθάρρυνση για εφαρμογή οδηγιών στοματικής υγιεινής. Υπενθύμιση της ανάγκης δια βίου τήρησής τους.

Παρακολούθηση για ξηροστομία και οδηγίες για την αντιμετώπιση της.

Παρακολούθηση για απομεταλλικοποίηση της αδαμαντίνης των δοντιών και εμφάνιση τερηδόνας. Σύσταση για εφαρμογή φθοριούχων.

Οδηγίες για τη χρήση κινητών προσθετικών αποκαταστάσεων μετά την υποχώρηση της βλεννογονίτιδας. Οι ασθενείς με εύθραυστους ιστούς και ξηροστομία ίσως να μη μπορούν να τις χρησιμοποιήσουν ξανά.

Έλεγχος για εμφάνιση τρισμού. Έλεγχος για πόνο ή αδυναμία των μαστηρών στο πεδίο της ακτινοβολίας. Εκπαίδευση ασθενή για πραγματοποίηση ασκήσεων διάνοιξης του στόματος.

Ενημέρωση ασθενή για την αποφυγή αιματηρών επεμβάσεων στην ακτινοβολημένη περιοχή, λόγω του κινδύνου οστεονέκρωσης.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΘΑ ΥΠΟΒΛΗΘΟΥΝ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι επιπλοκές της χημειοθεραπείας σχετίζονται με το πρωτόκολλο της θεραπείας που εφαρμόζεται, την αντίδραση του ασθενή σε αυτό, την οδοντοστοματολογική κατάσταση του ασθενή, τη σύγχρονη χρήση ακτινοθεραπείας.

Η συνδυασμένη χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία κεφαλής και τραχήλου αυξάνει τον κίνδυνο βλεννογονίτιδας του στόματος.

Πριν τη Χημειοθεραπεία

Οδοντοστοματολογική εξέταση, αποτρύγωση και στίλβωση δοντιών, οδηγίες στοματικής υγιεινής.

Προγραμματισμός οδοντοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε συνεργασία με ογκολόγο. Προσωρινή αντιμετώπιση ή αναβολή για μετά την ολοκλήρωση των θεραπειών μη σημαντικών οδοντιατρικών προβλημάτων (προσωρινή αποκατάσταση αβαθών κοιλοτήτων, εφαρμογή φθορίου για αναχαίτηση τερηδόνας κ.λπ.).

Πραγματοποίηση αιματηρών επεμβάσεων τουλάχιστον 7-10 ημέρες πριν τη χημειοθεραπεία.

Ειδικότερα για τους ασθενείς με αιματολογική νόσο, συνεννόηση με θεράποντα πριν από οδοντιατρική επέμβαση. Αποφυγή επεμβάσεων ή εφαρμογή ειδικών προφυλάξεων σε ανοσοκατασταλμένους και ασθενείς με θρομβοπενία.

Στη διάρκεια της Χημειοθεραπείας

Παρακολούθηση - ενθάρρυνση ασθενή για εφαρμογή μέτρων στοματικής υγιεινής.

Παρακολούθηση για εμφάνιση λοιμώξεων οφειλόμενων σε βακτήρια, μύκητες ή ιούς. Καλλιέργεια επιχρίσματος του

στοματικού βλεννογόνου για τον εντοπισμό λοιμώξεων. Χορήγηση αγωγής για τη θεραπεία των λοιμώξεων σε συνεργασία με ογκολόγο.

Σε περίπτωση επείγοντος οδοντιατρικού προβλήματος είναι απαραίτητη η ενημέρωση και έγκριση του θεράποντα ογκολόγου και ο έλεγχος της αιματολογικής κατάστασης του ασθενή πριν οποιαδήποτε επέμβαση.

Μετά τη Χημειοθεραπεία

Μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας και την αποδρομή των επιπλοκών της καθορίζεται ένα πρόγραμμα επανεξετάσεων για τον ασθενή.

Γενική αίματος πριν από κάθε προγραμματισμένη οδοντοθεραπεία και επιβεβαίωση της κανονικής αιματολογικής κατάστασης του ασθενή.

Διερεύνηση ασθενή για λήψη αντιοστεολυτικών-αντιαπορροφητικών φαρμάκων ή άλλων βιολογικών παραγόντων.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΘΑ ΥΠΟΒΛΗΘΟΥΝ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΡΧΕΓΟΝΩΝ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Πριν τη μεταμόσχευση

Οδοντοστοματολογική εξέταση, αποτρίγωση και στίλβωση δοντιών, οδηγίες στοματικής υγιεινής.

Προγραμματισμός οδοντοθεραπειών σε συνεργασία με ογκολόγο.

Προγραμματισμός αναγκαίων αιματηρών οδοντιατρικών πράξεων 7-10 ημέρες πριν την έναρξη των θεραπειών.

Οδηγίες πρόληψης της απομεταλλικοποίησης δοντιών.

Μετά τη μεταμόσχευση

Έλεγχος οδοντικής μικροβιακής πλάκας, απομεταλλικοποίησης των δοντιών ή οδοντικής τερηδόνας. Υπενθύμιση των οδηγιών στοματικής υγιεινής και εφαρμογής φθορίου.

Έλεγχος για λοιμώξεις στοματικής κοιλότητας. Συνηθέστερες οι λοιμώξεις από candida albicans και ερπητοϊό.

Αναβολή προγραμματισμένων οδοντιατρικών επεμβάσεων για ένα χρόνο.

Έλεγχος για στοματικές επιπλοκές, που μπορεί να υποδηλώνουν χρόνια αντίδραση του μοσχεύματος κατά του ξενιστή.

Εξέταση για δευτερεύουσες κακοήθειες στη στοματική κοιλότητα.

ΕΙΔΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Τα παιδιά που λαμβάνουν χημειοθεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία είναι σε κίνδυνο για τις ίδιες στοματικές επιπλοκές με τους ενήλικες. Ειδικότερες παρεμβάσεις στα παιδιά αφορούν:

Στην αφαίρεση όλων των εύσειστων νεογιλών και των δοντιών που αναμένεται να αποπέσουν στη διάρκεια της θεραπείας.

Αφαίρεση των ορθοδοντικών συσκευών και δακτυλίων.

Ακτινογραφική εικόνα - καταγραφή για παρακολούθηση της εξέλιξης και της ανάπτυξης της των κρανιοπροσωπικών και οδοντιατρικών δομών.

Οι οδηγίες εφαρμογής φθορίου καθορίζονται από την ηλικία του παιδιού.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Βλεννογονίτιδα στόματος

Οι «Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Κλινική Πρακτική για τη Διαχείριση της Βλεννογονίτιδας που Οφείλεται σε Θεραπεία του Καρκίνου» των Multinational Association of Supportive Care in Cancer και International Society in Oral Oncology (MASCC/ISOO) του 2020 συνιστούν:

- Την εφαρμογή συνδυασμένων πρωτοκόλλων εντατικής φροντίδας της στοματικής υγείας (Βασική Οδοντιατρική Φροντίδα-Basic Oral Care) για την πρόληψη της βλεννογονίτιδας του στόματος από τις αντινεοπλασματικές θεραπείες. Η Βασική Οδοντιατρική Φροντίδα περιλαμβάνει:

- α) Την εκπαίδευση και κινητοποίηση του ασθενή ώστε να κατανοήσει τη σημασία της φροντίδας της στοματικής του υγείας και να εφαρμόσει τις οδηγίες στοματικής υγιεινής.
- β) Την πραγματοποίηση των απαραίτητων οδοντιατρικών παρεμβάσεων πριν τις αντικαρκινικές θεραπείες και την παρακολούθηση και εκτίμηση στη διάρκεια τους.

γ) Λεπτομερείς οδηγίες για τα μέσα, τους τρόπους και τη συχνότητα στοματικής φροντίδας. Ο στόχος είναι η μείωση του μικροβιακού φορτίου της στοματικής κοιλότητας, η πρόληψη των λοιμώξεων και η ανακούφιση του ασθενή.

- Ότι, παρά την ανεπαρκή τεκμηρίωση, οι στοματοπλύσεις με ήπια διαλύματα πολλές φορές τη μέρα, αυξάνουν την καθαρότητα του στόματος, συμβάλλουν σε καλύτερη στοματική υγιεινή και ανακουφίζουν τον ασθενή. Ως στοματοπλύμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί φυσιολογικός ορός ή διάλυμα αλατιού ή σόδας ή και συνδυασμού τους (σε ένα λίτρο νερό προστίθεται μια κουταλιά γλυκού αλάτι ή σόδα ή και των δύο). Το διάλυμα παρασκευάζεται καθημερινά.
- Τη χρήση υδροχλωρικής βενζυδαμίνης για στοματοπλύσεις για την πρόληψη της βλεννογονίτιδας στους ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία < 50 Gy και για όσους λαμβάνουν συνδυασμένη ακτινο-χημειοθεραπεία (15 ml x 1min x 3-4 φορές ημερησίως).
- Η χρήση χλωρεξιδίνης δεν συνιστάται για την πρόληψη βλεννογονίτιδας σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία.
- Για την αντιμετώπιση του πόνου που οφείλεται στη βλεννογονίτιδα στόματος, στους ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, συνιστάται στοματοπλύμα μορφίνης 0,2%.

Επίσης συνιστώνται:

Η χρήση KGF-1 (keratinocyte growth factor 1) ενδοφλεβίως για την πρόληψη της βλεννογονίτιδας στόματος σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αυτόλογη μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων και λαμβάνουν χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με ολική ακτινοβολία σώματος.

Κρυσταλλοθεραπεία για την πρόληψη της βλεννογονίτιδας στόματος στους ασθενείς που λαμβάνουν 5-φθοριοουρακίλη και μελφаланή.

Θεραπεία με laser χαμηλής στάθμης (Low Level Laser Therapy-LLLT) για την πρόληψη της βλεννογονίτιδας σε ενήλικους που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία κεφαλής και τραχήλου με ή χωρίς σύγχρονη χημειοθεραπεία.

Θεραπεία με laser χαμηλής στάθμης για την πρόληψη της βλεννογονίτιδας στόματος σε ενήλικους που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων και λαμβάνουν χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με ή χωρίς ολική ακτινοβολία σώματος.

Λήψη συμπληρωμάτων διατροφής (γλουταμίνη p.o.) για την πρόληψη της βλεννογονίτιδας στόματος στους ασθενείς με καρκίνο κεφαλής τραχήλου που λαμβάνουν συνδυασμό ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας.

Η τοπική εφαρμογή και συστηματική χορήγηση μελιού προτείνεται για την πρόληψη της βλεννογονίτιδας στόματος στους ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία ή συνδυασμό ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας.

Ξηροστομία

Συνιστάται επαρκής ενυδάτωση καθημερινά (κατανάλωση 8-10 ποτηριών υγρών ημερησίως).

Λήψη υγρών ή ημίρρευστων τροφών, βελτίωση της σύστασης των τροφών με προσθήκη ζωμού, σάλτσας κλπ.

Μάσηση τσίχλας ή καραμέλας χωρίς ζάχαρη.

Στοματοπλύσεις με ήπια διαλύματα που βοηθούν στη ρευστοποίηση του παχύρρευστου σάλιου.

Χρήση λιπαντικών του βλεννογόνου και υποκατάστατων σάλιου σε μορφή στοματοπλύματος, σπρέι ή γέλης.

Συνταγογράφηση σιαλαγωγών φαρμάκων.

Απομεταλλικοποίηση αδαμαντίνης, τερηδόνα ακτινοθεραπείας

Καθημερινή εφαρμογή φθορίου, πριν από την έναρξη και καθόλη τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας. Συνέχιση δια βίου της εφαρμογής φθορίου εφόσον επιμένουν οι μεταβολές στην ποσότητα και στην ποιότητα του σάλιου.

Διάβρωση αδαμαντίνης

Ξέπλυμα στόματος με νερό και σόδα μετά από εμετό για αποφυγή διάβρωσης της αδαμαντίνης.

Αιμορραγία των ούλων οφειλόμενη σε χημειοθεραπεία

Βούρτσισμα δοντιών με μαλακή οδοντόβουρτσα που έχει εμβυθιστεί σε ζεστό νερό για λίγα λεπτά. Αποφυγή καθαρισμού μεσοδόντιων διαστημάτων στις περιοχές που αιμορραγούν.

Τρισμός

Οδηγίες για ασκήσεις διάτασης των μυών και διάνοιξης της γνάθου προκειμένου να αποφευχθεί ή να μειωθεί η σοβαρότητα της ίνωσης και ατροφίας των μυών. Άνοιγμα και κλείσιμο του στόματος όσο περισσότερο γίνεται, χωρίς να προ-

καλεί πόνο, για 20 φορές. Επανάληψη άσκησης 3 φορές την ημέρα.

Οστεονέκρωση

Αποφυγή αιματηρών οδοντιατρικών επεμβάσεων στους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία κεφαλής και τραχήλου ή έχουν λάβει ενδοφλέβια διφωσφονικά ή δανοσουμάμπη. Σε περίπτωση αναπόφευκτης εξαγωγής δοντιού επιβάλλονται ατραυματικοί χειρισμοί, χορηγείται αντιβίωση και συνιστώνται αντισηπτικά.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL: Dental Management of the Medically Compromised Patient. 9th ed. St Louis. ELSEVIER. 2018: 480-514.
2. U.S. Department of Health and Human Services. National Institute of Health Dental Provider's Oncology Pocket Guide. Διαθέσιμο στο: https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-09/oncology-guide-dental-provider_0.pdf (τελευταία πρόσβαση 10/05/2023).
3. Elad S, Cheng KKF, Lala RV et al: MASCC/ISOO Clinical Practice Guidelines for the Management of Mucositis Secondary to Cancer Therapy. Cancer 2020; 126: 4423-4431.
4. NIH. National Cancer Institute. Oral Complications of Chemotherapy and Head/Neck Radiation. Updated 2016. Διαθέσιμο στο: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/mouth-throat/oral-complications-hp-pdq> (τελευταία πρόσβαση 10/05/2023).
5. The Royal College of Surgeons of England / The British Society for Disability and Oral Health: The Oral Management of Oncology Patients Requiring Radiotherapy, Chemotherapy and / or Bone Marrow Transplantation. Clinical Guidelines. 2018. Διαθέσιμο στο: <https://www.bsdrh.org/index.php/component/edocman/the-oral-management-of-oncology-patients-requiring-radiotherapy-chemotherapy-and-or-bone-marrow-transplantation> (τελευταία πρόσβαση 10/05/2023).
6. University of Florida. College of Dentistry: Guidelines for Dental Extractions Before Head & Neck Radiation Therapy. Διαθέσιμο στο: <https://dental.ufl.edu/patient-care/patient-information/special-care-instructions-for-cancer-patients/guidelines-for-dental-extractions-before-head-neck-radiation-therapy/> (τελευταία πρόσβαση 10/05/2023).
7. Bjordal JM, Bensadoun RJ, Tunér J, Frigo L, Gjerde K, Lopes-Martins RAB: A systematic review with meta-analysis of the effect of low-level laser therapy (LLLT) in cancer therapy-induced oral mucositis. Support Care Cancer 2011; 19: 10691077. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1202-0>
8. Yarom N, Hovan A, Bossi P, Ariyawardana A, Siri Beier Jensen, Gobbo N et al: Systematic review of natural and miscellaneous agents for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines part 1: vitamins, minerals, and nutritional supplements. Support Care Cancer. 2019; 27(10): 3997-4010.
9. Yarom N, Hovan A, Bossi P, Ariyawardana A, Siri Beier Jensen, Gobbo N et al: Systematic review of natural and miscellaneous agents, for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines part 2: honey, herbal compounds, saliva stimulants, probiotics, and miscellaneous agents. Support Care Cancer. 2020; 28(5): 2457-2472.
10. Yarom N, Shapiro CL, Peterson DE, Van Poznak CH, Bohlke K, Ruggiero SL et al: Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw: MASCC/ISOO/ASCO Clinical Practice Guideline. J Clin Oncol. 2019; 37(25): 2270-2290.
11. Ruggiero SL, Dodson TB, Aghaloo T, Carlson ER, Ward BB, Kademani D: American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws 2022 Update. J Oral Maxillofac Surg 2022; 80(5): 920-943.

Διεύθυνση για επικοινωνία:

Μπογοσιάν Ευαγγελία

Στεργιογιάννη 45, ΤΚ 71305

Ηράκλειο

Τηλέφωνα: 2810 392473 και

2810 392475

Email: evbogolian@gmail.com

Ασθενείς με κακοήθη αιματολογικά νοσήματα. Οδοντιατρική φροντίδα

Ευαγγελία Μπογοσιάν¹, Ιωάννα Παναγιωτοπούλου²

Συχνότερα κακοήθη αιματολογικά νοσήματα είναι οι λευχαιμίες, τα λεμφώματα και το πολλαπλό μυέλωμα. Η λευχαιμία είναι κακοήθεια των λευκών αιμοσφαιρίων. Τα λεμφώματα είναι κακοήθεις υπερπλασίες των λεμφικών οργάνων και ιστών, με κυριότερους τύπους το Hodgkin και non-Hodgkin λέμφωμα. Το πολλαπλό μυέλωμα είναι κακοήθης νεοπλασία των πλασματοκυττάρων. Η οδοντιατρική φροντίδα των ασθενών με κακοήθη αιματολογικά νοσήματα αποτελεί πρόκληση για τον οδοντίατρο, λόγω της πολυπλοκότητας των ιατρικών τους προβλημάτων. Οι ασθενείς έχουν αυξημένο κίνδυνο φαρμακοσυσχετιζόμενης οστεονέκρωσης των γνάθων λόγω των θεραπειών με διφωσφονικά φάρμακα. Η θρομβοπενία προκαλεί σοβαρό κίνδυνο αιμορραγίας, ενώ η ανοσοκαταστολή αυξάνει τον κίνδυνο λοιμώξεων. Ειδική προετοιμασία χρειάζεται για τους ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων. Η οδοντιατρική φροντίδα των ασθενών με κακοήθη αιματολογικά νοσήματα απαιτεί εκπαίδευση και γνώση του οδοντιάτρου, προσεκτική αντιμετώπιση των ασθενών και στενή συνεργασία με τους θεράποντες αιματολόγους προς όφελος της ασφάλειας τους. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η παρουσίαση των συχνότερων κακοήθων αιματολογικών νοσημάτων και της οδοντιατρικής φροντίδας των ασθενών πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τις θεραπείες τους, για τη βελτίωση της στοματικής τους υγείας, την -κατά το δυνατόν- πρόληψη των επιπλοκών που σχετίζονται με το νόσημα και τις θεραπείες και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική - οδοντιατρική ειδικής φροντίδας 15(2): 17-21, 2022

Λέξεις κλειδιά: Κακοήθη αιματολογικά νοσήματα, λευχαιμία, πολλαπλό μυέλωμα, λέμφωμα, οδοντιατρική φροντίδα

¹Οδοντίατρος, ΜΑ στη Βιοηθική, Διευθύντρια Οδοντιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

²Οδοντίατρος, Επιμελήτρια Β' Οδοντιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Προέλευση:

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Οδοντιατρική Κλινική

Η παρούσα εργασία στο μεγαλύτερο μέρος της έχει δημοσιευθεί στην εφημερίδα ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ, τεύχος 149, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2022

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος κακοήθη αιματολογικά νοσήματα αναφέρεται στις κακοήθεις νεοπλασίες του αιμοποιητικού συστήματος. Συχνότερα κακοήθη αιματολογικά νοσήματα είναι οι λευχαιμίες, τα λεμφώματα και το πολλαπλό μυέλωμα. Πρόκειται για νοσήματα που ενδιαφέρουν τον οδοντίατρο, αφενός διότι αρχικά σημεία της νόσου μπορεί να παρατηρηθούν στη στοματική κοιλότητα και στην ευρύτερη περιοχή κεφαλής και τραχήλου και αφετέρου διότι απαιτούνται ειδικές προφυλάξεις στην αντιμετώπιση των ασθενών¹.

Η *λευχαιμία* είναι κακοήθεια των λευκών αιμοσφαιρίων. Η νόσος χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των λευκών αιμοσφαιρίων στο μυελό των οστών και αυξημένη κυκλοφορία τους στο αίμα¹. Η λευχαιμία χαρακτηρίζεται μυελογενής ή λεμφοβλαστική, ανάλογα με το αν έχει προσβληθεί η μυελική ή η λεμφική κυτταρική σειρά. Επίσης μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια². Με βάση τα παραπάνω διακρίνονται τέσσερις βασικοί τύποι λευχαιμίας: Η οξεία μυελογενής λευχαιμία (ΟΜΛ), η οξεία λεμφοβλαστική (ΟΛΛ), η χρόνια μυελογενής (ΧΜΛ) και η χρόνια λεμφοκυτταρική (ΧΛΛ)^{1,3}.

Η οξεία λευχαιμία έχει αιφνίδια έναρξη και ταχεία εξέλιξη και χαρακτηρίζεται από ταχεία συσσώρευση ανώριμων, δυσλειτουργικών λευκοκυττάρων στο μυελό των οστών και στο αίμα¹. Η διήθηση του μυελού των οστών από τα λευχαιμικά κύτταρα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της παραγωγής των ερυθροκυττάρων, των ώριμων λευκοκυττάρων και των αιμοπεταλίων. Κατά συνέπεια, οι ασθενείς εμφανίζουν αναιμία, προδιάθεση σε λοιμώξεις και αιμορραγική διάθεση⁴. Τα λευχαιμικά κύτταρα μπορεί να διηθήσουν ιστούς και όργανα, όπως τους λεμφαδένες, το σπλήνα, το ήπαρ και το ΚΝΣ. Οι ασθενείς με λευχαιμία μπορεί να εμφανίσουν διόγκωση, ελκώσεις και φλεγμονή των ούλων. Η διόγκωση των ούλων μπορεί να οφείλεται στη φλεγμονή, αλλά και στη διήθηση των ούλων από ανώριμες μορφές λευκοκυττάρων και επιδεινώνεται από την κακή στοματική υγιεινή (εικ. 1). Ο συνδυασμός φλεγμονής, διόγκωσης και θρομβοπενίας αυξάνει την αιμορραγική διάθεση των ούλων^{1,5}.



Εικόνα 1: Λευχαιμική διήθηση των ούλων σε ασθενή με οξεία μυελογενή λευχαιμία

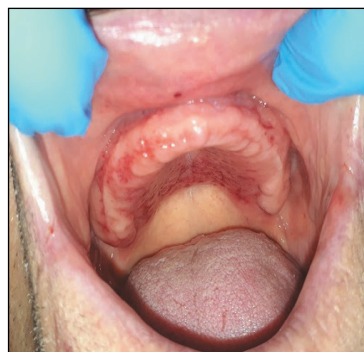
Η χρόνια λευχαιμία είναι κακοήθεια των ώριμων λευκών αιμοσφαιρίων¹. Η χρόνια λευχαιμία είναι συχνά ασυμπτωματική και ανακαλύπτεται σε τυχαίο εργαστηριακό έλεγχο^{4,6}. Ωστόσο, καθώς η νόσος εξελίσσεται εμφανίζονται κλινικά σημεία και συμπτώματα. Έχουν αναφερθεί πυρετός, αναιμία, κακουχία, αιμορραγική διάθεση, ευπάθεια σε λοιμώξεις, λεμφαδενοπάθεια, σπληνομε-

γαλία και ηπατομεγαλία^{5,6}. Στη στοματική κοιλότητα μπορεί να εκδηλωθεί με λεμφαδενοπάθεια, φλεγμονή των μαλακών ιστών και ωχρότητα του στοματικού βλεννογόνου¹.

Το *λέμφωμα* είναι κακοήθης υπερπλασία των λεμφικών οργάνων και ιστών με τη μορφή συμπαγούς όγκου με λεμφαδενική ή εξωλεμφαδενική εντόπιση¹. Διακρίνονται δύο μεγάλες κατηγορίες λεμφώματος, το Hodgkin και το non-Hodgkin⁷. Η παρουσία των κυττάρων Reed Sternberg (κύτταρα RS) αποτελεί παθογνωμονικό εύρημα για το λέμφωμα Hodgkin. Στο non-Hodgkin λέμφωμα τα κύτταρα RS απουσιάζουν. Τα κύτταρα RS είναι άτυπα λεμφοκύτταρα με ανώμαλη διαφοροποίηση⁶.

Το λέμφωμα Hodgkin είναι νεόπλασμα των Β-λεμφοκυττάρων και εμφανίζεται ως ανώδυνη μάζα σταθερών, διογκωμένων λεμφαδένων, με συνηθέστερες εντοπίσεις στην περιοχή του τραχήλου και του μεσοθωρακίου. Αν η νόσος αφεθεί χωρίς θεραπεία, προοδευτικά επεκτείνεται και σε άλλες ομάδες λεμφαδένων, στο σπλήνα, στο ήπαρ, στους πνεύμονες και στο μυελό των οστών. Το λέμφωμα non-Hodgkin είναι νεόπλασμα των Β- ή των Τ-λεμφοκυττάρων, με πάνω από το 80% των περιπτώσεων να αφορούν στα Β-λεμφοκύτταρα^{1,2}. Όταν διαγιγνώσκεται εμφανίζει συνήθως πολυεστιακή εντόπιση¹. Σε αντίθεση με το λέμφωμα Hodgkin που σχεδόν πάντα αναπτύσσεται σε λεμφαδενικούς σχηματισμούς, περίπου 20-40% των non-Hodgkin λεμφωμάτων αναπτύσσονται έξω από τους λεμφαδένες (εξωλεμφαδενική εντόπιση)^{1,2}. Οι ασθενείς με λέμφωμα Hodgkin ή non-Hodgkin μπορεί να εμφανίσουν τραχηλική λεμφαδενοπάθεια, εξωαδενικούς ή ενδοστοματικούς όγκους. Το ενδοστοματικό λέμφωμα εντοπίζεται συχνότερα στο δακτύλιο του Waldeyer (μαλακή υπερώα και στοματοφάρυγγας) και λιγότερο συχνά στους σιελογόνους αδένες ή στην κάτω γνάθο¹.

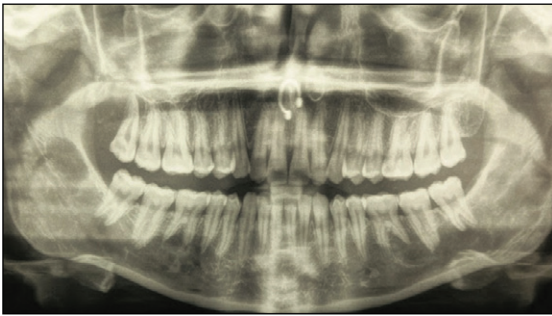
Το *πολλαπλό μυέλωμα* είναι κακοήθης νεοπλασία των πλασματοκυττάρων. Τα πλασματοκύτταρα προέρχονται από τα Β-λεμφοκύτταρα και είναι τα κύτταρα που παράγουν τα αντισώματα (ανοσοσφαιρίνες)⁴. Κάθε κλώνος πλασματοκυττάρων συνθέτει ένα είδος ανοσοσφαιρίνης⁶. Το πολλαπλό μυέλωμα χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό ενός κλώνου πλασματοκυττάρων του μυελού, με αποτέλεσμα την αύξηση της αντίστοιχης ανοσοσφαιρίνης στο αίμα^{2,6}. Τα νεοπλασματικά πλασματοκύτταρα κατακλύζουν το μυελό των οστών, όπου αναπτύσσονται σε βάρος των άλλων κυτταρικών σειρών, προκαλώντας αναιμία, λευκοπενία και θρομβοπενία που μπορεί να εκδηλώνεται με πετέχειες και εκχυμώσεις (εικ. 2). Επίσης, παράγουν ελαττωματικές ανο-



Εικόνα 2: Πετέχειες ούλων και υπερώας σε ασθενή με πολλαπλό μυέλωμα

σοσφαιρίνες με ταυτόχρονη μείωση της έκκρισης των φυσιολογικών ανοσοσφαιρινών, που συνεπάγεται ευπαθεία στις λοιμώξεις^{4,6}.

Η απελευθέρωση παραγόντων ενεργοποίησης των οστεοκλαστών από τα νεοπλασματικά πλασματοκύτταρα προκαλεί οστεολυτικές βλάβες, με πόνο και παθολογικά κατάγματα των οστών⁵. Οστεολυτικές βλάβες προκαλούνται συνήθως στους σπονδύλους, στις πλευρές και στα οστά της λεκάνης⁴. Χαρακτηριστικές οστεολυτικές βλάβες παρατηρούνται ακτινογραφικά στα οστά του κρανίου και των γνάθων^{1,2,5} (εικ. 3, 4). Η εκτεταμένη οστεόλυση αυξάνει τα επίπεδα ασβεστίου στο αίμα με σοβαρές επιπτώσεις για τον ασθενή⁶.



Εικόνα 3: Πολλαπλές οστεολυτικές βλάβες στη γνάθο 20χρονης ασθενούς με πολλαπλό μυέλωμα



Εικόνα 4: Οστεολυτική βλάβη της κάτω γνάθου αριστερά, σε ασθενή με πολλαπλό μυέλωμα

Οδοντιατρική φροντίδα ασθενών

Η οδοντιατρική φροντίδα των ασθενών με κακοήθη αιματολογικά νοσήματα είναι απαραίτητη σε όλες τις φάσεις της θεραπείας τους. Περιλαμβάνει εκτίμηση και προετοιμασία πριν τη θεραπεία, φροντίδα της στοματικής υγείας κατά τη διάρκεια των θεραπειών και μετά τις θεραπείες^{1,3,8-10}. Προϋποθέτει τη γνώση της διάγνωσης και της βαρύτητας του νοσήματος, των λαμβανόμενων θεραπειών και της κατάστασης κάθε φορά του ασθενή^{11,12}. Η πολυπλοκότητα των ιατρικών προβλημάτων των αιματολογικών ασθενών και οι στοματικές επιπλοκές που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τα πρωτόκολλα της αιματολογικής θεραπείας, διακυβεύονται την επιβίωση του ασθενή, απαιτούν μια διεπιστημονική προσέγγιση. Η οδοντιατρική φροντίδα θα πρέπει να πραγματοποιείται στο πλαίσιο στενής διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ της ογκολογικής και της οδοντιατρικής ομάδας σε όλες τις φάσεις της θεραπείας^{3,10,11}.

Πριν την έναρξη των θεραπειών δίδονται λεπτομερείς οδηγίες στοματικής υγιεινής, τονίζοντας τη σημασία της

σχολαστικής αφαίρεσης της πλάκας, και εάν υπάρχει το χρονικό περιθώριο, εξαλείφονται εστίες φλεγμονής οφειλόμενες στα δόντια ή στο περιοδόντιο^{1,10-12}. Η καλή στοματική υγεία και υγιεινή μπορεί να προστατέψει τους ασθενείς από σοβαρές επιπλοκές, ιδιαίτερα στη φάση της ουδετεροπενίας^{1,10-13}. Επίσης συνιστάται η χρήση φθοριούχων και η μη τερηδογονόγος διατροφή^{1,3,14}.

Καθώς τα λευκοκύτταρα είναι υπεύθυνα για την άμυνα του οργανισμού έναντι των λοιμώξεων, η διήθηση του μυελού των οστών από τα νεοπλασματικά κύτταρα προκαλεί καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος¹. Η καταστολή επιτείνεται από τη χημειοθεραπεία στην οποία υποβάλλονται, με συνέπεια οι ασθενείς να είναι ευπαθείς σε κάθε είδους λοίμωξη, οφειλόμενη σε βακτήρια, ιούς ή μύκητες, που μπορεί να οδηγήσει και σε απειλητική για τη ζωή σηψαιμία^{1,3,9,11-13}. Μία σοβαρή λοίμωξη στον ανοσοκατασταλμένο-ουδετεροπενικό ασθενή μπορεί να εξελίσσεται χωρίς έντονα σημεία και συμπτώματα, με μόνη εκδήλωση τον πυρετό. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται άμεση εκτίμηση και αντιμετώπιση του ασθενή¹⁵. Η ερυθρότητα και το οίδημα, που συνήθως υπάρχουν στις οδοντογενείς λοιμώξεις, είναι λιγότερα διακριτά, με αποτέλεσμα να υπάρχει ο κίνδυνος η λοίμωξη να υποεκτιμηθεί. Η χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής στον ανοσοκατασταλμένο ασθενή, σε συνεργασία με το θεράποντα αιματολόγο είναι πάντοτε πιο επιθετική, προκειμένου να προστατευτεί η υγεία του από τις λοιμώξεις^{4,15}. Αγωγή για μυκητιασικές ή ιογενείς λοιμώξεις χορηγείται εάν χρειαστεί ή και ως προφύλαξη¹⁰⁻¹².

Εξαιτίας της θρομβοπενίας, οι ασθενείς με κακοήθη αιματολογικά νοσήματα μπορεί να εμφανίζουν πετέχειες, εκχυμώσεις ή αιματώματα στο στοματικό βλεννογόνο. Σε περιπτώσεις σοβαρής θρομβοπενίας, μπορεί να εμφανίσουν αιμορραγία μετά από ελάχιστο τραυματισμό ή ακόμα και αυτόματα¹. Η αιμορραγική διάθεση των ασθενών προβληματίζει τον οδοντίατρο σε περίπτωση αιματηρών οδοντιατρικών επεμβάσεων. Η οδοντιατρική αντιμετώπιση των ασθενών με θρομβοπενία, λόγω του κινδύνου αιμορραγίας, γίνεται σε συνεργασία με το θεράποντα^{7,8,10}. Κατά κανόνα, εξαγωγές δοντιών μπορεί να πραγματοποιούνται εφόσον ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι μεγαλύτερος από 50.000 /μL^{1,7}. Για τιμές αιμοπεταλίων κάτω των 50.000 /μL, πάντα σε συνεννόηση με το θεράποντα, μπορεί να γίνει μετάγγιση αιμοπεταλίων πριν από αιματηρές οδοντιατρικές επεμβάσεις^{7,10,11}. Σε όλους τους ασθενείς θα πρέπει να γίνεται έλεγχος της αιμορραγίας με συρραφή και εφαρμογή τοπικών μέσων αιμόστασης¹⁰⁻¹².

Οι ασθενείς που θα υποβληθούν σε μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων υποβάλλονται σε υψηλές δόσεις χημειοθεραπείας ή/και ακτινοθεραπείας για την καταστροφή του μυελού των οστών και του ανοσοποιητικού τους συστήματος^{11,12}. Προκειμένου να μειωθεί η νοσηρότητα που οφείλεται σε οδοντογενείς λοιμώξεις, είναι αναγκαία η προμεταμοσχευτική εκτίμηση των ασθενών^{14,16}. Εφόσον είναι δυνατόν, εξαλείφονται όλες οι εστίες πιθανής λοίμωξης πριν τη μεταμόσχευση, καθώς η ανοσοκαταστολή μετά τη μεταμόσχευση μειώνει την αμυντική ικανότητα του ασθενή σε πιθανές φλεγμονές¹⁷. Για ένα χρόνο μετά τη μεταμόσχευση οι ασθενείς δεν είναι σκόπιμο να υποβληθούν σε οδοντιατρική επέμβαση^{8,12}. Συνιστάται η αποφυγή ή ο περιορισμός χρήσης

κινητών προσθετικών αποκαταστάσεων την περίοδο που ακολουθεί τη μεταμόσχευση¹¹.

Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αλλογενή μεταμόσχευση μυελού των οστών είναι πιθανό να εμφανίσουν τη Νόσο του Μοσχεύματος κατά Ξενιστή (Graft Versus Host Disease / GVHD), που περιπλέκει περαιτέρω την κατάσταση τους^{7,11,12,17,18}. Η GVHD μπορεί να επηρεάσει πολλά όργανα, συμπεριλαμβανομένων των ιστών του στόματος. Στο στόμα μπορεί να εμφανιστεί με σκληρωτικές βλάβες που προκαλούν απώλεια της ελαστικότητας των ιστών και με υπολειπόμενη ξηροστομία. Στο βλεννογόνο του στόματος μπορεί να εκδηλωθεί με λευκές λειχηνοειδείς βλάβες, ως ερύθημα, έλκη, υπερκεράτωση ή ατροφία^{17,18}. Οι ασθενείς με GVHD διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του στόματος, γι' αυτό θα πρέπει να βρίσκονται υπό τακτική παρακολούθηση^{7,9,18}.

Στους ασθενείς με πολλαπλό μυέλωμα χορηγούνται ενδοφλέβια διφωσφονικά για την αντιμετώπιση της υπερασβεστιαμίας και τη μείωση του κινδύνου οστικών καταγμάτων^{6,12,19}. Ο κίνδυνος φαρμακοσυσχετιζόμενης οστεονέκρωσης των γνάθων αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα και πρόκληση σχετικά με την οδοντιατρική αντιμετώπιση τους. Προϋπόθεση για την πρόληψη της οστεονέκρωσης των γνάθων είναι η οδοντιατρική εξέταση και προετοιμασία των ασθενών πριν την έναρξη της λήψης των φαρμάκων^{10,12,19-21}. Η εκπαίδευση των ασθενών και η δέσμευσή τους στη διαβίου εφαρμογή ενός προγράμματος στοματικής υγιεινής είναι το αναγκαίο πρώτο βήμα^{12,19,21}. Ο σχεδιασμός της θεραπείας θα πρέπει να περιλαμβάνει ενδελεχή κλινική εξέταση και ακτινογραφικό έλεγχο, όπου θα πρέπει να αξιολογηθούν η περιοδοντική νόσος, η κινητικότητα των δοντιών, οι τερηδόνες, η παρουσία υπολειμμάτων ριζών, η παθολογία των περιακρορριζικών ιστών και η σταθερότητα των οδοντοστοιχιών. Είναι σημαντικό να εντοπιστούν όλες οι εστίες οξείας φλεγμονής, αλλά και πιθανές εστίες που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν φλεγμονή μετά τη λήψη των θεραπειών^{10,19}. Οι ασθενείς υποβάλλονται σε όλες τις αναγκαίες οδοντοθεραπευτικές παρεμβάσεις και εξαγωγές των δοντιών με αμφίβολη ή πτωχή πρόγνωση πριν την έναρξη των θεραπειών^{10,12}.

Συμπερασματικά, η οδοντιατρική φροντίδα των ασθενών με κακοήγη αιματολογικά νοσήματα αποτελεί πρόκληση για τον οδοντίατρο, λόγω των ποικίλων και περίπλοκων ιατρικών προβλημάτων τους. Ο κίνδυνος οστεονέκρωσης των γνάθων, η θρομβοπενία και ο συνακόλουθος κίνδυνος αιμορραγίας, η προετοιμασία για μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων, η ανοσοκαταστολή και οι συνέπειές της επιβάλλουν γνώση και προσεκτική αντιμετώπιση των ασθενών. Η στενή, διεπιστημονική συνεργασία των εκπαιδευμένων οδοντιάτρων με τους θεράποντες ιατρούς είναι καθοριστικής σημασίας για την καλύτερη δυνατή έκβαση των θεραπειών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

SUMMARY

Patients with malignant blood diseases. Dental care

Evangelia Bogosian, Ioanna Panagiotopoulou

hellenic hospital dentistry - special care dentistry 15(2): 17-21, 2022

The most common malignant hematological diseases are leukemia, lymphomas and multiple myeloma. Leukemia is a malignancy of white blood cells. Lymphomas are malignant hyperplasias of the lymphoid organs and tissues, with most common types being Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma. Multiple myeloma is a malignancy of plasma cells.

Dental care of patients with malignant hematological diseases is essential in all phases of their treatment. It includes patients assessment and preparation before treatment, oral health care during medical therapy and post-treatment management. It requires knowledge of the diagnosis and severity of the disease, the treatments received and the condition of the patient each time.

The dental care of patients with hematological malignancies presents a challenge for the dentist due to the complexity of their medical problems. Patients are at increased risk of medication related osteonecrosis of the jaws due to treatments with bisphosphonates. Thrombocytopenia causes a serious risk of bleeding, while immunosuppression as a result of the disease itself or because of the treatment used to control it, increases the risk of infections for patients. Special preparation is needed for patients who are going to undergo a hematopoietic stem cell transplantation. After transplantation dental patients should not receive dental treatment for about 12 months, in order to achieve adequate immunological competence.

Dental care of patients with hematological malignancies requires dentist's training and knowledge, careful patient management, and close collaboration with hematologists for the benefit of patient safety.

The purpose of this study was to present the most frequent malignant hematological diseases and the dental care of patients before, during and after their treatments, to improve their oral health, and -if possible- to prevent complications related to the disease and the treatments and improve their quality of life.

Key words: *malignant blood diseases, leukemia, multiple myeloma, lymphoma, dental care*

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Little JW, Miller CS, Rhodus NL: Dental Management of the Medically Compromised Patient. 9th ed. St Louis. Elsevier. 2018: 402-427.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE: Oral and

- Maxillofacial Pathology. 3rd ed. Elsevier. 2008: 587-590, 592-598, 604-606.
3. Zimmermann C, Meurer MI, Grando LJ, Gonzaga Del Moral JA, da Silva Rath IB, Schaefer Tavares S: Dental Treatment in Patients with Leukemia. J Oncol 2015; 2015: 571739. doi: 10.1155/2015/571739. Epub 2015 Feb 15.
 4. Kanchan GM: Dentist's Guide to Medical Conditions, Medications & Complications. 2nd ed. Iowa. WILEY Blackwell. 2013: 625-659.
 5. Scully C: Medical Problems in Dentistry. 6th ed. London. Elsevier. 2010: 217-232.
 6. Λουκόπουλος Δ, Πολίτου Μ: Μαθήματα Αιματολογίας. Κλινική Αιματολογία, Αιμόσταση, Μετάγγιση Αίματος. (ηλεκτρ. βιβλ.) Αθήνα. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. 2015. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/3081> (πρόσβαση 05-04-2023)
 7. Abed H, Nizarali N, Burke M: Oral and Dental Management for People with Lymphoma. Dent Update 2019; 46(2): 133-150.
 8. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. National Institute of Dental and Craniofacial Research: Dental Provider's Oncology Pocket Guide. 2009. Διαθέσιμο στο: https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-09/oncology-guide-dental-provider_0.pdf (πρόσβαση 05-04-2023)
 9. Elad S, Raber-Durlacher JE, Brennan MT, Saunders DP, Mank AP, Zadik Y et al: Basic oral care for hematology-oncology patients and hematopoietic stem cell transplantation recipients: a position paper from the joint task force of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) and the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). Support Care Cancer 2015; 23(1): 223-36.
 10. The Royal College of Surgeons of England. The British Society for Disability and Oral Health: The Oral Management of Oncology Patients Requiring Radiotherapy, Chemotherapy and / or Bone Marrow Transplantation. Clinical Guidelines. 2018. Διαθέσιμο στο: <https://www.bsodh.org/index.php/component/edocman/?task=document.viewdoc&id=460&Itemid=> (πρόσβαση 05-04-2023)
 11. NIH. National Cancer Institute: Oral Complications of Chemotherapy and Head / Neck Radiation (PDQ) - Health Professional Version. Updated 2016. Διαθέσιμο στο: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/mouth-throat/oral-complications-hp-pdq> (πρόσβαση 05-04-2023)
 12. Epstein J, Haveman C, Huber M, Peterson DE, Plemons J, Redding S et al: Oral Health in Cancer Therapy. A Guide for Health Care Professionals. 3rd ed. Texas. 2008. Διαθέσιμο στο: https://exodontia.info/wp-content/uploads/2021/07/Oral_Health_in_Cancer_Therapy_A_Guide_for_Health_Care_Professionals_3rd_edition.pdf (πρόσβαση 05-04-2023)
 13. Tsuji K, Shibuya Y, Akashi M, Furudoi S, Yakushijin K, Kawamoto S et al: Prospective study of dental intervention for hematopoietic malignancy. J Dent Res 2015; 94(2): 289-96.
 14. Melkos AB, Massenkeil G, Arnold R, Reichart PA: Dental treatment prior to stem cell transplantation and its influence on the posttransplantation outcome. Clin Oral Investig 2003; 7(2): 113-5.
 15. Αντωνιάδης Κ, Αετόπουλος Ι, Βαχτσεβάνος Κ, Κεχαγιάς Ν, Τηλαβερίδης Ι: Τραχηλοπροσωπικές λοιμώξεις (Κεφάλαιο Συγγράμματος). Στο: Στοματική χειρουργική. (ηλεκτρ. βιβλ.) Αθήνα. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. 2015: 28-30. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/2442> (πρόσβαση 05-04-2023)
 16. Hansen HJ, Estilo C, Owosho A, Solano AK, Randazzo J, Huryn J et al: Dental status and risk of odontogenic complication in patients undergoing hematopoietic stem cell transplant. Support Care Cancer 2021; 29(4): 2231-2238.
 17. NIH. National Institute of Dental and Craniofacial Research: Dental Management of the Organ or Stem Cell Transplant Patient. Διαθέσιμο στο: <https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-09/dental-management-organ-stem-cell-transplant.pdf> (πρόσβαση 30-04-2023).
 18. Elad S, Aljritawi O, Zadik Y: Oral Graft-Versus-Host Disease: A Pictorial Review and a Guide for Dental Practitioners. Int Dent J 2021; 71(1): 9-20.
 19. Ruggiero SL, Dodson TB, Aghaloo T, Carlson ER, Ward BB, Kademani D: American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons' Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws-2022 Update. J Oral Maxillofac Surg 2022; 80(5): 920-943.
 20. Μπογοσιάν Ε: Οδοντιατρικοί ασθενείς σε κίνδυνο για οστεονέκρωση. Θεραπευτικά πρωτόκολλα. Ελλ Νοσ Οδοντ 2019; 12: 27-32.
 21. Yarom N, Shapiro CL, Peterson DE, Van Poznak CH, Bohlke K, Ruggiero SL et al: Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw: MASCC/ISOO/ASCO Clinical Practice Guideline. J Clin Oncol 2019; 37(25): 2270-2290.

Διεύθυνση για επικοινωνία:

Μπογοσιάν Ευαγγελία

Στεργιογιάννη 45, ΤΚ 71305

Ηράκλειο

Τηλέφωνα: 2810 392473 και

2810 392475

Email: evbogolian@gmail.com

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΜΕΡΟΣ 1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Περσεφόνη Λάμπρου¹, Κωνσταντίνος Γιαννακόπουλος²,
Άννα Αγγελική Γκινουσάτη³, Φλώρα Ζερβού-Βάλβη⁴

Η διαχείριση οδοντιατρικών ασθενών με γενικά νοσήματα αποτελεί καθημερινότητα αλλά ταυτόχρονα και πρόκληση για κάθε σύγχρονο οδοντίατρο εξαιτίας πιθανών επιπλοκών που μπορούν να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής θεραπείας.

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό την παρουσίαση των γενικών αρχών διαχείρισης των οδοντιατρικών ασθενών με γενικά νοσήματα.

Πρώτο βήμα προς την πρόληψη και αντιμετώπιση των εν λόγω επιπλοκών αποτελεί η κατόπιν συζήτηση με τον ασθενή λήψη ενός λεπτομερούς και εκτενούς ιατρικού ιστορικού το οποίο στη συνέχεια θα συμβάλει στην κατανόηση του γενικού νοσήματος αλλά και του τρόπου με τον οποίο το εκάστοτε νόσημα επιδρά στην διαχείριση του συγκεκριμένου οδοντιατρικού ασθενούς. Το ιατρικό ιστορικό περιλαμβάνει μεταξύ άλλων την πλήρη καταγραφή των λαμβανομένων υπό του ασθενούς φαρμάκων, προς πρόληψη αλληλεπιδράσεων και επιπλοκών.

Τα λοιπά βήματα περιλαμβάνουν την προσεκτική λήψη οδοντιατρικού ιστορικού, την εκτίμηση της φυσικής κατάστασης, την εκτίμηση της οδοντοστοματολογικής κατάστασης και την βάση αυτής εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου που θα προκύψει από την οδοντιατρική παρέμβαση.

Η τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου γίνεται κυρίως με βάση τον συνδυασμό της φυσικής τους κατάστασης κατά ASA με τη βαρύτητα των σχεδιαζομένων οδοντιατρικών πράξεων. Ο συνδυασμός αυτός καθορίζει εν πολλοίς εάν ο οδοντίατρος μπορεί να εργασθεί με ασφάλεια, προσοχή ή κίνδυνο για τον ασθενή του. Με βάση αυτή την τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου γίνεται επιλογή του τόπου (ιατρείο ή νοσοκομείο), της μεθόδου αναισθησίας (τοπική, καταστολή, γενική αναισθησία), των απαραίτητων τροποποιήσεων στην αντιμετώπιση, καθώς και του είδους και της έκτασης της οδοντιατρικής θεραπείας. Επί μεγάλου κινδύνου, ο ασθενής οπωσδήποτε πρέπει να παραπέμπεται στο Νοσοκομείο διότι εκεί υπάρχει η δυνατότητα της άμεσης συνεργασίας με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων καθώς και της αξιοποίησης της εξειδικευμένης νοσοκομειακής υποδομής.

Συμπερασματικά, η διαχείριση οδοντιατρικών ασθενών με γενικά νοσήματα αποτελεί καθημερινότητα για κάθε οδοντίατρο, ο οποίος πρέπει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις για την αντιμετώπιση αυτών των ασθενών. Πρωταρχική επιδίωξη του οδοντιάτρου για την σωστή αντιμετώπιση κάθε ασθενή με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, είναι μια προσεκτική εκτίμηση και αξιολόγηση για το εάν ο ασθενής δύναται να ανεχθεί με ασφάλεια την προγραμματισθείσα οδοντιατρική φροντίδα.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική - οδοντιατρική ειδικής φροντίδας 15(2): 23-30, 2022

Λέξεις κλειδιά: Ιατρικά βεβαρημένος οδοντιατρικός ασθενής, ιατρικό ιστορικό, οδοντιατρικό ιστορικό, ιατρικός κίνδυνος οφειλόμενος στην οδοντιατρική παρέμβαση, οδοντιατρική θεραπεία

¹ Επιστημονική Συνεργάτης- Τμήμα Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

² Εν ενεργεία Πρόεδρος, Τμήμα Οδοντιατρικής, Επίκουρος Καθηγητής Οδοντικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

³ Φοιτήτρια, Τμήμα Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

⁴ Συντ. Διευθύντρια Οδοντιατρικού Τμήματος - Ειδικής Μονάδας ΑΜΕΑ, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας, Ελλάδα

Ιδρύματα προέλευσης: Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οδοντιατρική αντιμετώπιση των ασθενών με γενικά νοσήματα αποτελεί μια καθημερινή πρόκληση για κάθε κλινικό οδοντίατρο. Η διαχείριση των ασθενών αυτών καθίσταται αρκετά πολύπλοκη λόγω πιθανών επιπλοκών¹. Παράλληλα, η εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου είναι απαραίτητη για την ασφάλεια του ασθενούς προκειμένου να γίνει η εκτίμηση της συνολικής κατάστασης και πιθανά προβλήματα που δυνατόν να προκαλέσει η σχεδιαζόμενη οδοντιατρική παρέμβαση².

Σκοπός της εργασίας

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό την παρουσίαση των γενικών αρχών διαχείρισης των οδοντιατρικών ασθενών με γενικά νοσήματα.

ΓΕΝΙΚΟΣ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ

Το πρώτο βήμα για την παροχή μιας ασφαλούς οδοντιατρικής φροντίδας ασθενών με γενικά νοσήματα είναι η λήψη ενός λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού (medical history)^(2,3) (Διάγραμμα 1).

Διάγραμμα 1: Βήματα για την αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης των ασθενών



Είναι πολύ βασική η κατανόηση από τον οδοντίατρο της επίπτωσης που έχει ένα γενικό νόσημα στον ασθενή αλλά κυρίως το πώς το υπό αναφορά νόσημα επιδρά στον τρόπο αντιμετώπισης του συγκεκριμένου οδοντιατρικού ασθενούς. Ο κλινικός οδοντίατρος θα πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσει πιθανές επιπλοκές που θα παρουσιαστούν ως αποτέλεσμα της οδοντιατρικής φροντίδας ασθενών με γενικά νοσήματα και αν είναι απαραίτητη κάποια προεγχειρητική ή μετεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή.

Εν συντομία, πριν, κατά και μετά την καταγραφή του ιατρικού ιστορικού, καλό είναι να γίνεται ένας διάλογος (dialogue history) μεταξύ του οδοντίατρου και του ασθενούς για να εκμαιεύεται το ιατρικό ιστορικό, να αναφέρονται κάποιες λεπτομέρειες που σχετίζονται με αυτό, στο δε τέλος να συνοψίζεται.

Μετά τη λήψη ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού και με βάση το ιατρικό ιστορικό και μία αδρή εξω-

στοματική κλινική εκτίμηση, ο οδοντίατρος κατατάσσει τον ασθενή σε κατηγορία φυσικής κατάστασης ASA-PS⁴. Κατόπιν ο οδοντίατρος προβαίνει σε οδοντοστοματολογική εξέταση και στη συνέχεια προχωρά σε εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου (assessment of medical risk).

Λήψη ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού

Το ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να καταγράφεται και να περιλαμβάνει τόσο συγκεκριμένες ερωτήσεις όσο και άλλες ερωτήσεις που θα προκύψουν κατά τη διερευνητική συζήτηση με τον ασθενή. Δυστυχώς, πολλοί ασθενείς είτε αποκρύπτουν από τον οδοντίατρο υποκείμενα νοσήματα είτε δεν θεωρούν χρήσιμο να αναφέρουν κάποιο γενικό νόσημα γιατί δεν αντιλαμβάνονται τη συσχέτιση των γενικών νοσημάτων με την οδοντιατρική πρακτική⁵.

Οι ερωτήσεις θα πρέπει να καλύπτουν πρωτίστως τα πιο κάτω:

- Καρδιαγγειακά Νοσήματα
- Αιματολογικά Νοσήματα
- Νευρολογικά Νοσήματα
- Γαστρεντερικά Νοσήματα
- Αναπνευστικά Νοσήματα
- Δερματικά Νοσήματα
- Μυοσκελετικά Νοσήματα
- Νοσήματα Ενδοκρινών Αδένων
- Νοσήματα Ουροποιητικού Συστήματος
- Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- Λοιμώδη Νοσήματα
- Ψυχικά Νοσήματα
- Κατανάλωση αλκοόλ, καπνού, ουσιών κ.λπ.
- Αλλεργίες
- Έκθεση σε ακτινοβολία
- Φαρμακευτική αγωγή
- Παραμονή σε νοσοκομείο

Αναφορικά με τα φάρμακα που παίρνει ο ασθενής, ο οδοντίατρος θα πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις αλληλεπιδράσεις που τυχόν έχουν τα φάρμακα του με πιθανή φαρμακευτική αγωγή που θα χρειαστεί να του χορηγηθεί σχετικά με τα οδοντιατρικά του προβλήματα (Πίν. 1). Η πενικιλίνη και οι κεφαλοσπορίνες είναι προτιμητέα αντιβιοτικά όταν οι ασθενείς βρίσκονται υπό αντιπηκτική αγωγή⁶.

Πίνακας 1: Αλληλεπιδράσεις Φαρμάκων

Φάρμακο	Φάρμακο με το οποίο αλληλεπιδρά	Ενέργεια/Δράση
Γενικιλίνη	Μεθοτρεξάτη	Αυξημένος κίνδυνος τοξικό-τητας της μεθοτρεξάτης ειδικά σε ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία και στους ηλικιωμένους
Μακρολιδικά (π.χ. Κλαριθρομυκίνη)	Στατίνες Αντιπηκτικά (βαρφαρίνη)	Κίνδυνος μισοπάθειας σε ταυτόχρονη χορήγηση-αποφυγή της στατίνης κατά τη διάρκεια της αντιβιοτικής αγωγής και χορήγηση στατίνης μετά από 7 μέρες από τη λήξη της αντιβιοτικής αγωγής Κίνδυνος αιμορραγίας- παρακολούθηση και ρύθμιση του INR
Μετρονιδαζόλη	Αντιπηκτικά (βαρφαρίνη)	Κίνδυνος αιμορραγίας- παρακολούθηση και ρύθμιση του INR
Τετρακυκλίνες (π.χ. δοξυκυκλίνη)	Αντιόξινα Ασβέστιο, Σίδηρος, Ψευδάργυρος Αντιπηκτικά (βαρφαρίνη) Μεθοτρεξάτη	Μείωση της δραστηριότητας των αντιόξινων Μείωση της δραστηριότητας των Κίνδυνος αιμορραγίας- παρακολούθηση και ρύθμιση του INR Αυξάνεται η τοξικότητα της μεθοτρεξάτης
Τριμεθοπρίμη και Σουλφαμεδοξαζόλη	Αντιπηκτικά (βαρφαρίνη) Μεθοτρεξάτη Αμιοδαρόνη	Κίνδυνος αιμορραγίας- παρακολούθηση και ρύθμιση του INR Αυξημένη αιματολογική τοξικότητα Αυξημένος κίνδυνος κοιλιακής αρρυθμίας
Σιπροφλοξασίνη	Αντιπηκτικά (βαρφαρίνη) Αμιοδαρόνη Θεοφυλλίνη Αντιόξινα Σίδηρος, Ασβέστιο Γαλακτομικά προϊόντα	Κίνδυνος αιμορραγίας- παρακολούθηση και ρύθμιση του INR Αυξημένος κίνδυνος κοιλιακής αρρυθμίας Αυξημένα επίπεδα θεοφυλλίνης Μείωση της απορρόφησης του αντιβιοτικού Να χορηγούνται είτε 2 ώρες πριν είτε 4 ώρες μετά την λήψη αντιβιοτικών Μείωση της απορρόφησης του αντιβιοτικού
Φλουκοναζόλη, Μυκοναζόλη	Στατίνες Αντιπηκτικά (βαρφαρίνη)	Αυξημένος κίνδυνος μισοπάθειας. Να διακόπτεται η στατίνη κατά τη διάρκεια και για 7 μέρες μετά την αντι-μυκητιασική αγωγή Αυξημένη δράση του αντιπηκτικού
Ριφαμπικίνη	Αντιπηκτικά (βαρφαρίνη) Αντισυλληπτικά	Ελαττωμένη δράση του αντιπηκτικού Αυξημένος μεταβολισμός του αντισυλληπτικού
Μη στεροειδή αντι-φλεγμονώδη (ΜΣΑΦ - π.χ. ιβουπροφένη, δικλοφενάκη, μελοξικάμη)	Λίθιο	Μειωμένη νεφρική απέκκριση του λιθίου με αποτέλεσμα τοξικότητα του λιθίου
Ομεπραζόλη	Αντιπηκτικά (βαρφαρίνη)	Κίνδυνος αιμορραγίας- παρακολούθηση και ρύθμιση του INR
Προπρανολόλη και άλλοι μη ειδικοί β-αδρενεργικοί αναστολείς	Επινεφρίνη (στα τοπικά αναισθητικά)	Προκαλούν υπερτασικά επεισόδια και αντιδραστική βραδυκαρδία

Επιπλέον, είναι πολύ σημαντική η γνώση εκδηλώσεων στην στοματική κοιλότητα διαφόρων ομάδων φαρμάκων (Πίν. 2)⁷.

Πίνακας 2: Στοματικές Εκδηλώσεις Φαρμάκων

Ομάδα Φαρμάκων	Ανεπιθύμητες ενέργειες σχετικές με την Οδοντιατρική
β-Αναστολείς	Ξηροστομία, αλλαγές στην γεύση, αντίδραση τύπου λειχήνα
Αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνη (ACE-inhibitors))	Ξηρός βήχας, αγευσία, ξηροστομία, εξελκώσεις, αγγειοοίδημα
Αναστολείς υποδοχέων αγγειοτενσίνης II	Ξηροστομία, αγγειοοίδημα, ιγμορίτιδα, αγευσία
Αναστολείς διαύλων ασβεστίου	Υπερπλασία ούλων, ξηροστομία, αλλοίωση της γεύσης
A-Αναστολείς	Ξηροστομία
A-2 αγωνιστές κεντρικώς δρώντες	Ξηροστομία, αλλαγές στην γεύση, πόνος στην παρωτίδα
Διουρητικά	Ξηροστομία, αντίδραση τύπου λειχήνα, ορθοστατική υπόταση
Αγγειοδιασταλτικά	Έξαψη στο πρόσωπο, αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας των ούλων και λοίμωξη
Αναστολείς ρενίνης	Αγγειοοίδημα, εξάνθημα, βήχας, παροσμιά, εμβοές
Περιφερικοί αγωνιστές υποδοχέων ντοπαμίνης I	Λευκοκυττάρωση, αιμορραγία
Περιφερικοί αδρενεργικοί αναστολείς	Ξηροστομία, οίδημα, ρινορραγίες

Μετά το ιατρικό ιστορικό, λαμβάνεται το οδοντιατρικό ιστορικό που περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με όλα τα οδοντιατρικά προβλήματα που έχουν εμφανισθεί κατά το παρελθόν π.χ. τερηδόνα, περιοδοντικές νόσους, νοσήματα του στόματος, καθώς και ερωτήσεις σχετικές με την εμπειρία από προηγούμενες οδοντιατρικές θεραπείες και πιθανές επιπλοκές μετά από χορήγηση τοπικής αναισθησίας ή φαρμακευτικής αγωγής⁸.

Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης - Αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης κατά ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System)

Ο ασθενής μετά τη λήψη ιστορικού κατατάσσεται σε κατηγορία φυσικής κατάστασης. Η πιο απλή και ευρέως χρησιμοποιούμενη κατάταξη είναι αυτή κατά ASA (Πίν. 3). Γενικά, ασθενείς που κατατάσσονται στις κατηγορίες I και II μπορούν να αντιμετωπιστούν στο οδοντιατρείο. Στους ασθενείς της κατηγορίας II πιθανόν να χρειαστεί να γίνουν κάποιες τροποποιήσεις στην οδοντιατρική τους αντιμετώπιση. Οι ασθενείς της κατηγορίας III μπορεί να παρουσιάσουν κάποια επιδείνωση της γενικής τους κατάστασης, για αυτό και ο οδοντίατρος θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός στην οδοντιατρική φροντίδα των ασθενών αυτών, ορισμένοι εξ αυτών μπορούν να αντιμετωπισθούν στο οδοντιατρείο αλλά άλλοι πρέπει να παραπεμφθούν στο Νοσοκομείο. Οι ασθενείς της κατηγορίας IV θα πρέπει να μεταπέσουν στην κατηγορία III για να μπορούν να αντιμετωπιστούν οδοντιατρικά. Στους ασθενείς αυτούς αν κριθεί απαραίτητο να τους παρασχεθεί επείγουσα οδοντιατρική φροντίδα, θεωρείται σοφότερο να αντιμετωπιστούν σε νοσοκομειακό περιβάλλον.

Σε ασθενείς κατηγορίας V, παρέχεται μόνο επείγουσα οδοντιατρική φροντίδα.

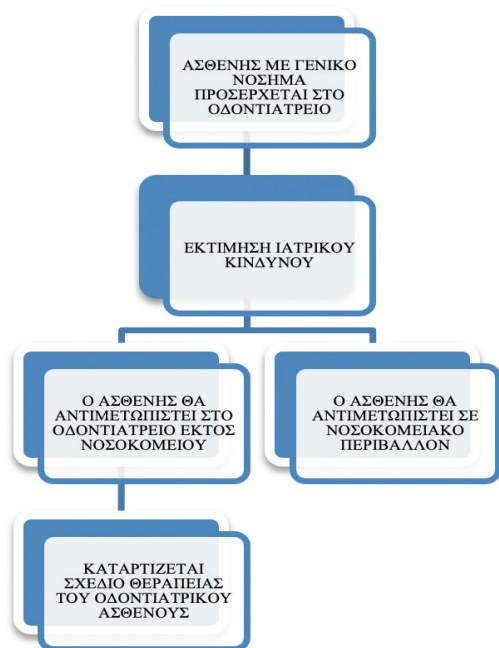
Για παράδειγμα, ο ασθενής με αιμορραγική διάθεση (π.χ. θρομβοκυτοπενία ή λευχαιμία) αντιμετωπίζεται καλύτερα σε νοσοκομειακό περιβάλλον όπου μπορεί να του παρασχεθεί αντικατάσταση αιμοπεταλίων πριν από τη διαδικασία ή μετά από αυτόματη αιμορραγία (π.χ. μετά από εξαγωγή δοντιού).

Πίνακας 3: Αξιολόγηση κατά ASA της φυσικής κατάστασης⁴

Κατηγορία κατά ASA PS	Προεχειρητική κατάσταση υγείας	Σχόλια / Παραδείγματα
I	Υγιής ασθενής	Υγιής, χωρίς οργανικές, φυσιολογικές ή ψυχιατρικές διαταραχές, μη καπνιστής, μη χρήστης αλκοόλ, με ελάχιστη ή καθόλου φοβία, με καλή ανοχή στην άσκηση. Εξαιρούνται οι πολύ μικρές και μεγάλες ηλικίες.
II	Ασθενείς με ήπια συστηματική νόσο	Χωρίς περιορισμό στη δραστηριότητα. Καλά ελεγχόμενη πάθηση ενός συστήματος του σώματος. Ελεγχόμενη υπέρταση ή διαβήτης χωρίς συστηματικές επιπλοκές, κάπνισμα, κοινωνική χρήση αλκοόλ, σταθερή στηθάγχη με αραιά επεισόδια, ασυμπτωματική συγγενής καρδιακή νόσος, ήπιες δυσρυθμίες, ήπια παχυσαρκία, καλά ελεγχόμενη επιληψία, νόσοι θυρεοειδούς, άσθμα χωρίς εξάρσεις, φυσιολογική εγκυμοσύνη, έντονη οδοντιατρική φοβία.
III	Ασθενείς με σοβαρή συστηματική νόσο	Υπάρχει περιορισμός στη δραστηριότητα. Ελεγχόμενη πάθηση περισσότερων του ενός συστημάτων ή ενός μείζονος συστήματος του σώματος. Δεν υπάρχει άμεσος κίνδυνος θανάτου. Αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης, αρρυθμιστη υπέρταση, σταθερή στηθάγχη με συχνά επεισόδια, παλαιότερο του τριμήνου έμφραγμα ή αγγειακό εγκεφαλικό ή τοποθέτηση βηματοδότη ή stents, μέτρια μείωση του κλάσματος εξώθησης, νοσηρή παχυσαρκία, ήπια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (αιμοκάθαρση), βρογχικό άσθμα με περιοδικά συμπτώματα, κατάχρηση ή εξάρτηση από το αλκοόλ.
IV	Ασθενείς με σοβαρή συστηματική νόσο που είναι διαρκής απειλή για τη ζωή	Υπάρχει τουλάχιστον μια σοβαρή νόσος που δεν ελέγχεται επαρκώς ή είναι σε τελικό στάδιο. Υπάρχει κίνδυνος θανάτου. Ασταθής στηθάγχη, μικρότερο του τριμήνου έμφραγμα ή αγγειακό εγκεφαλικό ή τοποθέτηση βηματοδότη ή stents, μεγάλη μείωση του κλάσματος εξώθησης, σοβαρή δυσλειτουργία καρδιακής βαλβίδας, νοσηρή παχυσαρκία, σοβαρή ΧΑΠ, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (χωρίς αιμοκάθαρση), διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια.
V	Ασθενείς που δεν αναμένεται να επιβιώσουν χωρίς την επέμβαση	Δεν αναμένεται να επιβιώσουν χωρίς χειρουργική επέμβαση περισσότερο από 24 ώρες. Υπάρχει άμεσος κίνδυνος θανάτου. Πολυοργανική ανεπάρκεια, σηπτικό σύνδρομο με αιμοδυναμική αστάθεια, εκτεταμένο τραύμα, ρήξη θωρακικού ή κοιλιακού ανευρύσματος, υποθερμία, μαζική ενδοκρανιακή αιμορραγία, μη ελεγχόμενες διαταραχές πήξεως.
VI	Ασθενής εγκεφαλικά νεκρός που πρόκειται να γίνει δότης οργάνων	

Μετά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού και κατά την διάρκεια της εκτίμησης της φυσικής κατάστασης⁹ δυνατόν να προκύψει ανάγκη παραπομπής του ασθενούς σε προσωπικό ή ειδικό ιατρό για αξιολόγηση πριν επιχειρηθεί η οποιαδήποτε οδοντιατρική παρέμβαση (Διάγραμμα 2).

Διάγραμμα 2: Αλγόριθμος Αξιολόγησης του Ασθενούς σε σχέση με τον τόπο Οδοντιατρικής Αντιμετώπισής του



Αξίζει να τονιστεί ότι η εξέταση οδοντιατρικού ασθενούς με γενικά νοσήματα θα πρέπει να είναι ενδεδειγμένη. Πολλές φορές, για ασθενείς που δεν είχαν προηγουμένως ιατρικά προβλήματα, μέσω της λήψης του ιστορικού από τον οδοντίατρο, δυνατόν να προκύψει ανάγκη παραπομπής του ασθενούς σε ιατρό για ιατρική αξιολόγηση πριν την παροχή της οδοντιατρικής φροντίδας, ή ανάγκη επικοινωνίας με τον θεράποντα ιατρό του, ο οποίος θα καθοδηγήσει τον οδοντίατρο στην αντιμετώπιση του ασθενή.

Ο σχεδιασμός της οδοντιατρικής θεραπείας στους ασθενείς με γενικά νοσήματα πρωτίστως προϋποθέτει την κατανόηση της φύσης του γενικού νοσήματος και πώς αυτό θα επιδράσει/ανταποκριθεί στην οδοντιατρική φροντίδα⁹. Η γνώση των πιθανών συνεπειών/επιπλοκών είναι εξίσου σημαντική. Η κατηγοριοποίηση της φυσικής κατάστασης των οδοντιατρικών ασθενών απλά βοηθά τον οδοντίατρο να παράσχει ασφαλή οδοντιατρική φροντίδα στον ασθενή. Εάν ο οδοντίατρος αμφιταλαντεύεται αν θα προχωρήσει στην οδοντιατρική φροντίδα ενός ατόμου, θα ήταν προτιμότερο να διαβουλευτεί με τον ιατρό του ασθενούς ή με άλλους συναδέλφους του. Την απόλυτη ευθύνη για την ασφάλεια του ασθενή έχει εν τέλει ο οδοντίατρος, ο οποίος και θα αποφασίσει αν θα προσφέρει οδοντιατρική φροντίδα σε κάποιον ή όχι.

Εκτίμηση της οδοντοστοματολογικής κατάστασης

Προκειμένου να εκτιμηθεί ο ιατρικός κίνδυνος¹⁰ που ενδέχεται να προκύψει από την οδοντιατρική (χειρουργική κυρίως παρέμβαση) γίνεται ενδεδειγμένη οδοντοστοματολογική εξέταση.

Είναι σημαντικό να μη λησμονείται ότι ο κίνδυνος από την οδοντιατρική χειρουργική παρέμβαση εξαρτάται πρωτευόντως από²:

- την φυσική κατάσταση του ασθενούς της ηλικίας του και των συν-νοσηροτήτων και τα λαμβανομένων φαρμάκων συμπεριλαμβανομένων,
- τον τύπο, την έκταση, τη διάρκεια της επέμβασης και τον βαθμό τραύματος και στρες, αλλά ακόμη και από
- τον βαθμό του επειγόντος της επέμβασης
- τις δεξιότητες και την εμπειρία των επεμβαίνοντων
- την αναισθητική τεχνική
- την υλικοτεχνική υποδομή
- την εκτιμώμενη μετεγχειρητική φροντίδα

Οι οδοντίατροι θα πρέπει να έχουν υπόψιν τους ότι οι πλείστες οδοντιατρικές πράξεις προκαλούν στρες στον ασθενή, που μπορεί να εκδηλωθεί είτε με πόνο είτε με ανησυχία^{11,12}. Ο ανθρώπινος οργανισμός απαντά στις περιπτώσεις αυτές με την έκκριση κατεχολαμινών (επινεφρίνης και νορ-επινεφρίνης) από τα επινεφρίδια στο κυκλοφορικό σύστημα με αποτέλεσμα αυξημένο φόρτο στην καρδιά. Αν και οι ασθενείς κατηγορίας I μπορούν να αντεπεξέλθουν στις αλλαγές αυτές, το ίδιο δεν συμβαίνει με τους ασθενείς των άλλων κατηγοριών. Για παράδειγμα, ασθενής με ασταθή στηθάγχη (ASA IV), μπορεί να παρουσιάσει πόνο στο στήθος ή αρρυθμία, ή πνευμονικό οίδημα σε έδαφος καρδιακής ανεπάρκειας. Οι ασθενείς με άσθμα μπορεί να παρουσιάσουν οξεία αναπνευστική δυσχέρεια ή ασθενείς με επιληψία μπορεί να εμφανίσουν σπασμούς. Ακόμα και υγιείς ασθενείς αναφέρουν συχνά ότι λόγω του στρες δεν κατάφεραν να κοιμηθούν το βράδυ πριν την ημέρα του οδοντιατρικού ραντεβού με αποτέλεσμα να μην συνεργάζονται κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής φροντίδας. Ο μετεγχειρητικός έλεγχος του πόνου είναι εξίσου σημαντικός για τους ασθενείς που έτυχαν στοματοχειρουργικής φροντίδας, περιοδοντικής παρέμβασης, εκτεταμένων αποκαταστάσεων, για αυτό και τα ακόλουθα βήματα αποτιμώνται θετικά στην προσπάθεια αυτή¹³:

- Τηλεφωνική διαθεσιμότητα του οδοντιάτρου εκτός των ωρών εργασίας
- Χορήγηση αναλγητικών σκευασμάτων
- Χορήγηση αντιβιοτικών όπου χρειάζεται
- Συνταγογράφηση αγχολυτικών σκευασμάτων αν και εφόσον κριθεί ότι είναι απαραίτητα

Εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου

Η τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου γίνεται κυρίως με βάση τον συνδυασμό της φυσικής τους κατάστασης κατά ASA με τη βαρύτητα των σχεδιαζόμενων οδοντιατρικών πράξεων. Ο συνδυασμός αυτός καθορίζει εν πολλοίς εάν ο οδοντίατρος μπορεί να εργασθεί με ασφάλεια, προσοχή ή κίνδυνο για τον ασθενή του. Με βάση αυτή την τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου γίνεται επιλογή του τόπου (ιατρείο ή νοσοκομείο), της μεθόδου αναισθησίας (τοπική, καταστολή, γενική αναισθησία), των απαραίτητων τροποποιήσεων στην αντιμετώπιση, καθώς και του είδους και της έκτασης της οδοντιατρικής θεραπείας^{14,15}. Επί μεγάλου κινδύνου, ο ασθενής οπωσδήποτε πρέπει να παραπέμπεται στο Νοσοκομείο διότι εκεί υπάρχει η δυνατότητα της άμεσης συνεργασίας με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων καθώς και της αξιοποίησης της εξειδικευμένης νοσοκομειακής υποδομής².

Εν κατακλείδι, πρέπει να τονισθεί ότι η εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου είναι απαραίτητη για την ασφάλεια του ασθενούς προκειμένου να αποτιμηθεί η συνολική κατάσταση και τα πιθανά προβλήματα που θα προκαλέσει η σχεδιαζόμενη οδοντιατρική παρέμβαση. Με την εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου καθορίζει ο οδοντίατρος τις ενέργειες στις οποίες πρέπει να προβεί για να εξαφανίσει ή να ελαχιστοποιήσει αυτά τα προβλήματα και λαμβάνει την απόφαση περί τυχόν απαιτούμενης παραπομπής του ασθενούς προς θεραπεία στο Νοσοκομείο. Η πορεία προς την εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου αποτελεί μία διαδικασία διαδοχικών βημάτων που περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού και την εν γένει διερεύνηση του ασθενούς, την εκτίμηση της φυσικής του κατάστασης και την εκτίμηση της οδοντοστοματολογικής του κατάστασης που οδηγεί στην τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου³.

Συμπερασματικά, ο οδοντίατρος προκειμένου να προβεί στην οδοντιατρική αντιμετώπιση ιδιαίτερα των ασθενών με γενικά νοσήματα πρέπει να διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να εκτιμά τον ιατρικό κίνδυνο και να σχεδιάζει κατάλληλα την οδοντιατρική θεραπεία προκειμένου αυτή να παρέχεται με ασφάλεια^{16,17}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαχείριση οδοντιατρικών ασθενών με γενικά νοσήματα αποτελεί καθημερινότητα για κάθε οδοντίατρο, ο οποίος πρέπει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις για την αντιμετώπιση αυτών των ασθενών. Πρωταρχική επιδίωξη του οδοντίατρο για την σωστή αντιμετώπιση κάθε ασθενή με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, είναι μια προσεκτική εκτίμηση και αξιολόγηση για το εάν ο ασθενής δύναται να ανεχθεί με ασφάλεια την προγραμματισθείσα οδοντιατρική φροντίδα.

SUMMARY**MEDICALLY-COMPROMISED DENTAL PATIENTS
PART 1. GENERAL MANAGEMENT PRINCIPLES**

Persefoni Lambrou, Kostas Giannakopoulos,
Anna Angeliki Gkinosati,
Flora Zervou-Valvi

hellenic hospital dentistry - special care dentistry 15(2): 23-30, 2022

The management of medically compromised dental patients is a daily routine but at the same time a challenge for every dentist due to possible complications that may occur during dental treatment. The purpose of this paper is to present the general principles of management of dental patients with medical conditions.

The first step towards the prevention and management of these complications is, after discussion with the patient, to take a detailed and thorough medical history which will contribute to the understanding of the medical condition and the way in which each disease affects the management of the particular dental patient. The medical history, among others, includes the recording of the medication taken by the patient so as to prevent any drug interactions and resulting complications. The next steps include taking a careful dental history, to assess the physical and dental condition and based on this, assessing any medical risk that will result from the dental intervention.

The final assessment of the medical risk is mainly based on patient's physical condition according to ASA along with the degree of severity of the planned dental procedures. This combination largely determines whether the dentist can work on the patient with safety, caution or risk. Based on the final assessment of the medical risk, the location (Outpatient clinic or Hospital), the method of anesthesia (local, sedation, general anesthesia), the necessary modifications in treatment, as well as the type and extent of dental treatment can be selected. In case of high risk patients, these must definitely be referred to the Hospital because in the Hospital environment there is possibility of direct collaboration with doctors of various specialties as well as the utilization of specialized hospital infrastructure/equipment.

In conclusion, the management of dental patients with medical conditions is nowadays a routine for every dentist, who must have the necessary knowledge to deal with these patients. The dentist's primary goal in treating any medically compromised patient is a careful assessment and evaluation of whether this patient is able to safely tolerate the dental care plan.

Key words: *medically-compromised dental patient, medical history, dental history, medical risk due to dental intervention, dental treatment*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. <http://www.gioannimariagaeta.it/Dental%20Management%20in%20the%20Medically%20Compromised%20Patient.pdf> , όπως αυτό εμφανίζεται την 07/02/2023.
2. Ζερβού-Βάλβη Φ: Εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου στους οδοντιατρικούς ασθενείς. Ασκλ Χρον 2021; 09, 5459.
3. Kannan N, Sridevi BS, Manne RK, Sarath PV: Medically Compromised Dental Patient: Dentists Nightmare. Dent Pract 2017;14(3):511-7.
4. Malamed SF: Knowing your patients. J Am Dent Assoc 2010 ;141:S3-7.
5. <https://www.aae.org/specialty/2018/02/06/treating-medically-compromised-patient/> όπως αυτό εμφανίζεται την 07/02/2023
6. Dawoud BES, Roberts A, Yates JM: Drug interactions in general dental practice - Considerations for the dental practitioner. Br Dent J 2014; 216, 1523.
7. Lo Russo L, Guida L, Di Masi M, Buccelli C, Giannatempo G, Di Fede O, et al: Adverse drug reactions in the oral cavity. Curr Pharm Des 2012; 18(34):5481-96.
8. Dhanuthai K, Sappayatosok K, Bijaphala P, Kulvitit S, Sereerat T. Prevalence of medically compromised conditions in dental patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009 Jun 1;14(6):E287-91.
9. Patton LL: Medical History, Physical Evaluation, and Risk Assessment.. The ADA Practical Guide to Patients with Medical Conditions. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.; 2016.
10. Sharma R, Thapliyal GK, Sinha R, Menon PS: Dental treatment of Medically Compromised Patients. J Dent Def Sect 2007;2:4-9.
11. McCarthy FM, Malamed SF: Physical evaluation system to determine medical risk and indicated dental therapy modifications. J Am Dent Assoc 1979; 99, 181184.
12. Tsvetanov T. Dental Management of the Medically Compromised Patients. LAP LAMBERT Academic Publishing; 2016.
13. Seymour RA. Dentistry and the medically compromised patient. The Surg. 2003 Aug 1;1(4):207-14.
14. http://www.dhed.net/ASA_Physical_Status_Classification_SYSTEM.html, όπως αυτό εμφανίζεται την 15/05/2023.
15. Moore PA, Hersh EV: Chapter 7: Local Anesthetics for Dentistry. ADA Dental Drug Handbook: A Quick Reference. Chicago, IL: American Dental Association; 2019.
16. Katakura A. Necessity of providing dental care to medically compromised patients in Japans super-aged society and the way forward. Jpn Dent Sci Rev. 2022 Nov 1;58:279-85.
17. Κολοκοτρώνης Α, Παπαδογεωργάκης Ν: Οδοντιατρικές Πράξεις σε Ειδικούς Ασθενείς. 1η Έκδοση, Θεσσαλονίκη, Fylatos Publishing, 2015.

Διεύθυνση για επικοινωνία:
Περσεφόνη Λάμπρου
Email: persoula@cytanet.com.cy

Συγκριτική Ιστολογική Μελέτη Αφαίρεσης Αλλοιώσεων Στοματικού Βλεννογόνου Συμβατικής Χειρουργικής και Διοδικού Laser

Βενετία Σωτήρη¹, Εμμανουήλ Αγαπητός²

Παρότι ο ρόλος των laser στην οδοντιατρική ήταν γνωστός, όσον αφορά την χρήση του σε συντηρητικούς θεραπευτικούς χειρισμούς παθήσεων της στοματικής κοιλότητας, η στοματική χειρουργική με laser βρισκόταν σε αρχικά στάδια. Τα τελευταία χρόνια, η ακρίβεια και σαφήνεια της παθολογοανατομικής διάγνωσης και η έκταση της θερμικής βλάβης του laser αποτελούν αντικρουόμενα σημεία ως προς την ευρεία χρήση του χειρουργικού laser, στην στοματική κοιλότητα.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να αξιολογηθεί εάν οι προκαλούμενες από το διοδικό laser θερμικές βλάβες επηρεάζουν την ιστοπαθολογική διάγνωση και την εξαίρεση των ινοεπιθηλιακών αλλοιώσεων, επί υγιών ορίων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το υλικό μας αφορά 60 περιπτώσεις καλοήθων αλλοιώσεων του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας. Τριάντα περιπτώσεις εξαιρέθηκαν, με χειρουργική μέθοδο και τριάντα με laser. Με τη μέθοδο ανάλυσης εικόνας μετρήθηκε το πάχος της ζώνης θερμικής νέκρωσης στα όρια εκτομής των ασθενών στους οποίους η εξαίρεση της βλάβης έγινε με διοδικό laser.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στα περιστατικά που μελετήσαμε παρατηρήσαμε ότι το laser προσφέρει εκλεκτικότητα και ακρίβεια, κατά την αλληλεπίδραση του με τους ιστούς που νοσούν. Αυτό έγκειται στο διαφορετικό βάθος διείσδυσης του laser, πράγμα που εξαρτάται από την σύσταση του ιστού αλλά και από παραμέτρους όπως μήκος κύματος, παλμοί, hertz, joules. Το πάχος των ιστών επηρέασε την αποτελεσματικότητα του laser. Σε λεπτούς βλεννογόνους, το laser απεδείχθη ιδιαίτερα αποτελεσματικό και γρήγορο εργαλείο. Παρά το γεγονός ότι η επούλωση των ιστών γίνεται κατά δεύτερο σκοπό δεν παρατηρήθηκε βακτηριακή επιμόλυνση. Παρατηρήθηκε μειωμένος βαθμός σχηματισμού ουλώδους ινώδους και εξαιρετική αιμοστατική δράση. Το πάχος της ζώνης της θερμικής νέκρωσης, φαίνεται ότι είναι ευθέως ανάλογο με το είδος και το μέγεθος της βλάβης. Μεγάλου διαμετρήματος ινώματα έχουν παχύτερη θερμική νέκρωση ενώ μικρές υπερπλασίες, λεπτότερη. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με τη σύσταση και το μέγεθος των βλαβών καθώς και με την ενέργεια (ισχύ) του laser που εφαρμόζεται ανά περίπτωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την δική μας μελέτη καταδεικνύεται, με την μέθοδο της ανάλυσης εικόνας, που εφαρμόστηκε για πρώτη φορά, ότι το πάχος της θερμικής νέκρωσης έχει σαφή ιστολογικά όρια που εγγυώνται την ασφαλή, πλήρη και επί υγιούς εξαίρεση των βλαβών, αλλά ελέγχουν και το βάθος διείσδυσης του laser κατά την αποκοπή των ιστών.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική - οδοντιατρική ειδικής φροντίδας 15(2): 31-35, 2022

Λέξεις κλειδιά: Διοδικό laser, Βιοψία, Ιστολογική μελέτη

¹Χειρουργός Οδοντίατρος, PhD, MSc, Οδοντιατρικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

²Ομοτ. Καθηγητής Παθολογοανατομίας, Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ,

Προέλευση:
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρότι ο ρόλος των laser στην οδοντιατρική ήταν γνωστός όσον αφορά την χρήση του σε συντηρητικούς θεραπευτικούς χειρισμούς παθήσεων της στοματικής κοιλότητας, η στοματική χειρουργική με laser βρισκόταν σε αρχικά στάδια¹⁻⁴.

Τα τελευταία χρόνια έχει συγκεντρωθεί μεγάλος αριθμός κλινικών, εργαστηριακών και ερευνητικών δεδομένων όσον αφορά την εφαρμογή τεχνικών laser διαφόρου μήκους κύματος, στην εξαίρεση καλοθών αλλοιώσεων της στοματικής κοιλότητας⁵⁻⁹. Η χρήση του laser στην χειρουργική θεραπεία αυτών προσδίδει πλεονεκτήματα τόσο στους χειριστές όσο και στους ασθενείς. Η ταχεία και ακριβής διεκπεραίωση της χειρουργικής τεχνικής υπόσχεται βελτίωση της θεραπευτικής επανορθωτικής αποκατάστασης και υποχώρηση των συμπτωμάτων (άλγος, οίδημα, υπεραιμία) της μετεγχειρητικής πορείας^{10,11}.

Οι πιο συχνές βλάβες της στοματικής κοιλότητας (καλοήγη ογκίδια, χρόνιες θηλώδεις φλεγμονώδεις επεξεργασίες, κύστεις κ.τ.λ.) προέρχονται από το καλυπτικό πολυστιβο πλακώδες επιθήλιο και τον υποκείμενο υποεπιθηλιακό συνδετικό ιστό του στόματος και ομοιάζουν με ανάλογες αλλοιώσεις άλλων θέσεων του σώματος χωρίς να παρουσιάζουν ιδιαίτερα διαγνωστικά προβλήματα.

Οι υπερπλαστικές ινοεπιθηλιακές αλλοιώσεις είναι οι πιο συχνές ογκοειδείς επεξεργασίες και σχετίζονται κατά κάποιον τρόπο με χρόνιους τραυματισμούς (δήγμα παρειών, χειλέων και γλώσσας) και καλύπτονται από ομαλό, λείο και ροδαλό βλεννογόνο χωρίς εξέγκωση και είναι ανώδυνες μάζες ινώδους συνδετικού ιστού που δεν μεταβάλλονται για χρόνια¹². Η ιστολογική εικόνα των καλοθών ινοεπιθηλιακών αλλοιώσεων αποτελείται από υπερπλαστικό και ακανθωτικό επιθήλιο υπομορφή ψευδοεπιθηλιωμάτωσης υπερπλασίας. Τα ινοβλαστικά κυτταρικά στοιχεία είναι ώριμα και αναπτύσσονται διαχύτως σ' ένα ινώδες υπόστρωμα. Χρόνιες υποεπιθηλιακές περιαγγειακές μονοπυρηνικές φλεγμονώδεις διηθήσεις αναγνωρίζονται συνήθως με παρουσία και μυκήτων *Candida albicans* ιδίως όταν συνυπάρχουν προσθετικές κατασκευές ή λευκοπλακία. Το διοδικό laser έχει πολλαπλώς αναφερθεί ότι συνεισφέρει σημαντικά στη θεραπεία καλοθών αγγειακών και προκαρκινωματώδων βλαβών του στοματικού βλεννογόνου¹³⁻¹⁶.

Η ακρίβεια και σαφήνεια της παθολογοανατομικής διάγνωσης και η έκταση της θερμικής βλάβης του laser αποτελούν αντικρουόμενα σημεία ως προς την ευρεία χρήση του χειρουργικού laser. Παρά ταύτα προσεκτικοί επεμβατικοί χειρισμοί αναμένεται να μειώσουν σημαντικά τις θερμικές βλάβες του laser και να βελτιώσουν την διαδικασία της ιστικής επούλωσης¹⁷⁻¹⁹.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να αξιολογηθεί εάν οι προκαλούμενες από το διοδικό laser θερμικές βλάβες επηρεάζουν την ιστοπαθολογική διάγνωση και την εξαίρεση των ινοεπιθηλιακών αλλοιώσεων, επι υγιών ορίων. Επιπλέον επιχειρείται σύγκριση της ιστολογικής εμφάνισης των καλοθών ινοεπιθηλιακών βλαβών του στοματικού βλεννογόνου μετά την εξαίρεση με laser και χει-

ρουργικά.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

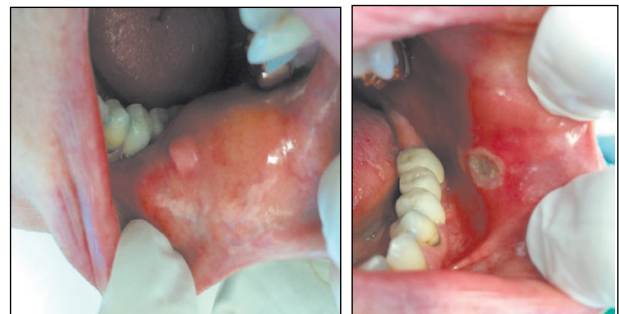
Το υλικό μας αφορά εξήντα περιπτώσεις καλοθών αλλοιώσεων του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας. Τριάντα περιπτώσεις εξαιρέθηκαν, με χειρουργική μέθοδο και τριάντα με laser. Τα 41 περιστατικά προέρχονται από γυναίκες, ηλικίας 14 έως 82 ετών και 19 άνδρες, ηλικίας 10 έως 63 ετών.

Κατά σειρά συχνότητας, είχαμε, αντιδραστικά ινώματα (29 περιπτώσεις), φλεγμονώδεις θηλώδεις υπερπλασίες (9), θηλώματα (6), εποουλίδες (3), λευκοπλακίες (3), βλεννοκύστεις (3), πυογόνα κοκκιώματα (2), αγγειοκερατώματα (2), επιδερμικές κύστεις (2) και ινοεπιθηλιακός πολύποδας (1).

Το μέγεθος των αλλοιώσεων εκτείνεται από 3 χιλ. έως 15 χιλ. Οι συνθηέστερες θέσεις εντόπισης των αλλοιώσεων ήταν τα ούλα, η γλώσσα, ο βλεννογόνος των χειλέων, των παρειών, ο χαλινός της γλώσσας και η σκληρή υπερώα.

Το laser που χρησιμοποιήσαμε ήταν διοδικού τύπου με μήκος κύματος 980 nm, βάθος διείσδυσης 3-5 χιλ, και ενέργεια 2-3 watt. Χρησιμοποιήθηκε παλμικό κύμα προς αποφυγή θερμικής βλάβης

Συγκεκριμένα με την μέθοδο του διοδικού Laser εξαιρέ-



Εικόνα 1: Εξαίρεση αντιδραστικού ινώματος χείλους με laser και στάδια επούλωσης

θηκαν 15 αντιδραστικά ινώματα, 5 θηλώδεις φλεγμονώδεις υπερπλασίες, 3 θηλώματα, 2 λευκοπλακίες, 2 βλεννοκύστεις, 2 εποουλίδες και 1 αγγειοκερατώμα (εικ. 1).

Με τη χειρουργική μέθοδο αφαιρέθηκαν 14 αντιδραστικά ινώματα, 4 φλεγμονώδεις θηλώδεις επεξεργασίες, 3 θηλώματα, 2 πυογόνα κοκκιώματα, 2 επιδερμικές κύστεις, 1 εποουλίδα, 1 λευκοπλακία, 1 βλεννοκύστη, 1 αγγειοκερατώμα και 1 ινοεπιθηλιακό πολύποδα. Οι ασθενείς επανεξετάστηκαν 3 μέρες, 1 εβδομάδα και 3 εβδομάδες μετά την επέμβαση.

Στα περισσότερα περιστατικά δεν έγινε αναισθησία με έγχυση, αλλά μόνο τοπική αναισθησία με εμπότιση βύσματος βάμβακος με λιδοκαΐνη.

Μετά την εξαίρεση τα ιστοτεμάχια μονιμοποιούνταν σε διάλυμα ουδέτερης φορμόλης 10% για δύο 24ωρα. Στη συνέχεια εγκλείονταν σε κύβους παραφίνης, λαμβάνονταν ιστολογικές τομές πάχους 3 μ. με ειδικό μικροτόμο και χρωματίζονταν με την μέθοδο της Ηωσίνης-Αιματοξυλίνης (H.E.) Η μικροσκόπηση έγινε με φωτονικό μικροσκόπιο. Με τη μέθοδο ανάλυσης εικόνας μετρήθηκε το πάχος της ζώνης θερμικής νέκρωσης στα όρια εκτο-

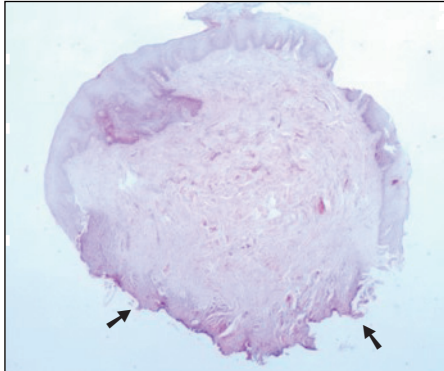
μής των ασθενών στους οποίους η εξαίρεση της βλάβης έγινε με διοδικό laser.

Μετρήθηκε επίσης το πάχος υγιούς ιστού που εξαιρέθηκε με χειρουργικό τρόπο.

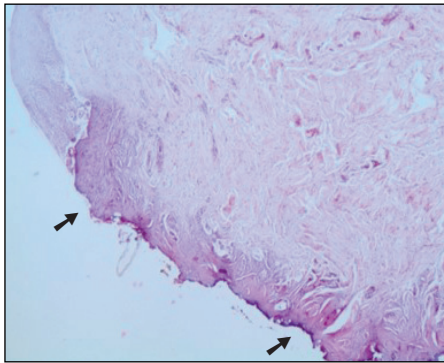
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μικροσκοπικά όλες οι βλάβες ήταν καλοήθειες και εξαιρέθηκαν επί υγιών ορίων και με τις δύο μεθόδους (χειρουργική και laser).

Στους ιστούς που εξαιρέθηκαν χειρουργικά, το πάχος υ-



Εικόνα 2: Ιστολογικές εικόνες αντιδραστικού ινώματος (άνω) και βλεννοκώλης (κάτω). Επισημαίνονται οι ζώνες θερμικής νέκρωσης (βέλη)



γιούς ιστού που εξαιρέθηκε περιφερικά της βλάβης ήταν 1 mm, στις περισσότερες περιπτώσεις. Ωστόσο κατά την εξαίρεση ιστών με laser, η ζώνη θερμικής νέκρωσης υποκειμένων και παρακειμένων ιστών προσφέρει ένα διακριτό και ασφαλές όριο εκτομής, επί υγιούς (εικ. 2).

Το πάχος της ζώνης της θερμικής νέκρωσης που μετρήθηκε με την μέθοδο της ανάλυσης εικόνας στο υλικό μας κυμάνθηκε από 101 έως 192 μm και από τον Πίνακα 1, φαίνεται ότι είναι ευθέως ανάλογο με το είδος και το μέγεθος της βλάβης. Μεγάλου διαμετρήματος ινώματα έχουν παχύτερη θερμική νέκρωση ενώ μικρές βλεννοκώλες λευκοπλακίες και θηλώδεις φλεγμονώδεις υπερπλασίες λεπτότερη. Τα παραπάνω ευρήματα υποδεικνύουν ότι το βάθος διείσδυσης του laser, κατά την αποκοπή του ιστού, μπορεί να ελεγχτεί, εάν ο χειριστής λάβει υπ όψιν του τον τύπο και το μέγεθος του ιστού που αφαιρεί, αλλά και ρυθμίσει σωστά τις παραμέτρους του laser που χρησιμοποιεί.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε όλα τα περιστατικά η αιμοστατική του ιδιότητα ήταν εμφανής, δίνοντας ένα ορατό χειρουργικό πεδίο. Φαίνεται πως η ζώνη θερμικής νέκρωσης που προκαλεί το laser δρα σαν αιμοστατικός φραγμός. Τέλος παρατηρήθηκε μειωμένος βαθμός σχη-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Πάχος ζώνης θερμικής νέκρωσης ορίων εκτομής επιμέρους βλαβών με laser που μετρήθηκε με τη μέθοδο της ανάλυσης εικόνας

Βλάβη	Διάμετρος βλάβης	Πάχος ζώνης θερμικής νέκρωσης
1. Αντιδραστικό ίνωμα κάτω χείλους	3χιλ.	121,15μm
2. Αντιδραστικό ίνωμα παρειάς	4χιλ.	139,62μm
3. Αντιδραστικό ίνωμα σκληρής υπερώας	14χιλ.	190,39 μm
4. Αντιδραστικό ίνωμα παρειάς	6χιλ.	142,13μm
5. Αντιδραστικό ίνωμα κάτω χείλους	5χιλ.	144,48μm
6. Αντιδραστικό ίνωμα κάτω χείλους	3,5χιλ.	121,54μm
7. Αντιδραστικό ίνωμα γλώσσας	6,5χιλ.	152,25μm
8. Αντιδραστικό ίνωμα χαλινού	3,5χιλ.	126,65μm
9. Αντιδραστικό ίνωμα γλώσσας	8χιλ.	169,22μm
10. Αντιδραστικό ίνωμα κάτω χείλους	4χιλ.	127μm
11. Αντιδραστικό ίνωμα γλώσσας	12χιλ.	190,44μm
12. Αντιδραστικό ίνωμα παρειάς	6,5χιλ.	142,35μm
13. Αντιδραστικό ίνωμα παρειάς	7χιλ.	149,24μm
14. Αντιδραστικό ίνωμα γλώσσας	5χιλ.	139,45μm
15. Αντιδραστικό ίνωμα παρειάς	15χιλ.	192μm
16. Θηλώδης φλεγμονώδης υπερπλασία ούλων	5χιλ.	106μm
17. Θηλώδης φλεγμονώδης υπερπλασία ούλων	8χιλ.	141,22μm
18. Θηλώδης φλεγμονώδης υπερπλασία ούλων	4χιλ.	103μm
19. Θηλώδης φλεγμονώδης υπερπλασία ούλων	5χιλ.	152μm
20. Θηλώδης φλεγμονώδης υπερπλασία ούλων	3,5χιλ.	124μm
21. Θήλωμα άνω χείλους	3,5χιλ.	124,26μm
22. Θήλωμα κάτω χείλους	4χιλ.	105μm
23. Θήλωμα γλώσσας	3,5χιλ.	129μm
24. Λευκοπλακία κάτω χείλους	3χιλ.	112μm
25. Λευκοπλακία κάτω χείλους	3χιλ.	131,77μm
26. Επουλίδα	6χιλ.	121,82μm
27. Επουλίδα	6χιλ.	139,62μm
28. Βλεννοκώλη κάτω χείλους	3χιλ.	136,28μm
29. Βλεννοκώλη κάτω χείλους	3χιλ.	102μm
30. Αγγειοκεράτωμα άνω χείλους	3χιλ.	101μm

ματισμού ουλώδους ινώδους συνδετικού ιστού και ρίχνωσης του τραύματος που επιτάχυνε την ανάρρωση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στα περιστατικά που μελετήσαμε παρατηρήσαμε ότι τα laser προσφέρουν εκλεκτικότητα και ακρίβεια κατά την αλληλεπίδραση τους με τους ιστούς που νοσούν.

Αυτό έγκειται στο διαφορετικό βάθος διείσδυσης του laser, πράγμα που εξαρτάται από την σύσταση του ιστού αλλά και από παραμέτρους όπως μήκος κύματος, παλμοί, hertz, joules όπου μπορούσαμε να ρυθμίσουμε. Πιο συγκεκριμένα τα διαφορετικά είδη ιστών απορροφούσαν διαφορετική ενέργεια του laser μεταξύ τους.

Οι ιστοί σε γενικές γραμμές διαθέτουν μελανίνη και αιμοσφαιρίνη όπου λόγω της χρωμόφιλης ιδιότητάς του διοδικού laser, απορροφούσαν καλύτερα την ενέργεια του laser. Επιπλέον ο σκουρόχρωμος στοματικός βλεννογόνος μπορεί να απορροφήσει την ενέργεια του laser ταχύτερα και έτσι να προσδώσει στον χειριστή μια γρήγορη και ακριβή τομή¹¹⁻¹³.

Επίσης, η αποκοπή ιστών που ήταν οιδηματώδεις και υπεραιμικοί, ήταν σαφώς πιο γρήγορη σε σχέση με ιστούς σχετικά υγιείς. Αυτό οφειλόταν στην μεγάλη περιεκτικότητα των πρώτων σε αιμοφόρα αγγεία και νερό, πράγμα που διευκόλυνε την απορρόφηση της ενέργειας του laser¹¹⁻¹³.

Το πάχος των ιστών επηρέασε την αποτελεσματικότητα του laser. Σε λεπτούς βλεννογόνους, με μικρή ποσότητα

ινώδους συνδετικού ιστού, όπως σε αποκοπή βλεννοκλήλης, το laser απεδείχθη ιδιαίτερα αποτελεσματικό και γρήγορο εργαλείο (1-2 watt), σε αντίθεση με κάποια τραυματικά ινώματα που χαρακτηρίζονταν από άφθονο ινώδη συνδετικό ιστό, όπου η μεγάλη ποσότητα αυτού απορρόφησε την ενέργεια του laser και ρύθμιση μεγαλύτερης ενέργειας (3 watt) ήταν απαραίτητη.

Παρά το γεγονός ότι η επούλωση των ιστών γίνεται κατά δεύτερο σκοπό (δεν έγινε χειρουργική συρραφή του τραύματος), δεν παρατηρήθηκε βακτηριακή επιμόλυνση, ενδεχομένως λόγω της απομάκρυνσης μικροβίων κατά την εκτομή της βλάβης, την βακτηριοκτόνο ικανότητα του laser αλλά το προστατευτικό στρώμα ικικής που δημιουργείται άμεσα και δίνει στον ιστό την δυνατότητα γρήγορης επούλωσης.

Η μη έγχυση αναισθητικού διεγχειρητικά αλλά και η ακρίβεια κοπής του laser που εξασφαλίζει ελάχιστο μηχανικό τραύμα, προσέφερε μειωμένο μετεπεμβατικό πόνο και οίδημα.

Τονίζεται επιπλέον ιδιαιτέρως ότι οι προκαλούμενες από το laser θερμικές βλάβες ουδώς επηρέασαν την ιστοπαθολογική διάγνωση των αλλοιώσεων σε όλες τις περιπτώσεις του υλικού μας. Στα πλεονεκτήματα των laser για τον ασθενή συγκαταλέγεται ο μειωμένος πόνος, οι λιγότερες επισκέψεις, η μετεγχειρητική πορεία, η μη συρραφή του τραύματος, η αιμόσταση και η όχι απαραίτητα αναισθησία. Στα μειονεκτήματα αναφέρονται ο κίνδυνος θερμικής βλάβης των υποκείμενων και παρακείμενων ιστών στο πεδίο εφαρμογής του και το αυξημένο κόστος^{11-13,17}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την μελέτη καταδεικνύεται με την μέθοδο της ανάλυσης εικόνας που εφαρμόστηκε για πρώτη φορά ότι το πάχος της θερμικής νέκρωσης έχει σαφή ιστολογικά όρια που εγγυώνται την ασφαλή, πλήρη και επί υγιούς εξαίρεσή των βλαβών αλλά ελέγχουν και το βάθος διεσόδου του laser κατά την αποκοπή των ιστών. Πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν ότι ανάλογο πάχος θερμικής νέκρωσης καταλείπεται και στους ιστούς του χειρουργικού πεδίου μετά την εξαίρεση των βλαβών γεγονός που αυξάνει τα υγιή όρια εκτομής.

Με βάση τα ανωτέρω συζητείται το ενδεχόμενο να επεκταθεί η χρήση του laser στην εξαίρεση και κακοήθων βλαβών της στοματικής κοιλότητάς. Σε αλλοιώσεις του στοματικού βλεννογόνου όπως η λευκοπλακία (εστιακή ή πολύ-εστιακή) η υψηλόβαθμη επιθηλιακή δυσπλασία, το in situ καρκίνωμα και το μικροδιηθητικό καρκίνωμα η χρήση του laser μπορεί να προσδώσει ασφαλή αποτελέσματα. Αυτό φάνηκε και στις περιπτώσεις λευκοπλακίας του ημετέρου υλικού. Άλλωστε το laser εφαρμόζεται ευρέως στην εξαίρεση δυσπλαστικών αλλοιώσεων, in situ καρκινωμάτων και μικροδιηθητικών καρκινωμάτων τραχήλου μήτρας, μαστού, ουροδόχου κύστεως και γαστροοισοφαγικής συμβολής.

Πρέπει να τονιστεί ότι και οι δύο μέθοδοι (laser και συμβατική χειρουργική) πέραν των όποιων πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων που εκτέθηκαν ανωτέρων παρέχουν στον οδοντιατρικό ασθενή επί της ουσίας, ασφαλή και πλήρη θεραπευτικά αποτελέσματα.

SUMMARY

Comparative Histological Study: Removal of Oral Mucosal Lesions by Conventional Surgery and Diode Laser

Venetia Sotiri, Emmanouil Agapitos

hellenic hospital dentistry - special care dentistry 15(2): 31-35, 2022

Although the role of lasers in dentistry was known, regarding its use in conservative dentistry, laser oral surgery was in its initial stages. In recent years, the accuracy and clarity of the patho-anatomical diagnosis and the extent of the laser's thermal damage are conflicting points regarding the widespread use of the surgical laser in the oral cavity.

Aim: *The aim of this study is to assess whether the thermal damage caused by the diode laser during the excision of benign lesions of the oral mucosa affects the histopathological diagnosis or the safe evaluation of fibroepithelial lesions excision margins. In addition, a comparison of the surgical margins histological appearance between benign fibroepithelial lesions of the oral mucosa subsequent to diode laser treatment and traditional surgery is attempted.*

Materials and Methods: *Out of 60 cases, 30 were treated surgically and 30 with diode laser. All lesions were benign and excised on clear margins using either method (surgical or laser). The removed specimens were examined using a light microscope aided by an image analysis method, while the thickness of thermal necrosis zone was also measured.*

Results: *This analysis concluded that the thickness of the thermal necrosis zone, measured by the image analysis method in our material, is directly proportional to the type and the dimensions of the lesion, suggesting that the laser method of excision is an alternative method potentially characterized by selectivity and accuracy, with regard to the removal of tissue lesions. Laser penetration depth during the resection of the lesions can be controlled. The hemostatic property of laser was apparent as well as the reduction of fibrous connective tissue, leading to faster recovery.*

Conclusion: *Image analysis method illustrated that the thickness of the thermal necrosis zone permits clear histological margins that guarantee the clean and complete excision of lesions. Based on the above, expanding the use of laser in the excision of malignant lesions of the oral cavity should definitely be considered.*

Key words: *Diode laser, Biopsy, Histological study*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Arrastia-Jitosho AMA, Liaw LHL, Lee W, Wilder-Smith P. Effects of a 532 Q-switched nanosecond pulsed laser on permeability of root canal wall dentin. *J Endod* 1998; 24(6): 427-31.
2. De Souza AE, Corona SA, Dibb RG, Borsatto MC, Pécora JD. Influence of Er:YAG on tensile bond strength of a self-etching system and a flowable resin in different dentin depths. *J Dent* 2004; 32(4): 269-75.
3. Deppe H, Horch HH. Laser application in oral surgery and implant dentistry. *Lasers Med Sci* 2007; 22(4): 217-21.
4. Stuart D, Jackson DS, Lauto A. Diode-pumped fiber lasers: A new clinical tool? *Lasers Surg Med* 2002; 30(3): 184-90.
5. Kaffas P, Kalfas S. Carbonization of a radicular cyst using fiber-optic diode laser: a case report. *Cases J* 2008; 19(1): 113.
6. Kaffas P, Stavrianos C, Jerjer W, Upile T, Vourvachis M, Theodoridis M et al. Upper-lip laser frenectomy without infiltrated anesthesia in a pediatric patient: a case report. *Cases J* 2009; 2(2): 7138.
7. Eliades T, Stavrianos C, Kokkas A, Kafas P, Nazaroglou I. 808 nm Diode Laser in Oral Surgery: A case report of Laser removal of fibroma. *Res J Med Sci* 2010; 4(3): 175-78.
8. Vivek V, Jayasree RS, Balan A, Sreelatha KT, Gupta AK. Three-year follow up of oral leukoplakia after neodymium: yttrium aluminum garnet (Nd:YAG) laser surgery. *Lasers Med Sci* 2008; 23(4): 375-79.
9. Ergun S, Mete O, Yesil S, Tanyeri H. Solitary angiokeratoma of the tongue treated with diode laser.
10. Romeo U, Del Vecchio A, Ripari F, Palaia G, Chiappafreddo C, Tenore G, et al. Effects of different laser devices on oral soft tissues: in vitro experience. *J Oral Laser Appl* 2007; 7(3): 155-59.
11. Angiero F, Parma L, Cripa R, Benedicenti S. Diode laser (808 nm) applied to oral soft tissue lesions: a retrospective study to assess histopathological diagnosis and evaluate physical damage. *Lasers Med Sci* 2012; 27(2): 383-88.
12. Gama S, Araujo TM, Pozza DH, Pinheiro AL. Use of the CO2 laser on orthodontic patients suffering from gingival hyperplasia. *Photomed Laser Surg* 2007; 25(3): 2014-19.
13. Scherer H, Fuhrer A, Hopf J. Current status of laser surgery of benign disease in the area of the soft palate. *Laryngol Rhinol Otol* 1994; 73(1): 14-20.
14. Ma G, Sano K, Ikeda H, Inokuchi T. Promotional effect of CO2 laser and scalpel incision on 4-NQO-induced premalignant lesions of mouse tongue. *Laser Surg Med* 1999; 25(3): 207-12. Diode type laser in biopsies of oral mucosa. *Journal of Surgical and Molecular Pathology* Volume 5, Issue 1, Page 20.
15. Zhang L, Poh CF, Lam WL, Epstein JB, Cheng X, Zhang X, et al. Impact of localized treatment in reducing risk of progression of low-grade oral dysplasia: molecular evidence of incomplete resection. *Oral Oncol* 2001; 37(6): 505-12.
16. D'Arcangelo C, Di Nardo Di Maio F, Prosperi GD, Conte E, Baldi M, Caputi S. A preliminary study in oral tissue: a comparison of clinical, histological and immunohistochemical results. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103(6): 764-73.
17. Fitzpatrick RE, Ruiz-Espartza J, Goldman MP. The depth of thermal necrosis using the CO2 laser: a comparison of the super pulsed mode and conventional mode. *J Dermatol Surg Oncol* 1991; 17(4): 340-44.
18. Liboon J, Funkhouser W, Terris D. Comparison of mucosal incisions made by scalpel, CO2 laser, electrocautery and constant-voltage electrocautery. *Otolaryngol Head Neck Surg*.
19. Vescovi P, Corcione L, Meleti M, Merigo E, Fornaini C, Manfredi M, et al. Nd:YAG laser versus traditional scalpel. A preliminary histological analysis of specimens from the human oral mucosa. *Lasers Med Sci* 2010; 25(5): 685-91.

Διεύθυνση για επικοινωνία:

Δρ. Σωπήρη Βενετία
Χειρουργός Οδοντίατρος, Dmd,
Msc, PhD

Οδοντιατρικό Τμήμα, Γενικό
Νοσοκομείο Τζάνειο, Πειραιά
Λεωφόρο Αφεντούλη και Ζαννή 1
18536, Πειραιάς - Ελλάδα
e-mail: vensotiri@gmail.com

Ποιότητα ζωής των ασθενών μετά την εξαγωγή δοντιού

Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος*

Ο μετεξακτικός πόνος, η δυσφορία, η απώλεια ημερών εργασίας καθώς και οι επιπλοκές της επούλωσης αναφέρονται αρκετά συχνά κατά τις πρώτες ημέρες μετά από μια εξαγωγή δοντιού. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί: α) εάν η εξαγωγή δοντιού επηρεάζει την ποιότητα ζωής και β) εάν υπάρχει σχέση ανάμεσα σε συγκεκριμένους παράγοντες και στην ποιότητα ζωής του ασθενούς, κατά τις πρώτες μετεξακτικές ημέρες.

Στην μελέτη συμμετείχαν 130 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε (μη χειρουργική) εξαγωγή ενός (ή δύο το πολύ) δοντιών (στην ίδια συνεδρία) από τον ίδιο επεμβαίνοντα οδοντίατρο και συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο που εξέταζε τις συνέπειες της εξαγωγής στην ποιότητα ζωής τους για τις επόμενες επτά (7) ημέρες μετά την εξαγωγή.

Περίπου το ένα τρίτο (33,8%) των ασθενών που υποβλήθηκαν σε εξαγωγή δοντιού ανέφεραν πως επηρεάστηκε αρκετά έως πολύ η ποιότητα της ζωής τους. Ωστόσο, ο επηρεασμός της ποιότητας ζωής δε συνδέθηκε αιτιολογικά με κανένα από τους παράγοντες που εξετάστηκαν («ηλικία», «φύλο», «ένδειξη εξαγωγής», «διάρκεια εξαγωγής» και «ενδοεπεμβατικές επιπλοκές»).

Η παρουσία μετεξακτικών συμπτωμάτων δεν μειώνει απαραίτητα το βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του οδοντιάτρου. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί, ωστόσο, η επαρκής, έγκαιρη και πειστική ενημέρωση του ασθενούς από την πλευρά του οδοντιάτρου.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική - οδοντιατρική ειδικής φροντίδας 15(2): 37-40, 2022

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα σημαντικό μέρος των πράξεων που πραγματοποιούνται τόσο στα εξωτερικά Οδοντιατρικά Ιατρεία των Νοσοκομείων όσο και στα οδοντιατρεία του ιδιωτικού τομέα και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι οι

εξαγωγές δοντιών. Ανεξάρτητα από την εμφάνιση ή όχι μετεξακτικών επιπλοκών, υπάρχει μια μικρή ή μεγάλη αλλαγή στην κατάσταση του στόματος του ασθενή μετά από μια εξαγωγή. Λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής, είναι φυσικό οι περισσότεροι ασθενείς μας να είναι πολυάσχολοι. Επομένως, θέλουν να γνωρίζουν εάν μια εξαγωγή δοντιού θα επηρεάσει τη διάθεσή τους για εργασία, κοινωνική ζωή, φαγητό, ταξίδι, αναψυχή, άθληση, χόμπι και γενικότερα την ποιότητα της καθημερινής τους ζωής για τις επόμενες ημέρες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα ζωής ορίζεται ως «η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του». Οι σημερινοί ασθενείς επιθυμούν να έχουν διαθέσιμες επιλογές, να επιζητούν υψηλό βαθμό

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα ζωής, εξαγωγή δοντιού, μετεξακτικές ημέρες

* Οδοντίατρος Διευθυντής Ε.Σ.Υ, Γενικός Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας (ΕΕΝΟ-ΟΕΦ), MSc

Προέλευση: Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας (ΕΕΝΟ-ΟΕΦ)

κατανόησης καθώς και να συμμετέχουν στη διαδικασία αποφάσεων πριν συναινέσουν στην όποια παρέμβαση σχετίζεται με την υγεία τους, ακόμα και εάν αυτό αφορά πράξεις ρουτίνας.

Ο μετεξακτικός πόνος, η δυσφορία, η απώλεια ημερών εργασίας καθώς και οι επιπλοκές της επούλωσης αναφέρονται αρκετά συχνά κατά την περίοδο μετά από μια μη χειρουργική εξαγωγή ρουτίνας. Παρότι τα στοιχεία αυτά σχετίζονται άμεσα με την έννοια της ποιότητας ζωής, δεν έχουν έως τώρα επαρκώς διερευνηθεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Αντιθέτως, υπάρχουν εκτεταμένες μελέτες σχετικά με την ποιότητα ζωής μετά από χειρουργική εξαγωγή σφραγιστήρα που αναφέρουν συχνά περιορισμένη δυνατότητα διάνοιξης του στόματος, μειωμένη ικανότητα μάσησης και κατάποσης, αλλαγές στη δίαιτα την γεύση και την απόλαυση του φαγητού, διαταραχές του ύπνου, αλλαγές στη φώνηση, αποχή από την εργασία και απώλεια διάθεσης για κοινωνικότητα.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να γίνει μια προσπάθεια να απαντηθούν τα εξής ερωτήματα: α) Κατά πόσο, η εξαγωγή ενός δοντιού επηρεάζει την ποιότητα ζωής ενός ασθενούς για τις ημέρες που ακολουθούν μετά την εξαγωγή; β) Υπάρχει σχέση ανάμεσα σε συγκεκριμένους παράγοντες («ηλικία», «φύλο», «ένδειξη εξαγωγής», «διάρκεια εξαγωγής» και «ενδοεπεμβατικές επιπλοκές») και στην «ποιότητα ζωής» του ασθενούς κατά τις πρώτες μετεξακτικές ημέρες;¹⁻³

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σε Οδοντιατρείο Γενικού Νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ., 130 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε (μη χειρουργική) εξαγωγή ενός (ή δύο το πολύ) δοντιών (στην ίδια συνεδρία) από τον ίδιο επεμβαίνοντα οδοντίατρο συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο που εξέταζε τις συνέπειες της εξαγωγής στην ποιότητα ζωής τους για τις επόμενες επτά (7) ημέρες μετά την εξαγωγή. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν ένα τροποποιημένο ερωτηματολόγιο OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) που αποτελεί μέτρο του επιπέδου της αυτοαναφερόμενης δυσλειτουργίας, δυσανεξίας και ανικανότητας που συνδέονται με στοματικές δυσλειτουργίες και είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο μέσο βαθμολόγησης της ποιότητας ζωής μετά από εξαγωγή κάτω σφραγιστήρα⁴. Περιλαμβάνει δεκατέσσερις (14) ερωτήσεις με δυνατότητα τεσσάρων (4) διαφορετικών απαντήσεων, από τις οποίες διαμορφώνεται μια τελική βαθμολογία που καταδεικνύει το βαθμό (καθόλου, μικρό, μέτριο ή μεγάλο) επίπτωσης. Η ελάχιστη δυνατή βαθμολογία ήταν 14 και η μέγιστη βαθμολογία ήταν 56. Η τελική βαθμολογία κατηγοριοποιήθηκε σε τέσσερις κατηγορίες: Κατηγορία 1: Δεν επηρεάστηκε καθόλου (Βαθμολογία 14) Κατηγορία 2: Επηρεάστηκε λίγο (Βαθμολογία 15-28) Κατηγορία 3: Επηρεάστηκε αρκετά (Βαθμολογία 29-42) Κατηγορία 4: Επηρεάστηκε πολύ (Βαθμολογία 43-56). Οι κατηγορίες 1 και 2 θεωρήθηκαν «Δεν επηρεάζονται» (βαθμολογία 14-28) και οι κατηγορίες 3 και 4 θεωρούνται «Επηρεάζονται» (βαθμολογία 29-56).

Οι ασθενείς που συμμετείχαν ήταν ηλικίας 17-72 ετών,

με μέσο όρο τα 34,7 χρόνια ($sd = \pm 14,7$), υγιή, ενήλικα άτομα, χωρίς συμπτώματα την ημέρα της εξαγωγής. Χρησιμοποιήθηκε τοπική αναισθησία (Articaine Hydrochloride 4% με Epinephrine 1:100.000), συνεστήθη παρακεταμόλη 1000mg μετεξακτικά για το πρώτο 24ωρο και δε συνταγογραφήθηκε αντιβίωση εκ των προτέρων. Κατά την επανεξέταση (την έβδομη μετεξακτική ημέρα), συμπληρώθηκε το προαναφερθέν ερωτηματολόγιο.

Οι αιτίες εξαγωγής ήταν: 1) τερηδόνα (72,3%), 2) περιοδοντική νόσος (13,1%), 3) κάταγμα μύλης-ρίζας (7,7%), 4) ορθοδοντικοί λόγοι (3,8%) και 5) προσθετική αποκατάσταση (3,1%). Τα δε εξαχθέντα δόντια ήταν: 1) γομφίοι (58,7%), 2) προγόμφιοι (25,4%), 3) κυνόδοντες (8%) και 4) τομείς (8%). Η μέση χρονική διάρκεια της εξαγωγής ήταν: 3.23 min ($sd = \pm 1.5$). Οι ενδοεπεμβατικές επιπλοκές περιλάμβαναν: 1) κάταγμα μύλης (16,2%), 2) κάταγμα ρίζας (7,7%) και 3) κάταγμα φατνιακού οστού (0,8%). Μετεξακτικές επιπλοκές εμφανίστηκαν σε 6,9% των ασθενών και αφορούσαν ξηρό φατνίο (5,4%) και επώδυνο μετεξακτικό φατνίο (1,5%).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με χρήση του προγράμματος SPSS for Windows (version 16; SPSS Inc., Chicago IL, USA). Απλή κατανομή συχνοτήτων και περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκε για την επεξεργασία των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο. Η σύνδεση ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές («ηλικία», «φύλο», «ένδειξη εξαγωγής», «διάρκεια εξαγωγής» και «ενδοεπεμβατικές επιπλοκές») και την εξαρτημένη μεταβλητή («ποιότητα ζωής») διερευνήθηκε χρησιμοποιώντας δοκιμασία χ^2 (Chi square) και πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 5%. ($p \leq 0,5$).

Το 32,3% των ασθενών ανέφερε πως επηρεάστηκε, αρκετά έως πολύ, η μασητική τους ικανότητα. Το 26,9% των ασθενών ανέφερε πως επηρεάστηκε, αρκετά έως πολύ, το είδος της διαίτας τους. Οι παράγοντες που συσχετίστηκαν (από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ασθενείς) με την αλλαγή διαίτας ήταν η δυσκολία στη μάσηση και την κατάποση, καθώς και η απώλεια απόλαυσης της τροφής. Ως εκ τούτου, οι ασθενείς θα πρέπει να προειδοποιούνται ότι μπορεί να εμφανίσουν κάποια δυσκολία στη μάσηση και την κατάποση μετά την εξαγωγή δοντιού. Η αλλαγή στη διατροφή μετά από χειρουργική εξαγωγή τρίτου γομφίου συσχετίστηκε με την έλλειψη απόλαυσης του φαγητού, οπότε συνιστώνται στους ασθενείς τροφές που είναι καταπόσιμες χωρίς μεγάλη μασητική προσπάθεια⁵.

Το 19,3% των ασθενών ανέφερε πως επηρεάστηκε, αρκετά έως πολύ, η ικανότητά τους να μιλήσουν. Το 15,4% των ασθενών ανέφερε πως διαταράχθηκε, αρκετά έως πολύ, η εργασία τους, ενώ το 30% διέκοψε τις συνήθειες κοινωνικές του δραστηριότητες. Οι λόγοι για την κοινωνική απομόνωση ήταν η κακουχία, ο πόνος και η κακή διάθεση. Οι ασθενείς θα πρέπει, επομένως, να προειδοποιούνται ότι ενδέχεται να μην είναι σε θέση να συμμετάσχουν στις αθλητικές δραστηριότητες, τα χόμπι και τις συνήθειες κοινωνικές δραστηριότητές τους. Επιπλέον, η εμπειρία του πόνου ήταν ένας από τους κύριους λόγους κοινωνικής απομόνωσης στα άτομα που μελετή-

θηκαν.

Το 40,8% ανέφερε ότι πόνεσε αρκετά έως πολύ κατά την 3η μετεξακτική ημέρα (ΜΗ), ποσοστό που μειώθηκε στο 12,3% κατά την 7η ΜΗ. Ο πόνος είναι γνωστό ότι είναι μια φυσική σωματική αντίδραση σε επιβλαβή ερεθίσματα. Ο πόνος είναι μια αναμενόμενη συνέπεια μετά την εξαγωγή. Ωστόσο, ο αυξημένος ή επίμονος πόνος θα πρέπει να προειδοποιεί τον οδοντίατρο για την πιθανότητα επιπλοκών. Η καθημερινότητα του ασθενούς επηρεάζεται από την έκταση, τη διάρκεια, την οξύτητα, την ένταση του πόνου, τα ενδεχόμενα υποκείμενα νοσήματα καθώς και από την ψυχροσύνθεσή του⁶⁻⁸.

Το 23% των ασθενών περίμεναν αλλαγή στην εμφάνισή τους και τελικά μόνο το 16,1% διαπίστωσε αλλαγή. Στη μελέτη μας, μόνο λίγα άτομα παρουσίασαν αλλαγή στην εμφάνιση. Σε αντίθεση με τη χειρουργική εξαγωγή τρίτου γομφίου, που συνήθως συνοδεύεται από διόγκωση με επακόλουθη αλλαγή στην εμφάνιση, η συνήθης απλή εξαγωγή δοντιών σπάνια προκαλεί μετεπεμβατική διόγκωση.

Οι συνολικές βαθμολογίες OHIP-14 κυμαίνονταν μεταξύ 14 και 48 (μέση τιμή \pm SD, $26,2 \pm 8,3$). Η πλειοψηφία των ατόμων (58%) δήλωσε «λίγο επηρεασμένοι». Μικρό ποσοστό ατόμων (8,2%) ανέφερε ότι «δεν επηρεάστηκε καθόλου», ενώ το 31,8% ανέφερε «αρκετά επηρεασμένοι». Η σύνοψη των βαθμολογιών OHIP-14 αποκάλυψε ότι η ποιότητα ζωής «επηρεάστηκε» στο 33,8% και «δεν επηρεάστηκε» στο 66,2% των ασθενών.

Έπειτα από πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης, δεν διαπιστώθηκε σύνδεση ανάμεσα στον επηρεασμό της «ποιότητας ζωής» των ασθενών και στους παράγοντες: α) «ηλικία» ($p=0,714$), β) «φύλο» ($p=0,602$), γ) «ένδειξη εξαγωγής» ($p=0,942$), δ) «διάρκεια εξαγωγής» ($p=0,187$) και ε) «ενδοεπεμβατικές επιπλοκές» ($p=0,499$).

Οι ασθενείς σήμερα απαιτούν μεγαλύτερη συμμετοχή στις αποφάσεις και υψηλότερο επίπεδο κατανόησης, πριν συναινέσουν στη θεραπεία. Οι περισσότεροι χειρουργοί γενικά παρέχουν συμβουλές στους ασθενείς τους με βάση τις προηγούμενες κλινικές εμπειρίες τους και σπάνια βασίζονται τέτοιες συστάσεις στις συνέπειες που μπορεί να έχει η χειρουργική επέμβαση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται πριν την εξαγωγή δοντιού για την περίοδο ανάρρωσης, τις πιθανές επιπλοκές και την πιθανότητα ότι ο τρόπος ζωής τους θα μπορούσε να επηρεαστεί αρνητικά στις πρώτες μετεξακτικές ημέρες⁹.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Περίπου το ένα τρίτο (33,8%) των ασθενών που υποβλήθηκαν σε (μη χειρουργική) εξαγωγή δοντιού ανέφεραν πως επηρεάστηκε η ποιότητα της ζωής τους από αυτό το γεγονός κατά τις επόμενες επτά (7) ημέρες μετά την εξαγωγή. Ωστόσο, ο επηρεασμός της ποιότητας ζωής δε συνδέθηκε αιτιολογικά με κανένα από τους παράγοντες που εξετάστηκαν. Λιγότεροι ήταν οι ασθενείς που διαπίστωσαν αλλαγή στην εμφάνισή τους σε σχέση με αυτούς που ανέμεναν κάτι τέτοιο μετά από μια εξαγωγή. Τα παραπάνω ευρήματα: α) χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης σε μελέτες με μεγαλύτερο πλήθος ασθενών και β) οφείλουν να ευαισθητοποιούν την οδοντιατρική κοινότητα, ως προς την ανάγκη παρακολούθησης, αξιολό-

γησης της κατάστασης και επικοινωνίας με τους ασθενείς.

Η αξιολόγηση και τεκμηρίωση των σωματικών, κοινωνικών και ψυχολογικών συνεπειών μιας οδοντιατρικής επέμβασης (όπως η εξαγωγή δοντιού) χρησιμοποιώντας ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο μπορεί να δώσει στον οδοντίατρο τη δυνατότητα να συμπεριλάβει τα ευρήματα σε ένα «έντυπο γραπτής συγκατάθεσης» πριν από την επέμβαση και, ως εκ τούτου, να αποτρέψει ενδεχόμενες μελλοντικές νομικές αξιώσεις.

Η παρουσία μετεξακτικών συμπτωμάτων δεν μειώνει απαραίτητα το βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του οδοντίατρο. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί, ωστόσο, η επαρκής, έγκαιρη και πειστική ενημέρωση του ασθενούς από την πλευρά του οδοντίατρο¹⁰⁻¹³.

SUMMARY

Quality of life following tooth extraction

Athanasios Spiliotopoulos

hellenic hospital dentistry - special care dentistry 15(2): 37-40, 2022

Post-extraction pain, discomfort, loss of working days as well as complications of healing are reported quite often during the first few days after a tooth extraction. Although these symptoms are directly related to the concept of quality of life, they have so far not been sufficiently explored in the international literature. In contrast, there are extensive studies on quality of life after surgical removal of wisdom teeth that often report limited mouth opening capacity, reduced ability to chew and swallow, changes in diet, taste, and enjoyment of food, sleep disturbances, changes in voice, abstinence from work, and loss of mood for sociability.

The purpose of the present study was to investigate: a) whether tooth extraction affects the quality of life and b) whether there is a relationship between specific factors and the patient's quality of life during the first post-extraction days.

The study involved 130 patients who underwent a (non-surgical) extraction of one (or two at most) teeth (in the same session) by the same intervening dentist and completed a questionnaire examining the effects of the extraction on their quality of life for the next seven (7) days after extraction.

About a third (33.8%) of patients who underwent tooth extraction reported that their quality of life was affected. However, the impact on quality of life was not causally linked to any of the factors examined (age, gender, extraction indication, duration of extraction and intra-operative complications).

The presence of post-extraction symptoms does not necessarily reduce the degree of satisfaction of the patient in relation to the services provided by the dentist. A prerequisite, however, is the adequate, timely and convincing information of the patient on the part of the

dentist.

Key words: *Quality of life, tooth extraction, post-extraction days*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. McGrath C, Comfort MB, Lo EC, Luo Y: Changes in life quality following third molar surgery The immediate postoperative period. *Br Dent J* 2003; 194: 265-268.
2. Sato FR, Asprino L, De Ara?jo DE, de Moraes M. Short-term outcome of postoperative patient recovery perception after surgical removal of third molars. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67: 1083-1091.
3. Negreiros RM, Biazevic MG, Jorge WA, Michel-Crosato E: Relationship between oral health-related quality of life and the position of the lower third molar: Postoperative follow-up. *J Oral Maxillofac Surg* 2012; 70: 779-786.
4. McGrath C, Comfort MB, Lo EC, Luo Y: Can third molar surgery improve quality of life? A 6-month cohort study. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 759-763.
5. Savin J, Ogden GR: Third molar surgery: A preliminary report on aspects affecting quality of life in the early postoperative period. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997; 35: 246-253.
6. Berge TI: Inability to work after surgical removal of mandibular third molars. *Acta Odontol Scand* 1997; 55: 64-69.
7. Cheung LK, Chow LK, Tsang MH, Tung LK: An evaluation of complications following dental extractions using either sterile or clean gloves. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001; 30: 550-554.
8. Niv D, Kreitler S: Pain and quality of life. *Pain Pract* 2001; 1: 150-161.
9. Slade GD, Foy SP, Shugars DA, Phillips C, White RP Jr: The impact of third molar symptoms, pain, and swelling on oral health-related quality of life. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62: 1118-1124.
10. McCaul LK, Jenkins WM, Kay EJ: The reasons for extraction of permanent teeth in Scotland: A 15-year follow-up study. *Br Dent J* 2001; 190: 658-662.
11. Aida J, Ando Y, Akhter R, Aoyama H, Masui M, Morita M: Reasons for permanent tooth extractions in Japan. *J Epidemiol* 2006; 16: 214-219.
12. Adeyemo WL, Ladeinde AL, Ogunlewe MO: Influence of trans-operative complications on socket healing following dental extractions. *J Contemp Dent Pract* 2007; 8: 52-59.
13. Oginni FO, Fatusi OA, Alagbe AO: A clinical evaluation of dry socket in a Nigerian teaching hospital. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 871-876.

Διεύθυνση για επικοινωνία:
Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος
Πυθαγόρα 9-11, Τ.Κ. 18533
Πειραιάς
Τηλέφωνο: 6977041898
Email: athspil@yahoo.com

Από την ακίνητη στην επένθετη επιεμφυτευματική αποκατάσταση σε γηροδοντιατρικό ασθενή

Ελένη Λιακοπούλου¹, Καλλιόπη Κωνσταντοπούλου², Αριστείδης Βίλλιας³,
Ηρακλής Καρκαζής⁴

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται η αποκατάσταση της λειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος αυτοεξυπηρετούμενου ασθενούς τρίτης ηλικίας με ήπια, ελεγχόμενη παθολογία. Ο ασθενής έφερε φθαρμένη ολική οδοντοστοιχία στην άνω γνάθο και ακίνητη αποκατάσταση, επιεμφυτευματικής και οδοντικής στήριξης, στην κάτω γνάθο. Η ακίνητη αυτή αποκατάσταση κατέρρευσε εξαιτίας τραυματισμού στο πρόσωπο, τον οποίο υπέστη ο ασθενής προ επταετίας. Το κύριο αίτημα του ασθενούς ήταν η αποκατάσταση της προβληματικής προσθετικής εργασίας στην κάτω γνάθο, καθώς και η αντικατάσταση της ολικής οδοντοστοιχίας άνω γνάθου.

Σε πρώτη φάση, η αντιμετώπιση περιλάμβανε τη λήψη ιστορικού, την αναγνώριση του αιτίου προσέλευσης, την ενημέρωση του ασθενούς για τις πιθανές λύσεις και την παρουσίαση του σχεδίου θεραπείας. Έγινε συλλογή στοιχείων αναφορικά με την υπάρχουσα αποκατάσταση, όπως προσκόμιση προηγούμενης πανοραμικής ακτινογραφίας, ταυτότητα εμφυτευμάτων και τελική ακτινογραφική εκτίμηση. Αποφασίστηκε κατασκευή επένθετης επιεμφυτευματικής οδοντοστοιχίας στην κάτω γνάθο και νέας ολικής οδοντοστοιχίας στην άνω γνάθο. Λόγω της διατηρηθείσας στηρικτικής ικανότητας των δύο εναπομεινάντων εμφυτευμάτων της κάτω γνάθου, κρίθηκε χρήσιμη η αξιοποίηση του εμφυτεύματος στη θέση του κάτω αριστερού κυνόδοντα (#33), με σκοπό την ενίσχυση της συγκράτησης και λειτουργικής προσαρμογής της οδοντοστοιχίας, ενώ το εμφύτευμα στη θέση του κάτω αριστερού δεύτερου προγομφίου (#35) παρέμεινε σε αδράνεια.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική - οδοντιατρική ειδικής φροντίδας 15(2): 41-44, 2022

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εμφυτευματολογία στη σύγχρονη εκδοχή της, εδώ και τρεις τουλάχιστον δεκαετίες, έχει ενταχθεί στην καθ' ημέραν κλινική πράξη τόσο για την αποκατάσταση της μερικής, όσο και της ολικής νωδότητας των ασθενών. Οι επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις και τα εμφυτεύματα στα οποία εδράζονται έχουν υψηλά ποσοστά επιτυχίας και επιβίωσης, όπως τεκμηριώνεται και βιβλιογραφικά¹⁻⁵. Παρά τη σχολαστική τήρηση των πρωτοκόλλων και την αρτιότητα της κατασκευής κατά την παράδοση επιεμφυτευματικών αποκαταστάσεων, υπάρχουν πιθανότητα τεχνικών και βιολογικών επιπλοκών, οι οποίες εάν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως και επιτυχώς ενδεχομένως

να οδηγήσουν σε μερική ή και ολική κατάρρευση των αποκαταστάσεων που είχαν σχεδιαστεί και κατασκευαστεί *lege artis* σε νεότερη ηλικία. Πρόκειται για εικόνες τις οποίες θα βλέπουμε όλο και συχνότερα στο μέλλον και μάλιστα σε μεγαλύτερους ηλικιακά ασθενείς.

Η επιβίωση μίας επιεμφυτευματικής αποκατάστασης επηρεάζεται από πολυάριθμους παράγοντες, οι οποίοι έχουν άλλοτε άλλη βαρύτητα. Ειδικά για τους γηροδοντιατρικούς ασθενείς οι οποίοι είχαν αντιμετωπιστεί με εμφυτεύματα σε νεότερη ηλικία, παράμετροι όπως η εμφάνιση ή/και ταχεία επιδείνωση συστηματικών νοσημάτων, ο περιορισμός του επιπέδου λειτουργικής αυτοδυναμίας των ασθενών, η απορρόφηση της φατνιακής ακρολοφίας, η αλλαγή του κοινωνικού περιβάλλοντος και

Λέξεις κλειδιά: Γηροδοντιατρική, Εμφυτεύματα, Επένθετες Οδοντοστοιχίες

¹ Προπτυχιακή φοιτήτρια Οδοντιατρικής

² Οδοντίατρος, MSc, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Προσθετικής

³ Οδοντίατρος, MSc, Dr. Med. Dent., Επίκουρος Καθηγητής Κινητής Προσθετικής και Οδοντιατρικών Υλικών

⁴ Καθηγητής Κινητής Προσθετικής

Προέλευση:

Εργαστήριο Προσθετικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

των υποστηρικτικών δομών, καθώς και η μεταβολή επί τα χείρω του οικονομικού προφίλ είναι καταστάσεις δύσκολα προβλέψιμες.

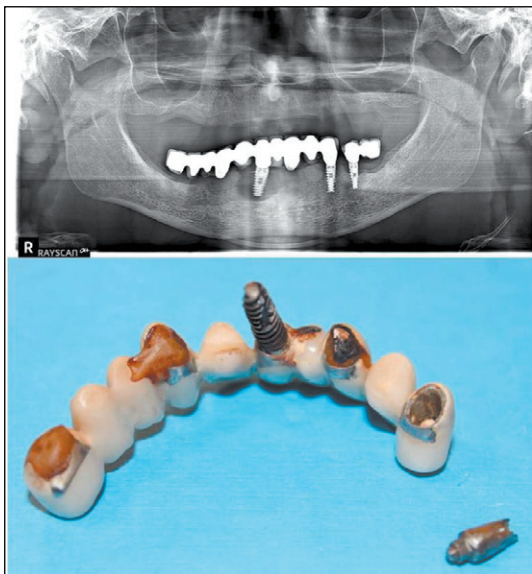
Πάρα ταύτα, η υπό προϋποθέσεις κατασκευή επιεμφυτευματικών αποκαταστάσεων σε γηροδοντιατρικούς ασθενείς φαίνεται να αποτελεί μία προβλέψιμη θεραπευτική επιλογή, με υψηλά ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων⁶⁻⁷. Ωστόσο, θα πρέπει το λειτουργικό και ψυχοκοινωνικό όφελος των αποκαταστάσεων αυτών να υπερτερεί των προαναφερθέντων σχετικών κινδύνων, οι οποίοι συνδέονται με το ιατρικό ιστορικό και την ανάλογη λαμβανόμενη θεραπευτική αγωγή⁷. Η φιλοσοφία στην προσθετική αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών έγκειται στην ανάπτυξη ενός απλού, ρεαλιστικού και ευέλικτου σχεδίου θεραπείας, βασισμένου ως επί το πλείστον στις εκφρασμένες ανάγκες των ασθενών (expressed needs) και όχι τόσο στην αντικειμενική εκτίμηση των επεμβαίνοντων (normative needs)⁸⁻¹⁰.

Ειδικότερα για την αντιμετώπιση ασθενών με ολική νωδότητα της κάτω γνάθου έχει προταθεί (McGill Consensus Statement και York Consensus Statement) ως ελάχιστη θεραπευτική επιλογή η κατασκευή επένθετης ολικής οδοντοστοιχίας επί δύο εμφυτευμάτων τοποθετημένων συμμετρικά στις περιοχές των κυνοδόντων ή των πρώτων προγομφίων^{11,12}. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών, η επένθετη ολική οδοντοστοιχία κάτω γνάθου επί δύο εμφυτευμάτων προσφέρει στους ασθενείς στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη ικανοποίηση και καλύτερη ποιότητα ζωής, συγκρινόμενη με τη συμβατική ολική οδοντοστοιχία^{12,13}.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

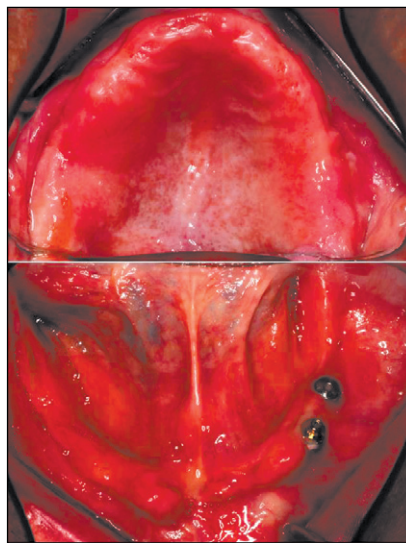
Περιπατητικός ασθενής 72 ετών, αυτοεξυπηρετούμενος και με ήπια ελεγχόμενη παθολογία (ASA II), προσήλθε λόγω κατάρρευσης μιας ακίνητης αποκατάστασης στην κάτω γνάθο.

Κατά την κλινική και ακτινογραφική εξέταση (εικ. 1), δια-



Εικόνα 1: Ορθοπαντομογράφημα του ασθενούς πριν από την κατάρρευση της αποκατάστασης της κάτω γνάθου και η εργασία εκτός στόματος

πιστώθηκε ολική νωδότητα στην άνω γνάθο με καλώς διαμορφωμένη (well rounded) ακρολοφία με επαρκές ύψος και εύρος (τάξη III κατά Cawood και Howell)¹⁴, ενώ στην κάτω γνάθο η ακρολοφία είχε σχήμα κυρίως δίκην άκρου μαχαίρας με επαρκές ύψος και ανεπαρκές εύρος (τάξη IV κατά Cawood και Howell)¹⁴ και παρατηρήθηκε παραμονή δύο εμφυτευμάτων περίπου στις θέσεις του αριστερού κυνόδοντα και αριστερού δεύτερου προγομφίου (εικ. 2). Τα εμφυτεύματα, παρά την περιεμφυτευματική τους προσβολή, διατηρούσαν ακόμα επαρκή στηρικτική ικανότητα. Ο ασθενής στην άνω γνάθο έφερε φθαρμένη ολική οδοντοστοιχία με έντονες αποτριβές στις μασητικές επιφάνειες των ακρυλικών δοντιών και ανεπαρκή συγκράτηση και ευστάθεια. Στην κάτω γνάθο, είχε τοποθετηθεί ακίνητη επιεμφυτευματική αποκατάσταση μεικτής στήριξης (επιεμφυτευματικής και οδοντικής) δέκα οδοντικών μονάδων (#33-47). Επιπροσθέτως, είχε τοποθετηθεί εμφύτευμα περίπου στη θέση του αριστερού δεύτερου προγομφίου επί του οποίου είχε κατασκευαστεί στεφάνη με έναν άπω πρόβολο. Κατά περιγραφή του ασθενούς οι αποκαταστάσεις της κάτω γνάθου κατέρρευσαν εξαιτίας τραυματισμού στο πρόσωπο του προ επταετίας.



Εικόνα 2: Μασητική άποψη της νωδής ακρολοφίας της άνω και της κάτω γνάθου και η παραμονή των δύο εμφυτευμάτων περίπου στις θέσεις των #33 και #35.

Επιπλέον, ο ασθενής προσκόμισε στοιχεία για την ταυτότητα των εμφυτευμάτων, πληροφορία εξαιρετικά σημαντική για την περαιτέρω αξιοποίησή τους.

Αντιμετώπιση

Όσον αφορά στην άνω γνάθο, αποφασίστηκε η κατασκευή νέας ολικής οδοντοστοιχίας, εφόσον υπήρχε δικαιολογημένο αίτημα του ασθενούς αλλά και προσδοκία για σημαντική βελτίωση του αποτελέσματος από τους επεμβαίνοντες. Στην κάτω γνάθο κατασκευαστήθηκε επένθετη επιεμφυτευματική οδοντοστοιχία με αξιοποίηση του εμφυτεύματος στη θέση του κάτω αριστερού κυνόδοντα (#33). Στο συγκεκριμένο εμφύτευμα αναρτήθηκε κυλινδρικό διαβλεννογόνιο στήριγμα τύπου Locator της ίδιας εταιρείας, ενώ το εμφύτευμα στη θέση του κάτω δεύτερου προγομφίου (#35) παρέμεινε «εν υπνώσει», με απόφραξη του εσωτερικού αυλού κοχλίωσης με βίδα κάλυψης (cover screw) προς αποφυγή συσ-

σώρευσης υπολειμμάτων τροφών (εικ. 3). Ως προς το συγκλεισιακό σχήμα (εικ. 4), έγινε απόδοση ισόρροπης σύγκλεισης.



Εικόνα 3: Η νέα ολική οδοντοστοιχία της άνω γνάθου και η επένθετη επί ενός εμφυτεύματος οδοντοστοιχία της κάτω γνάθου με το συγκρατητικό τμήμα του συνδέσμου Locator®, ενσωματωμένο στην ιστική της επιφάνεια



Εικόνα 4: Η στατική σύγκλειση του ασθενούς με τις νέες προσθετικές αποκαταστάσεις *in situ*

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η κατασκευή επένθετης οδοντοστοιχίας με μονόπλευρη εμφυτευματική στήριξη, παρότι όχι ιδανική, στο συγκεκριμένο περιστατικό προσέφερε εξαιρετικές υπηρεσίες συγκρινόμενη πάντα με την εναλλακτική λύση, η οποία θα ήταν μία συμβατική ολική οδοντοστοιχία εδραζόμενη επί εξαιρετικά απορροφημένης ακρολοφίας. Κύρια επιδίωξη στην αντιμετώπιση του περιστατικών αυτού ήταν η ευελιξία και η επιλογή η οποία να συνάδει με το προφίλ και τις ιδιαιτερότητες του ασθενούς.

Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση, οι επένθετες επιεμφυτευματικές ολικές οδοντοστοιχίες επί ενός εμφυτεύματος φαίνεται να αποτελούν μία ελάχιστα επεμβατική θεραπευτική επιλογή με ικανοποιητικό λόγο οφέλους προς κόστος. Οι κινητές αυτές προσθέσεις μπορούν να αποκαταστήσουν τη λειτουργία και την αισθητική με σχετικά υψηλά ποσοστά επιτυχίας και

επιβίωσης τόσο των αποκαταστάσεων, όσο και των εμφυτευμάτων, καθώς και με ελάχιστον επιπλοκές. Οι συμπεριληφθείσες μελέτες ωστόσο, αφορούσαν κυρίως σε εμφυτεύματα τοποθετημένα κεντρικά στην περιοχή της γενεϊακής σύμφυσης¹⁵, ενώ κρίνεται απαραίτητη η διεκπεραίωση περαιτέρω συγκριτικών μελετών με σκοπό την ενίσχυση του επιπέδου τεκμηρίωσης της κλινικής αυτής μεθόδου¹⁶. Παρόμοια ήταν τα ευρήματα μίας άλλης συστηματικής ανασκόπησης και μετανάλυσης, σύμφωνα με τα οποία η επένθετη ολική οδοντοστοιχία της φατνιακής ακρολοφίας ή και σε περιπτώσεις οικονομικών περιορισμών¹⁷. Επιπροσθέτως, τα αποτελέσματα μίας συστηματικής ανασκόπησης σχετικά με τις επένθετες ολικές οδοντοστοιχίες κάτω γνάθου έδειξαν ότι οι οδοντοστοιχίες επί ενός εμφυτεύματος εμφάνιζαν καλύτερη ικανοποίηση και ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία συγκριτικά με τις συμβατικές οδοντοστοιχίες. Οι επένθετες οδοντοστοιχίες επί ενός και δύο εμφυτευμάτων παρουσίαζαν παρόμοια επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών, ωστόσο οι οδοντοστοιχίες επί των δύο εμφυτευμάτων σχετιζόνταν με καλύτερη μασητική επίδοση¹⁸.

Η προσεκτική αξιολόγηση όλων των πληροφοριών από το ιστορικό και την κλινική εξέταση και προσπάθεια προβολής τους στο μέλλον (προοπτική επιβάρυνσης, οικονομική κατάσταση, ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, κ.ά.) είναι ιδιαίτερα σημαντική, όπως και η διατήρηση στοιχείων και ενημέρωση των ασθενών για την ταυτότητα των εμφυτευμάτων και των προσθετικών εξαρτημάτων τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί. Η αρχική συγκράτηση και η προσθετική συντήρηση όσον αφορά στη φθορά και την απώλεια της συγκρατητικής ικανότητας αποτελούν σημαντικές παραμέτρους για την τελική επιλογή του είδους του συνδέσμου. Στη συγκεκριμένη περίπτωση επιλέχθηκε κυλινδρικός σύνδεσμος τύπου Locator, ο οποίος αποτελεί πλέον τον συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο σύνδεσμο προσφέροντας πολλά πλεονεκτήματα, όπως αυξημένη συγκρατητική ικανότητα και απαίτηση ελάχιστου ύψους¹⁹.

Τέλος, η διαμόρφωση και τήρηση ενός προγράμματος επανεξέτασης ακόμα και με κατ'οίκον επισκέψεις, εφόσον αυτό επιβάλλεται, κρίνεται αναγκαία⁸.

SUMMARY

From the permanent restoration to the implant retained overdenture for a geriatric patient. A case report

Eleni Liakopoulou, Kalliopi Konstantopoulou, Aristeidis Villias, Hercules Karkazis

hellenic hospital dentistry - special care dentistry 15(2): 41-44, 2022

This article presents the prosthetic rehabilitation of an

ambulatory geriatric patient with mild pathology. His chief complaint was the collapsed fixed mandibular restoration, due to an accident which happened seven years ago. Clinical examination revealed a worn upper complete denture and two remaining mandibular implants at the left canine and premolar positions. The patient was informed about the treatment plan and data related to his previous situation were collected (previous x-rays and implant type identification). A new complete denture and an implant-supported overdenture were fabricated for the upper and lower jaws respectively. From the remaining two mandibular implants, the implant at the canine region was activated through a locator attachment, while the implant at the second premolar region remained inactive.

Key words: Gerodontology, Implants, Overdentures

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sailer I, Mühlemann S, Zwahlen M, Hämmerle CH, Schneider D. Cemented and screw-retained implant reconstructions: a systematic review of the survival and complication rates. *Clin Oral Implants Res.* 2012; 23, Suppl 6: 163-201.
2. Wittneben JG, Millen C, Brägger U. Clinical performance of screw - versus cement-retained fixed implant-supported reconstructions - a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2014; 29, Suppl: 84-98.
3. Tsigarida A, Chochlidakis K. A Comparison Between Fixed and Removable Mandibular Implant-Supported Full-Arch Prostheses: An Overview of Systematic Reviews. *Int J Prosthodont* 2021; 34: 85-92.
4. Moraschini V, Poubel LA, Ferreira VF, Barboza Edos S. Evaluation of survival and success rates of dental implants reported in longitudinal studies with a follow-up period of at least 10 years: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2015; 44(3): 377-388.
5. Karoussis IK, Salvi GE, Heitz-Mayfield LJ, Brägger U, Hämmerle CH, Lang NP. Long-term implant prognosis in patients with and without a history of chronic periodontitis: a 10-year prospective cohort study of the ITI Dental Implant System. *Clin Oral Implants Res* 2003; 14(3): 329-339.
6. Καρκαζής Η. Ολικές Οδοντοστοιχίες. Εναλλακτικές τεχνικές. Αθήνα. Μπινισέλ. 2000: 12.
7. Schimmel M, Srinivasan M, McKenna G, Müller F. Effect of advanced age and/or systemic medical conditions on dental implant survival: A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res* 2018; 29, Suppl 16: 311-330.
8. Κοσιώνη ΑΕ. Γηροδοντιατρική. 1η έκδοση. Αθήνα, 2018. <http://www.gerodontology.gr/gerodontology.php>, όπως αυτό εμφανίζεται την 20/04/2022.
9. Kossioni AE. Is Europe prepared to meet the oral health needs of older people?. *Gerodontology* 2012; 29(2): 1230-1240.
10. Βύλλιας Α, Κωνσταντοπούλου Κ, Καρκαζής Η. Επένθετη επιεμφυτευματική οδοντοστοιχία επί ενός εμφυτεύματος σε γηροδοντιατρικό ασθενή. *Ελλ Νοσ Οδοντ* 2021; 14: 53-57.
11. Feine JS, Carlsson GE, Awad MA, et al. The McGill consensus statement on overdentures. Mandibular two-implant overdentures as first choice standard of care for edentulous patients. *Gerodontology* 2002; 19(1): 3-4.
12. Thomason JM, Feine J, Exley C, et al. Mandibular two implant-supported overdentures as the first choice standard of care for edentulous patients - the York Consensus Statement. *Br Dent J* 2009; 207(4): 185-186.
13. Thomason JM, Kelly SA, Bendkowski A, Ellis JS. Two implant retained overdentures - a review of the literature supporting the McGill and York consensus statements. *J Dent* 2012; 40(1): 22-34.
14. Cawood JI, Howell RA. A classification of the edentulous jaws. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988; 17(4): 232-236.
15. Padmanabhan H, Kumar SM, Kumar VA. Single Implant Retained Overdenture Treatment Protocol: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Prosthodont* 2020; 29(4): 287-297.
16. Nogueira TE, Dias DR, Leles CR. Mandibular complete denture versus single-implant overdenture: a systematic review of patient-reported outcomes. *J Oral Rehabil* 2017; 44(12): 1004-1016.
17. de Souza Batista VE, Vechiato-Filho AJ, Santiago JF Jr, et al. Clinical viability of single implant-retained mandibular overdentures: a systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2018; 47(9): 1166-1177.
18. Fu L, Liu G, Wu X, Zhu Z, Sun H, Xia H. Patient-reported outcome measures of edentulous patients restored with single-implant mandibular overdentures: A systematic review. *J Oral Rehabil* 2021; 48(1): 81-94.
19. Wakam R, Benoit A, Mawussi KB, Gorin C. Evaluation of Retention, Wear, and Maintenance of Attachment Systems for Single- or Two-Implant-Retained Mandibular Overdentures: A Systematic Review. *Materials (Basel)* 2022; 15(5): 1933.

Διεύθυνση για επικοινωνία:
Καλλιόπη Κωνσταντοπούλου,
Εργαστήριο Προσθητικής
Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Θηβών 2, Γουδί - Τ.Κ. 11527
Τηλ.: 6946725803
E-mail: kakonsta@dent.uoa.gr

Συντονισμός και υποκίνηση ατόμων και ομάδων εργασίας στο χώρο της υγείας

Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος*

Ο χώρος της υγείας αποτελεί έναν από τους δυσκολότερους εργασιακούς χώρους λόγω της σχέσης του με τον ανθρώπινο πόνο. Οι σύγχρονες μονάδες υγείας καλούνται να βελτιώσουν το συνολικό πλαίσιο μέσα στο οποίο επιχειρούν με σκοπό να γίνουν περισσότερο ανταγωνιστικές και να βελτιώσουν το σύνολο των διαδικασιών, λειτουργιών και υπηρεσιών τους. Βασικό μέλημα της διοίκησης των μονάδων υγείας οφείλει να είναι η υποκίνηση τόσο των ατόμων όσο και των ομάδων εργασίας. Τα κίνητρα εργασίας επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου μέσα στο εργασιακό του πλαίσιο και σχετίζονται άμεσα με την έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης. Είναι θεμελιώδους σημασίας για τη λειτουργία του οργανισμού η δημιουργία κινήτρων στους εργαζόμενους. Προς το σκοπό αυτό θα πρέπει να ενεργοποιούνται και άλλοι μηχανισμοί που σχετίζονται με την αξιολόγηση του προσωπικού, τη μετάδοση της οργανωτικής κουλτούρας, την ανάπτυξη ικανότητας διαχείρισης αλλαγών αλλά και την πρόληψη ή αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική - οδοντιατρική ειδικής φροντίδας 15(2): 45-51, 2022

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο χώρος της υγείας αποτελεί έναν από τους δυσκολότερους εργασιακούς χώρους, λόγω της σχέσης του με τον ανθρώπινο πόνο. Δεδομένου ότι οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας λειτουργούν σε ένα μεταβαλλόμενο πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό και τεχνολογικό περιβάλλον, η ικανότητα αποτελεσματικού management αποτε-

λεί απαραίτητο εργαλείο για την επιτυχή λειτουργία και ανάπτυξή τους. Οι σύγχρονες μονάδες υγείας καλούνται να βελτιώσουν το συνολικό πλαίσιο μέσα στο οποίο επιχειρούν, με σκοπό να γίνουν περισσότερο ανταγωνιστικές και να βελτιώσουν το σύνολο των διαδικασιών, λειτουργιών και υπηρεσιών τους. Σε ό,τι αφορά το Δημόσιο Νοσοκομείο, η όποια προσπάθεια βελτίωσης δεν αποσκοπεί, βεβαίως, στη μεγιστοποίηση των κερδών, καθώς δεν είναι κερδοσκοπικός οργανισμός. Δεν έχει τον παραδοσιακό σκοπό των επιχειρήσεων, δηλαδή εκείνου της μεγιστοποίησης των κερδών, αλλά ένα πολύ πιο σύνθετο προορισμό, ο οποίος χαρακτηρίζεται από την επίτευξη πολλαπλών στόχων, ταυτόχρονα, και συμβιβασμού διάφορων πιέσεων συχνά αντικρουόμενων. Οι στόχοι αυτοί αφορούν τη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας σε συνάρτηση με την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων και την ικανοποίηση των προσδοκιών των ασθενών. Για την εξυπηρέτηση αυτού του σκοπού, βασικό μέλημα της διοίκησης των μονάδων υγείας οφείλει να είναι η υποκίνηση τόσο των ατόμων όσο και των ομάδων εργασίας.

Λέξεις κλειδιά: Συντονισμός, υποκίνηση ατόμων και ομάδων εργασίας, εργαζόμενοι υγείας

*Οδοντίατρος Διευθυντής Ε.Σ.Υ, Γενικός Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας (ΕΕΝΟ-ΟΕΦ)

Προέλευση: Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας (ΕΕΝΟ-ΟΕΦ)

Ομάδες εργασίας

Ποιο είναι το ιδανικό μέγεθος μιας ομάδας εργασίας; Παρότι σε μια μεγάλη ομάδα υπάρχει ποικιλία δεξιοτήτων, γνώσεων και εμπειριών, πολλές φορές το μέγεθος της την κάνει δυσλειτουργική. Από την άλλη πλευρά, οι μικρές και ευέλικτες ομάδες θεωρούνται πιο λειτουργικές και πιο αποτελεσματικές. Τι ισχύει τελικά;

Στον σύγχρονο κόσμο της επιστήμης, της τεχνολογίας και της επιχειρηματικότητας είναι αρκετά συνηθισμένο να δημιουργούνται μεγάλες ομάδες για να επιλύσουν ένα πρόβλημα. Τα κράτη και οι ερευνητικοί οργανισμοί τείνουν να στηρίζουν και να χρηματοδοτούν συστηματικά τις μεγάλες ομάδες εργασίας. Ωστόσο, αμφισβητείται από πολλούς η λειτουργικότητα και η αποτελεσματικότητα αυτών των μεγάλων σχημάτων. Μολονότι οι μεγάλες ομάδες συμβάλλουν στην επιστημονική και τεχνική πρόοδο, απαιτούνται όμως πολύ μεγαλύτερες ηγετικές ικανότητες, ώστε αυτές να καθίστανται αποτελεσματικές. Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, η άριστη συμμετοχή επιτυγχάνεται σε μια ομάδα των πέντε ως επτά ατόμων¹. Για παράδειγμα, η ομάδα που θα εργαστεί για την έρευνα σε ένα εργαστήριο θα ήταν αποδοτικότερη αν ήταν μικρή γιατί θα μπορούσε να εργαστεί γρηγορότερα και μεθοδικότερα χωρίς να χάνει χρόνο σε διαδικαστικές λεπτομέρειες που απαιτούνται σε μεγαλύτερες ομάδες. Η αλήθεια είναι ότι οι μεγαλύτερες ομάδες, συνήθως, αναπτύσσουν και εδραιώνουν τις υπάρχουσες γνώσεις και τεχνικές. Αντιθέτως, πιο καινοτόμα αποτελέσματα παράγουν οι μικρότερες ομάδες. Αυτές είναι πολύ πιθανότερο να εισάγουν νέες ιδέες στην επιστήμη, να κάνουν προόδους, να αναπτύξουν καινοτομίες και νέες εφαρμογές στην τεχνολογία. Οι μεγάλες ομάδες είναι, συνήθως, πιο συντηρητικές και το έργο που παράγουν είναι χαμηλού κινδύνου. Οι μικρές ομάδες εργασίας συγκεντρώνουν τα παρακάτω πλεονεκτήματα έναντι των μεγάλων:

- Είναι πιο ευέλικτες και μπορούν να προσαρμόζονται ευκολότερα στις διαρκώς μεταβαλλόμενες συνθήκες του σήμερα.
- Υπάρχει καλύτερης ποιότητας επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη τους.
- Στηρίζονται σε μια βάση αξιών και στόχων που μπορεί ευκολότερα και γρηγορότερα να συμφωνηθεί και να ορισθεί.
- Η ηγεσία μιας μικρής ομάδας μπορεί να είναι είτε συλλογική (και άρα πιο αντιπροσωπευτική) είτε να ασκείται από ένα μέλος της χωρίς όμως αυτή να είναι απρόσωπη και απόμακρη. Επομένως, τα μηνύματα της ηγεσίας προς τα μέλη της ομάδας είναι πολύ πιο άμεσα και κατανοητά.

Οι μικρές ομάδες είναι πιο αποδοτικές και γρήγορες στις αντιδράσεις και στα επιτεύγματά τους. Τα παραπάνω δεν έχουν σκοπό να απαξιώσουν το έργο των μεγάλων ομάδων. Υπάρχουν έργα που απαιτούν, από τη φύση τους, συνεργασία πολλών διαφορετικών ειδικοτήτων και για μεγάλο χρονικό διάστημα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι οι επιτροπές που επέβλεπαν την εξέλιξη της πανδημίας Covid-19. Εκεί έπρεπε να συνεργαστούν επί μακρόν ιατροί (παθολόγοι, πνευμονολόγοι, εντατικο-λόγοι κλπ.), επιδημιολόγοι, μηχανικοί της ατμόσφαιρας, χημικοί, γενετιστές, νομικοί και πολλοί ακόμα ειδικοί επιστήμονες. Άλλο χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ομάδα εργασίας για την κατασκευή μιας μεγάλης γέ-

φυρας, όπου πρέπει να συνεργαστούν μηχανικοί, περιβαλλοντολόγοι, οικονομολόγοι, νομικοί κλπ. προκειμένου να αποπερατωθεί το έργο. Στην πραγματικότητα, δεν υπάρχει ένα άριστο μέγεθος. Λειτουργικές μπορεί να είναι και οι αρκετά μεγάλες ομάδες, ανάλογα με τη φύση και τις ιδιαίτερες συνθήκες του έργου που αναλαμβάνουν. Ωστόσο, είναι αρκετά διαδεδομένη και η δράση αυτόνομων ομάδων εργασίας μέσα σε μεγάλους οργανισμούς. Η δομή των αυτόνομων ομάδων χαρακτηρίζεται από τα εξής στοιχεία:

- Οι συμμετέχοντες αποφασίζουν οι ίδιοι ποιος θα συμμετέχει και ποιος όχι στην ομάδα. Με αυτόν τον τρόπο, η συνοχή της ομάδας είναι μεγάλη και τα μέλη της είναι αφοσιωμένα το ένα στο άλλο.
- Η λήψη των αποφάσεων γίνεται από τα μέλη της ομάδας ως σύνολο. Δεν απαιτείται καθοδήγηση και τα μέλη είναι υπεύθυνα για την τελική εργασία.
- Τα μέλη της ομάδας καθορίζουν το ωράριο εργασίας τους και προγραμματίζουν τις εργασίες τους.
- Τα προβλήματα αντιμετωπίζονται από κοινού από τα μέλη της ομάδας με την ίδια υπευθυνότητα και σοβαρότητα.
- Τα μέλη είναι υπεύθυνα για την ποιότητα της εργασίας τους.
- Ανατρέπεται η παραδοσιακή αντίληψη δομής της ομάδας και ξεφεύγει από τα συνηθισμένα πρότυπα διοίκησης και λειτουργίας.
- Κύριο πλεονέκτημά τους είναι η παράκαμψη της γραφειοκρατίας και η διοικητική και επιχειρησιακή της ευελιξία.

Τα παραπάνω συμβάλλουν στη βελτίωση της ηθικής των υπαλλήλων, στην ανάπτυξη επαγγελματικού ζήλου και, εν τέλει, στην αύξηση της παραγωγικότητας που αποτελεί και το ζητούμενο του οργανισμού. Χωρίς απαραίτητα να αποθαρρύνεται η ανάπτυξη τέτοιων ομάδων, θα πρέπει να υπογραμμισθεί ότι υπάρχει πάντα ο κίνδυνος της πλήρους ανεξαρτητοποίησης τους από το σώμα του οργανισμού με σκοπό την αυτονομήσή τους.

Υποκίνηση ατόμων και ομάδων εργασίας

Η υποκίνηση τόσο των ατόμων (ως μονάδες), όσο και της ομάδας (ως σύνολο) είναι αναγκαία και αποτελεί ένα από τα βασικότερα καθήκοντα της διοίκησης. Τα κίνητρα εργασίας επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου μέσα στο εργασιακό του πλαίσιο και σχετίζονται άμεσα με την έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης². Η ικανοποίηση ταυτίζεται με την εκπλήρωση των επιθυμιών που είναι αποτέλεσμα των κινήτρων. Επομένως, είναι θεμελιώδους σημασίας για τη λειτουργία του οργανισμού η δημιουργία κινήτρων στους εργαζόμενους. Τα μέσα που θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει ένα διοικητικό στέλεχος, με βάση τη θεωρία του Herzberg³⁻⁶, προκειμένου να δημιουργήσει κίνητρα στους εργαζόμενους είναι τα εξής:

- Καλές συνθήκες εργασίας που αφορούν τη συμπεριφορά, τον επαγγελματισμό, την τήρηση της νομιμότητας, την ασφάλεια και την υγιεινή της εργασίας.
- Τήρηση του συμφωνηθέντος ωραρίου εργασίας.
- Μετάδοση αισθήματος εργασιακής ασφάλειας, ώστε ο εργαζόμενος να μπορεί απερίσπαστος να επιδοθεί στα καθήκοντά του.
- Δίκαιη αμοιβή που να ανταποκρίνεται στην απόδοση του εργαζόμενου αλλά και στις συνθήκες της αγοράς.

- Εκχώρηση αρμοδιοτήτων και αυτονομίας και ενθάρρυνση των ατομικών πρωτοβουλιών.
- Συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων.
- Αποσαφήνιση των ρόλων, ώστε να γνωρίζει κάθε εργαζόμενος τι αναμένεται από αυτόν να εκτελεί και να εφαρμόζει.
- Καθορισμένος και θεσμοθετημένος τρόπος επίβλεψης και εποπτείας.
- Θέσπιση στόχων με σαφήνεια και ορισμός ανταμοιβής για την επίτευξη των στόχων αυτών.
- Υπευθυνότητα και επαγγελματισμός στη διοίκηση.
- Ενδιαφέρον περιεχόμενο της εργασίας στα μέτρα του εφικτού. Εμπλουτισμός της εργασίας έτσι ώστε να μην είναι κοπιώδης και ανιαρή αλλά ενδιαφέρουσα για τον εργαζόμενο. Μείωση, κατά το δυνατό, της εργασιακής ρουτίνας και ανάπτυξη ποικιλίας δραστηριοτήτων.
- Ανάπτυξη συλλογικού πνεύματος και οράματος του οργανισμού. Αύξηση τη ομοψυχίας και της συνοχής της ομάδας.
- Ανάπτυξη του κύρους και του προφίλ του οργανισμού. Ο εργαζόμενος πρέπει να βιώνει την εργασία του σαν κάτι που έχει νόημα και αξία.
- Αναγνώριση της προσπάθειας των εργαζομένων και παρακίνηση αυτών. Θετική ενίσχυση του εργαζομένου για τα επιτεύγματα του στην εργασία, με αναγνώρισεις, επαίνους και άλλες ανταμοιβές μη χρηματικού περιεχομένου.
- Προσπάθεια ανάπτυξης και καλλιέργειας υγιών διαπροσωπικών σχέσεων ανάμεσα στα στελέχη του οργανισμού. Ενθάρρυνση κάθε μορφής διαπροσωπικής επικοινωνίας ανάμεσα στους συναδέλφους, συνεργάτες και προϊσταμένους.
- Δυνατότητα προσωπικής ανάπτυξης, εξέλιξης και εκπαίδευσης του προσωπικού. Ευκαιρίες προόδου.
- Σεβασμός στην προσωπική ζωή των εργαζομένων. Προβολή ενός ανθρώπινου προσώπου του εργοδότη.
- Προσωπική ευθύνη του εργαζομένου για τα αποτελέσματα της εργασίας του.
- Τακτική επανατροφοδότηση (Feedback), ώστε ο εργαζόμενος να γνωρίζει πόσο αποτελεσματικά επιτελεί τα καθήκοντά του.
- Καθοδήγηση από εμπειρότερα στελέχη.
- Καλό εργασιακό κλίμα που βασίζεται σε σύστημα αξιών.

Η έννοια του κινήτρου και η θέση ευθύνης

Σύμφωνα με την άποψη του McClelland⁷ «τα άτομα που έχουν έντονες τις ανάγκες επιτευγμάτων και εξουσίας πρέπει να τοποθετούνται σε ανάλογες θέσεις διευθυντικές ή ευθύνης όπου μπορούν να αποδίδουν σημαντικά γιατί οι ίδιες οι εσωτερικές τους ανάγκες τους υποκινούν». Είναι αναμφίβολα θετικό για την καλή λειτουργία ενός οργανισμού η στελέχωσή του με άτομα που διακατέχονται από την ανάγκη επιτευγμάτων. Τα άτομα αυτά, είναι ακατάλληλα για εργασίες ρουτίνας και εργασίες που εποπτεύονται στενά. Είναι, όμως, απαραίτητα στις εργασίες που απαιτούν δημιουργικότητα και φαντασία. Την ικανοποίηση και το συναίσθημα ολοκλήρωσης το οποίο θα αισθανθούν τα άτομα αυτά, όταν πετύχουν τους στόχους τους, δεν είναι δυνατόν να τους προσφέρει καμία χρηματική ανταμοιβή. Υπό αυτήν την έννοια, θα μπορούσαν να τοποθετούνται σε ανάλογες

θέσεις διευθυντικές ή ευθύνης όπου μπορούν να αποδίδουν σημαντικά γιατί «οι ίδιες οι εσωτερικές τους ανάγκες τους υποκινούν». Ο McClelland ισχυρίζεται ότι εκτός από το κίνητρο της επίτευξης του στόχου και γενικότερα της επιτυχίας, το άτομο παρακινείται και από κίνητρα εξουσίας⁷. Το κίνητρο ισχύος είναι η επιθυμία του ατόμου να επηρεάζει και να ελέγχει τους άλλους καθώς επίσης και το κοινωνικό του περιβάλλον. Το χαρακτηριστικό αυτό δεν αποτελεί, ωστόσο, πάντοτε ένα προσόν για την κατάληψη θέσης ευθύνης. Μπορεί να λειτουργήσει θετικά διότι θα δώσει κάποιες φορές ίσως τη δυνατότητα να ξεπεραστούν οργανωτικά προβλήματα. Από την άλλη, όμως, πλευρά, θα μπορούσε να λειτουργήσει αρνητικά με την μορφή της άσκησης πίεσης στους υφισταμένους, κατάχρησης εξουσίας, χρήσης αυταρχικών μεθόδων διοίκησης και απαξίωσης προς τη νομιμότητα. Παράδειγμα: Ένας ιατρός με όλα τα απαιτούμενα τυπικά προσόντα που έχει έντονες τις ανάγκες επιτευγμάτων και εξουσίας τοποθετείται ως Συντονιστής Διευθυντής κλινικής ενός Νοσοκομείου. Θα περίμενε κανείς να δει γρήγορα την επίτευξη νέων φιλόδοξων στόχων, λόγω της προσωπικότητάς του. Ενδεχομένως, όμως, αυτό να μην πραγματοποιηθεί για τους παρακάτω λόγους:

- Θα πρέπει οι προσωπικοί στόχοι του νέου Συντονιστή Διευθυντή να ταυτίζονται με τους συλλογικούς στόχους της κλινικής.
- Δεν αρκεί μόνο «η ανάγκη επιτευγμάτων και εξουσίας», αλλά και πλήθος άλλων προσόντων για τη σωστή διοίκηση, όπως η γνώση του αντικειμένου, η επικοινωνιακή ικανότητα, η τιμιότητα, ο επαγγελματισμός, η ευσυνειδησία, οι ηγετικές ικανότητες. Τέλος, ο ηγέτης πρέπει να μπορεί να εμπνέει τους υφισταμένους του και να δίνει το καλό παράδειγμα εργασίας και συμπεριφοράς. Χωρίς αυτά, «η ανάγκη επιτευγμάτων και εξουσίας» δείχνουν κενές.
- Συχνά τα φιλόδοξα άτομα ακολουθούν προσωπική στρατηγική και αδιαφορούν για το «κοινό καλό της ομάδας» ακόμα και εάν προΐστανται αυτής.
- Δε θα μπορέσει κανένας ευγενής συλλογικός στόχος να πραγματοποιηθεί εάν δεν υπάρξει συνεργατικό κλίμα και πνεύμα σύμπνοιας από το πρώτο έως το τελευταίο μέλος της ομάδας.
- Φαίνεται ότι οι εποχές των «σωτήρων» έχουν περάσει γιατί ακόμα και οι «χαρισματικοί» ηγέτες δεν μπορούν να υποκαταστήσουν την ομαδική εργασία, το συλλογικό πνεύμα, τη συναδελφική αλληλεγγύη και το κοινό όραμα.

Αξιολόγηση

Η διαχείριση / αξιολόγηση της απόδοσης εξακολουθεί να συνιστά μια από τις πιο πολυσυζητημένες και αμφισβητούμενες γνωστικές περιοχές της διοίκησης προσωπικού. Οι Armstrong και Baron (2005)⁸ την χαρακτηρίζουν ως μια συνεχή διαδικασία ενίσχυσης της ικανότητας μιας επιχείρησης να αξιοποιεί στο μέγιστο βαθμό το προσωπικό της. Σε κάθε μέθοδο αξιολόγησης και διαχείρισης απόδοσης είναι αναπόφευκτο να αξιολογούνται οι στάσεις και συμπεριφορές των εργαζομένων. Αυτό, θα μπορούσε για κάποιους να είναι μεμπτό με την έννοια ότι γίνεται προσπάθεια άσκησης ελέγχου στους εργαζομένους και επιβολής μια κυρίαρχης κουλτούρας χρησιμοποιώντας ως όχημα το στόχο της αύξησης της απόδοσης. Υπάρχουν ασφαλώς παραδείγματα που δι-

καιολογούν τους ενδεχόμενους φόβους κάποιων εργαζομένων. Αυτό, ωστόσο, δεν μπορεί να αποτελέσει τον κανόνα. Θα πρέπει να τεθεί σε σωστές βάσεις η εφαρμογή μιας μεθόδου αξιολόγησης και διαχείρισης της απόδοσης^{9,10}. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί όταν εφαρμόζονται κάποιες βασικές προϋποθέσεις:

- Ειλικρινείς προθέσεις της διοίκησης.
 - Επαρκής ενημέρωση των εργαζομένων σχετικά με τον τρόπο εφαρμογής και τα χαρακτηριστικά της επιχειρούμενης μεθόδου. Η ενημέρωση θα αφορά τη διαμόρφωση στόχων και αρχών αξιολόγησης, τον προσδιορισμό των επιδόσεων που θα αξιολογούνται, τον προσδιορισμό των κριτηρίων αξιολόγησης και το σχεδιασμό των αρμοδιοτήτων της αξιολόγησης.
 - Να προηγείται διεξοδικός διάλογος με τους εργαζομένους, ώστε να εξασφαλισθεί η συναίνεσή τους.
 - Ύπαρξη κουλτούρας που να ευνοεί, αποδέχεται και υποστηρίζει τη λογική της αξιολόγησης της απόδοσης.
 - Πίστη ότι η αξιολόγηση είναι απαραίτητη.
 - Ύπαρξη εργασιακής δικαιοσύνης και αποδοχή της αντικειμενικότητας της αξιολόγησης.
 - Ύπαρξη θετικού εργασιακού κλίματος.
- Όταν τηρούνται με συνέπεια τα παραπάνω, τότε και η αξιολόγηση θα υπηρετεί το στόχο της που είναι η παρακίνηση και προώθηση της ανάπτυξης των εργαζομένων, η βελτίωση της απόδοσης και η διαμόρφωση κλίματος εργασιακής ασφάλειας και δικαιοσύνης, χωρίς να κινδυνεύει η προστασία των δικαιωμάτων και της αυτονομίας των εργαζομένων. Θα πρέπει βέβαια τα κριτήρια αξιολόγησης της απόδοσης να επιλέγονται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε:
- Να είναι ευρέως αποδεκτά.
 - Να διατυπώνεται η δράση, το όραμα, οι στόχοι και η αποστολή της επιχείρησης.
 - Να συνδέονται οι ατομικοί στόχοι του κάθε στελέχους με τους ευρύτερους της επιχείρησης.
 - Να περιλαμβάνεται σειρά τακτικών και επίσημων εκθέσεων αξιολόγησης της προόδου επίτευξης των στόχων.
 - Να προσδιορίζονται οι ανάγκες κατάρτισης και ανάπτυξης του προσωπικού και να καθορίζεται ο τρόπος αποζημίωσης των εργαζομένων.

Οι στόχοι που πρέπει να επιτευχθούν μέσα από την εφαρμογή ενός συστήματος διαχείρισης της απόδοσης είναι:

- η βελτίωση των ατομικών και οργανωτικών επιδόσεων καθώς και των καναλιών επικοινωνίας,
- η άσκηση πιο αποτελεσματικών πολιτικών παρακίνησης του προσωπικού,
- η διάνοξη αναγκών εκπαίδευσης και κατάρτισης,
- η διευκόλυνση αποφάσεων για προαγωγές-μεταθέσεις και αλλαγής της υπηρεσιακής κατάστασης ορισμένων υπαλλήλων,
- η παροχή χρήσιμων πληροφοριών για τη διαδικασία προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού,
- η διαμόρφωση και ο καθορισμός συγκεκριμένων στόχων και στρατηγικής,
- η εδραίωση αποτελεσματικών εργασιακών σχέσεων,
- η υποβοήθηση στην επίλυση διαφορών.

Οργανωτική κουλτούρα

Η οργανωτική κουλτούρα στην ουσία, αφορά στο πώς γίνονται τα πράγματα σε μια επιχείρηση και μεταφράζε-

ται σε συμπεριφορές, κοινωνικούς κανόνες, πρακτικές και αξίες που οι εργαζόμενοι και οι διευθυντές μιας επιχείρησης αναμένεται να ακολουθήσουν. Οργανωτική κουλτούρα είναι ο τυποποιημένος τρόπος σκέψης, αίσθησης και αντίδρασης που υφίσταται σ' έναν οργανισμό ή στα τμήματά του. Μια επιχείρηση περνά διάφορα στάδια εξέλιξης, από τη στιγμή που δημιουργείται, μέχρι τη στιγμή που φθάνει στην ωριμότητά της ή διαλύεται. Ξεκινώντας λοιπόν από το στάδιο της γέννησης και ανάπτυξης, στη συνέχεια διάγει το μέσο βίο της και τελικά το στάδιο της ωριμότητάς της. Σε κάθε στάδιο, η κουλτούρα επιτελεί διαφορετικές λειτουργίες και υπάρχουν διαφορετικοί μηχανισμοί που μπορούν να ενεργοποιηθούν για την αλλαγή της. Σημαντικό εργαλείο προς την επίτευξη των παραπάνω είναι η μετάδοση της οργανωτικής κουλτούρας του οργανισμού¹¹. Ο εκάστοτε διευθυντής μεταδίδει με άμεσο τρόπο το πνεύμα και την κουλτούρα του οργανισμού στους υφισταμένους χρησιμοποιώντας διάφορα μέσα:

- Αυτά στα οποία στρέφει την προσοχή του και τα οποία προσπαθεί να ελέγξει. Δηλαδή, όλα όσα προσέχει και σχολιάζει μέχρι αυτά που μετρά, ελέγχει, αμείβει ή γεινικά αυτά με τα οποία συστηματικά ασχολείται. Βέβαια, με ανάλογο τρόπο λειτουργούν και αυτά στα οποία δεν δίνει καμιά προσοχή, δηλαδή συμπεριφορές που δεν αξιολογεί και δεν αποθαρρύνει ή δεν ενθαρρύνει.
- Τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά στα διάφορα κρίσιμα συμβάντα και στις κρίσεις που εμφανίζονται μέσα στον οργανισμό. Η συμπεριφορά και ο τρόπος με τον οποίο ο διευθυντής χειρίζεται καταστάσεις κρίσης, επηρεάζει το αν και κατά πόσο οι υφιστάμενοί του θα υιοθετήσουν τις αξίες και βασικές παραδοχές της οργανωτικής κουλτούρας, της οποίας είναι ο ίδιος φορέας και πρότυπο. Η διοίκηση μπορεί πιο εύκολα να μεταδώσει την κουλτούρα της εταιρείας στους εργαζομένους της όταν αυτοί φορτίζονται συναισθηματικά κατά τη διάρκεια μιας κρίσης. Κι αυτό συμβαίνει γιατί τότε η μάθηση είναι πιο αποτελεσματική.
- Τα πρότυπα που σκόπιμα προβάλλει. Η ορατή συμπεριφορά του διευθυντή φαίνεται ότι έχει μεγάλη αξία για τη μετάδοση των αξιών τους και στους άλλους εργαζομένους, ιδίως δε στους καινούριους.
- Τα κριτήρια με τα οποία γίνεται η κατανομή των αμοιβών μέσα στην επιχείρηση. Οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο μαθαίνουν μέσα από τις δικές τους εμπειρίες, όσον αφορά τις προαγωγές, τις αξιολογήσεις της επίδοσης και τις συζητήσεις με τους προϊσταμένους τους, ποια είναι αυτά τα οποία η διοίκηση αξιολογεί θετικά και ποια είναι αυτά που τιμωρεί. Τα μηνύματα αυτά δίνονται τόσο μέσα από τη φύση της συμπεριφοράς που ανταμείβεται και τιμωρείται, όσο και από τη φύση αυτών των ιδίων των αμοιβών και των ποινών. Ο διευθυντής μπορεί πολύ εύκολα να κάνει γνωστές τις δικές του προτεραιότητες, αξίες και παραδοχές με το να συνδέει συστηματικά τη συμπεριφορά που τον ενδιαφέρει με αμοιβές και ποινές.
- Τα κριτήρια που χρησιμοποιεί για τις προσλήψεις, τη στελέχωση, τις προαγωγές και τις απολύσεις. Ένας από τους πιο αφανείς, αλλά ταυτόχρονα και πιο ισχυρούς τρόπους με τους οποίους εγκαθιδρύεται και συνεχίζεται μια κουλτούρα είναι μέσα από την αρχική επιλογή νέων μελών. Μια οργανωτική κουλτούρα αυτο-

συντηρείται μέσα από την πρόσληψη ανθρώπων που ταιριάζουν με αυτή και μπορεί να αλλάξει, αν κάποιος αρχίζει να προσελκύει και να επιλέγει νέα μέλη, σύμφωνα με κριτήρια που ταιριάζουν με νέες βασικές παραδοχές της διοίκησης.

Η διαμόρφωση και μετάδοση της οργανωτικής κουλτούρας από τον διευθυντή προς τους υφισταμένους, γίνεται πολλές φορές και με έμμεσο τρόπο:

- Η μορφή και η δομή του οργανισμού: Ο αρχικός σχεδιασμός και οι περιοδικές αναδιοργανώσεις που υφίστανται οι λειτουργίες του οργανισμού δίνουν άφθονες ευκαιρίες στη διοίκηση να καθιερώσει τις δικές της πεποιθήσεις σχετικά με το έργο, τα μέσα επίτευξής του, τη φύση των ανθρώπων και το ποιες είναι οι σωστές σχέσεις που πρέπει να υπάρχουν μεταξύ τους.
- Τα συστήματα και οι διαδικασίες: Η προέλευση των διαδικασιών αυτών, τις πιο πολλές φορές, δεν είναι γνωστή στους υπαλλήλους και μερικές φορές ούτε στα ανώτερα διευθυντικά στελέχη, αλλά η ύπαρξή τους δίνει δομή, προβλεψιμότητα και ενότητα σε έναν κατά τα άλλα ασαφή οργανωτικό χώρο. Τα συστήματα και οι διαδικασίες με τον τρόπο αυτό εξυπηρετούν μια διαδικασία που μοιάζει πολύ με αυτή της τυπικής δομής: κάνουν τη ζωή προβλέψιμη και έτσι μειώνουν την ασάφεια και το άγχος.
- Ο σχεδιασμός του φυσικού χώρου και των εγκαταστάσεων: Ο διευθυντής ενσωματώνει το στυλ της επιλογής του στις ορατές δομές, όπως είναι η επίπλωση, η διάταξη των γραφείων και η διακόσμηση τους κλπ.
- Οι ιστορίες, οι μύθοι, τα ανέκδοτα που κυκλοφορούν για τα στελέχη ή την καθημερινή ζωή στην εταιρεία: Με τον τρόπο αυτό μια ιστορία, συχνά με τη μορφή μύθου ή παραβολής, ενισχύει τις βασικές παραδοχές και τις διδάσκει στους νεοεισερχόμενους στην επιχείρηση. Επειδή όμως το μήνυμα που βρίσκεται στις ιστορίες αυτές είναι πολύ συχνά φιλτραρισμένο ή ακόμη και ασαφές, αυτή η μορφή επικοινωνίας δεν είναι πάντα αξιόπιστη.
- Οι επίσημες διατυπώσεις της φιλοσοφίας, των «πιστεύω» και των κανόνων: Τέτοιες δημόσιες διακηρύξεις μπορεί να έχουν κάποια αξία για τον διευθυντή, ως τρόπος για να τονιστούν κάποια πράγματα που πρέπει να προσεχθούν.

Ικανότητα διαχείρισης αλλαγών

Η «ικανότητα διαχείρισης αλλαγών» είναι πολύ σημαντική για τον εργαζόμενο και πολύ περισσότερο για κάποιο υψηλόβαθμο στέλεχος της διοίκησης ενός οργανισμού, δεδομένου ότι η αλλαγή είναι πανταχού παρούσα τόσο στην κοινωνία όσο και στον εργασιακό χώρο. Οι επιχειρήσεις οφείλουν να παρακολουθούν τις αλλαγές και να προσαρμόζονται στις νέες συνθήκες προκειμένου να συνεχίζουν να είναι ανταγωνιστικές και να μπορούν να επιβιώνουν μέσα στο διαρκώς μεταβαλλόμενο διεθνές περιβάλλον. Λαμβάνοντας δε υπόψη το γεγονός ότι οι αλλαγές είναι άλλοτε προγραμματισμένες και άλλοτε απρόβλεπτες, γρήγορες και ενίοτε σαρωτικές, η ετοιμότητα ενός στελέχους να τις αποδεχθεί και να τις διαχειριστεί επιτυχώς αποτελεί σημαντικό κεφάλαιο για το σύνολο του οργανισμού αλλά και ένα εξαιρετικό προσόν για τον ίδιο προσωπικά. Φυσικά, κάθε αλλαγή εμπεριέχει τον κίνδυνο της αποτυχίας ή απόκλισης από τους αρ-

χικούς στόχους. Ένα στέλεχος, όμως, με υψηλή ικανότητα διαχείρισης αλλαγών θα μπορούσε είτε να επιμείνει στο αρχικό πλάνο του είτε να το τροποποιήσει, είτε να χρησιμοποιήσει τις διαπραγματευτικές του ικανότητες και να προχωρήσει σε μια πιο σταδιακή εφαρμογή των αλλαγών. Θα πρέπει οπωσδήποτε να αποφύγει την αποτυχία, τη μετωπική σύγκρουση αλλά και την παραίτηση από τις προσπάθειες. Η τεχνογνωσία, η αυτοπεποίθηση, η έμπνευση και η επιρροή που ασκεί προς τους υφισταμένους και τους συναδέλφους του συνεισφέρει τα μέγιστα στον μετασχηματισμό της επιχειρηματικής δραστηριότητας. Μέσα από αυτές τις ικανότητες, αναδεικνύεται το κύρος και η αποδοχή του από το σύνολο των εργαζομένων. Η ικανότητα διαχείρισης αλλαγών αποπνέει αισιοδοξία, όραμα και καινοτομία που πηγάζει από γνώση. Ακόμα και όταν χρησιμοποιεί συμβούλους για την υλοποίηση των αλλαγών, δίνει σαφείς οδηγίες, συμμετέχει, ελέγχει, κατευθύνει και κυρίως έχει την ικανότητα να επιλέγει τους σωστούς ανθρώπους για την κατάλληλη θέση. Δημιουργεί συμμαχίες που διευκολύνουν την υλοποίηση του έργου. Ξέρει να συμβιβάζεται προκειμένου να είναι αποτελεσματικός. Η σύγχρονη πρακτική απαγορεύει τη χρήση εναλλακτικών μεθόδων για την εφαρμογή των αλλαγών που είναι η εκπαίδευση και η συμμετοχή, έναντι του εξαναγκασμού και της απειλής. Εργαλεία και κριτήρια πρέπει να είναι πάντα η πειθώ, η διαπραγμάτευση, η δικαιοσύνη και η εργασιακή ειρήνη. Επομένως, απαιτείται η ανάπτυξη ικανοτήτων προσαρμοστικότητας, ευελιξίας, ηρεμίας, αυτοπεποίθησης, αντικειμενικής αξιολόγησης των αναγκών. Ένα στέλεχος με τα παραπάνω προτερήματα, που θα μπορούσαν να συνοψισθούν με τον όρο «ικανότητα διαχείρισης αλλαγών», είναι πάντοτε απαραίτητο αφού λύνει προβλήματα και διευκολύνει τη λειτουργία του οργανισμού και των εργαζομένων σε αυτόν¹².

Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Burn-Out)

Στο χώρο της υγείας είναι πολύ συχνό το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό είναι αποτέλεσμα ενός απαιτητικού εργασιακού περιβάλλοντος με εξοντωτικούς ρυθμούς που περιορίζει σημαντικά τον ελεύθερο χρόνο και διαταράσσει τη ψυχική γαλήνη των υγειονομικών. Η εκδήλωση φαινομένων επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός νοσοκομείου πιθανότατα δεν είναι τυχαία. Ενδέχεται να υποδηλώνει ή να υποκρύπτει την εκδήλωση κάποιας δυσλειτουργίας. Στην περίπτωση αυτή, οφείλουν να αναληφθούν έγκαιρες και στοχευμένες δράσεις με σκοπό την εφαρμογή στρατηγικής πρόληψης και διαχείρισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι οργανωτικές παρεμβάσεις παίζουν πρωταρχικό ρόλο στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση συμπτωμάτων επαγγελματικής κόπωσης στους εργαζομένους. Ο ρόλος των ιεραρχικά υπευθύνων είναι ουσιώδης και πολυδιάστατος¹³⁻¹⁵. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, θα πρέπει να ληφθούν μέτρα που να περιλαμβάνουν:

- Ανάπτυξη δυνατοτήτων ανοικτής επικοινωνίας των εργαζομένων και διευκόλυνση της πληροφόρησης.
- Αποσαφήνιση παρερμηνειών και από κοινού επίλυση προβλημάτων που αναφύονται στο εργασιακό περιβάλλον.
- Εμπέδωση ενός ενθαρρυντικού και υποβοηθητικού εργασιακού κλίματος.

- Δημοκρατική διοίκηση των τμημάτων διότι αυτή παρέχει στον εργαζόμενο τη δυνατότητα συμμετοχής του στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν, υπευθυνότητα και ισοτιμία στις συλλογικές προσπάθειες.
- Κατανομή του φόρτου της πιο δύσκολης και λιγότερο ικανοποιητικής εργασίας μεταξύ όλων των εργαζομένων. Με αυτό τον τρόπο, το βάρος δεν πέφτει σ' ένα άτομο ή σε μια ομάδα και όλοι μαθαίνουν να αποδίδουν σε διάφορους ρόλους και να εργάζονται σε διαφορετικά προγράμματα.
- Οργάνωση των καθημερινών εργασιακών δραστηριοτήτων με τρόπο που να εναλλάσσονται οι ασχολίες με μεγάλο, μέσο και ελάχιστο βαθμό ικανοποίησης.
- Δυνατότητα αφιέρωσης ορισμένου χρόνου σε δραστηριότητες που μπορούν να βοηθήσουν το προσωπικό στη διεκπεραίωση της εργασίας του, ώστε αυτό να αισθάνεται χαλαρωμένο και γεμάτο ενέργεια.
- Δημιουργία τυπικών μηχανισμών για την επίλυση των προβλημάτων και την επεξεργασία / υπέρβαση των συγκρούσεων σε επίπεδο ομάδας και μηχανισμού.
- Διαχείριση σχέσεων με υφισταμένους. Εάν ο ρόλος του προϊσταμένου είναι σαφής και καθορισμένος, μπορεί ο ίδιος εύκολα να περιγράψει τα όρια ευθύνης του, να αποδώσει καθήκοντα και να καθορίσει κατάλληλα κανάλια επικοινωνίας. Αντίθετα, η έλλειψη σαφήνειας στον καθορισμό των ρόλων και των ορίων δημιουργεί εργασιακό άγχος τόσο στους διευθύνοντες όσο και στους υφισταμένους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Βασικό μέλημα της διοίκησης των μονάδων υγείας οφείλει να είναι η υποκίνηση τόσο των ατόμων όσο και των ομάδων εργασίας.
- Οι μεγαλύτερες ομάδες, συνήθως, αναπτύσσουν και εδραιώνουν τις υπάρχουσες γνώσεις και τεχνικές. Αντιθέτως, πιο καινοτόμα αποτελέσματα παράγουν οι μικρότερες ομάδες. Αρκετά διαδεδομένη σε μεγάλους οργανισμούς είναι και η δράση αυτόνομων ομάδων εργασίας οι οποίες συμβάλλουν στην ανάπτυξη επαγγελματικού ζήλου και στην αύξηση της παραγωγικότητας.
- Τα κίνητρα εργασίας επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου μέσα στο εργασιακό του πλαίσιο και σχετίζονται άμεσα με την έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης. Είναι αμφίβολο κατά πόσο τα άτομα που έχουν έντονες τις ανάγκες επιτευγμάτων και εξουσίας θα πρέπει να τοποθετούνται σε ανάλογες θέσεις διευθυντικές ή ευθύνης.
- «Οργανωτική κουλτούρα» είναι ο τυποποιημένος τρόπος σκέψης, αίσθησης και αντίδρασης που υφίσταται σ έναν οργανισμό ή στα τμήματά του και θα πρέπει να διαχέεται σωστά στα στελέχη του.
- Σημαντικό εργαλείο για την αύξηση της απόδοσης μπορεί να αποτελέσει η προσεκτική εφαρμογή συστήματος αξιολόγησης με διαφανή κριτήρια.
- Ένα στέλεχος με «ικανότητα διαχείρισης αλλαγών» είναι πάντοτε απαραίτητο αφού λύνει προβλήματα και διευκολύνει τη λειτουργία του οργανισμού και των εργαζομένων σε αυτόν.
- Ενδεχόμενα φαινόμενα «επαγγελματικής εξουθένωσης» στο χώρο (εργασίας) της υγείας θα πρέπει να κινητοποιούν τη διοίκηση προς ανάληψη συγκεκριμένων πρωτοβουλιών και δράσεων.

SUMMARY

Coordinating and motivating individuals and working groups of healthcare professionals

Athanasios Spiliotopoulos

hellenic hospital dentistry - special care dentistry 15(2): 45-51, 2022

The health sector is one of the most difficult workplaces, due to its relationship with human suffering. Modern health units are called upon to improve the overall framework in which they operate in order to become more competitive and to improve all their procedures, functions and services. The main concern of the management of health units should be the motivation of both individuals and working groups. Work motivation influences the behavior of the individuals within their work context and is directly related to the concept of professional satisfaction. It is fundamental to the functioning of the organization to create incentives for employees. Therefore, other mechanisms related to staff evaluation, the transmission of organizational culture, the development of change management capacity and the prevention or treatment of burnout syndrome should be activated as well.

Key words: *Coordinating, motivating individuals and working groups, healthcare professionals*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Handy C: Understanding organizations. 4th ed. Harmondsworth: Penguin Books. 1999: 8-24.
2. Maslow AH: A theory of human motivation. *Psychological Review* 1943; 50(4): 370-396.
3. Herzberg FI, Mausner B, Snyderman B: The motivation to work. 2nd ed. New York: John Wiley. 1959: 21.
4. Herzberg FI: The managerial choice: To be efficient and to be human. 2nd ed. Salt Lake City. UT Olympus. 1982: 23-41.
5. Alshmemri M, Shahwan-Akl L, Maude P: Herzbergs two-factor theory. *Life Science Journal* 2017; 14(5): 12-18.
6. Bassett-Jones N, Lloyd GC: Does Herzberg's motivation theory have staying power? *Journal of Management Development* 2005; 3: 13-27.
7. McClelland DC: The achieving society. New York: The Free Press. 1961: 45-57.
8. Armstrong M, Baron A: Managing Performance: Performance Management in Action. London. CIPD. 2005: 56-58.
9. Bipp T, Dam KV: Extending hierarchical achievement motivation models: The role of motivational needs for achievement goals and academic performance. *Journal of Psychology* 2014; 64: 157-162.
10. Tay L, Diener E: Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology* 2011; 101(2): 354-356.
11. Kerr J, Slocum JW: Managing corporate culture through

- reward systems. *Academy of Management Executive* 2005; 19: 130-138.
12. Armstrong M: *A handbook of Human Resource Management Practice*. 10th ed. London: Kogan Page: 2006: 25.
 13. Hudek-Knezević J, Kalebić-Maglica B, Krapić N: Personality, organizational stress, and attitudes toward work as prospective predictors of professional burnout in hospital nurses. *Croatian Medical Journal* 2011; 52: 538-549.
 14. Oosterholt BG, Van der Linden D, Maes JHR, Verbraak MJP, Kompier MAJ: Burned out cognition: Cognitive functioning of burnout patients before and after a period with psychological treatment. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2012; 38: 358-369.
 15. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C: Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International* 2009; 14: 204-220.

Διεύθυνση για επικοινωνία:

Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος
Πυθαγόρα 9-11, Τ.Κ. 18533
Πειραιάς
Τηλέφωνο: 6977041898
Email: athspil@yahoo.com

Εκτίμηση του Ιατρικού Κινδύνου στους Οδοντιατρικούς Ασθενείς

Φλώρα Ζερβού-Βάλβη*

Ιατρικός κίνδυνος, δηλ. κίνδυνος για την ασφάλεια, την υγεία ή ακόμα και την ζωή του ασθενούς μπορεί να προκύψει κατά την τέλεση διαφόρων ιατρικών πράξεων.

Σκοπός του παρόντος είναι η με σύντομο και περιεκτικό τρόπο παρουσίαση του τρόπου εκτίμησης του ιατρικού κινδύνου στους ασθενείς που χρειάζεται να περιθαλφθούν οδοντιατρικά.

Η εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου είναι απαραίτητη για την ασφάλεια του ασθενούς προκειμένου να εκτιμηθεί η συνολική κατάσταση και τα πιθανά προβλήματα που θα προκαλέσει η σχεδιαζόμενη οδοντιατρική παρέμβαση, προκειμένου να καθορίσει ο οδοντίατρος τις ενέργειες στις οποίες πρέπει να προβεί για να εξαφανίσει ή να ελαχιστοποιήσει αυτά τα προβλήματα και προκειμένου να προβεί στη λήψη της απόφασης περί τυχόν απαιτούμενης παραπομπής του ασθενούς προς θεραπεία στο Νοσοκομείο.

Η πορεία προς την εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου αποτελεί μία διαδικασία διαδοχικών βημάτων που περιλαμβάνει τη διερεύνηση του ασθενούς, την εκτίμηση της φυσικής του κατάστασης και την εκτίμηση της οδοντοστοματολογικής του κατάστασης και οδηγεί στην τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου.

Η εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου που προκύπτει από την τέλεση οδοντιατρικών πράξεων σε ασθενείς γίνεται κυρίως με βάση τον συνδυασμό της φυσικής τους κατάστασης κατά ASA με τη βαρύτητα των σχεδιαζόμενων οδοντιατρικών πράξεων. Ο συνδυασμός αυτός καθορίζει εάν ο οδοντίατρος μπορεί να εργασθεί με ασφάλεια, προσοχή ή κίνδυνο για τον ασθενή του.

Με βάση αυτή την τελική εκτίμηση γίνεται επιλογή του τόπου (ιατρείο ή νοσοκομείο), της μεθόδου αναισθησίας (τοπική, καταστολή, γενική αναισθησία), των απαραίτητων τροποποιήσεων στην αντιμετώπιση, καθώς και του είδους και της έκτασης της οδοντιατρικής θεραπείας. Επί μεγάλου κινδύνου, ο ασθενής οπωσδήποτε πρέπει να παραπέμπεται στο Νοσοκομείο διότι εκεί υπάρχει η δυνατότητα της αξιοποίησης διαφόρων εξειδικευμένων υποδομών αλλά και της άμεσης συνεργασίας με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, έτσι ώστε η παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης να γίνεται με πολύ μεγαλύτερη ασφάλεια.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική - οδοντιατρική ειδικής φροντίδας 15(2): 53-58, 2022

Λέξεις κλειδιά: Εκτίμηση ιατρικού κινδύνου, εκτίμηση κινδύνου οδοντιατρικών πράξεων, Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας.

* Συντονίστρια Διευθύντρια ΕΣΥ

Προέλευση

Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ιατρικός κίνδυνος, δηλ. κίνδυνος για την ασφάλεια, την υγεία ή ακόμα και την ζωή του ασθενούς μπορεί να προκύψει κατά την τέλεση διαφόρων ιατρικών πράξεων. Στην Οδοντιατρική, εννοούμε ότι υπάρχει ιατρικός κίνδυνος από την παρέμβαση του οδοντιάτρου (κυρίως την χειρουργική) όταν:

Αναδημοσίευση από το Επιστημονικό Περιοδικό “Ασκληπιειακά Χρονικά” 2021, 9(1-2): 54-59

- ο ασθενής δεν είναι ικανός να ανθέξει με σχετική ασφάλεια το στρες που προκαλείται κατά την προτεινόμενη θεραπεία.
- ο ασθενής έχει υψηλότερο κίνδυνο νοσηρότητας και θνητότητας από τον συνήθη κίνδυνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
- τροποποιήσεις της συνήθους θεραπείας είναι απαραίτητες για να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο.
- η διαχείριση του ασθενούς στο οδοντιατρείο δεν είναι ασφαλής.

Σκοπός του παρόντος είναι η με σύντομο και περιεκτικό τρόπο παρουσίαση του τρόπου εκτίμησης του ιατρικού κινδύνου στους ασθενείς που χρειάζεται να περιθάλφουν οδοντιατρικά.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου είναι απαραίτητη για την ασφάλεια του ασθενούς προκειμένου να εκτιμήσουμε τη συνολική κατάσταση και τα πιθανά προβλήματα που θα προκαλέσει η σχεδιαζόμενη παρέμβασή μας, προκειμένου να καθορίσουμε σε τι ενέργειες πρέπει να προβούμε για να εξαφανίσουμε ή να ελαχιστοποιήσουμε αυτά τα προβλήματα και προκειμένου να προβούμε στη λήψη της απόφασης περί τυχόν απαιτούμενης παραπομπής του ασθενούς προς θεραπεία στο Νοσοκομείο.

Η εκτίμηση αυτή είναι απαραίτητη για όλους τους ασθενείς, ιδιαίτερα δε για τους έχοντες συννοσηρότητες. Σημειωτέον ότι τα άτομα με βεβαρημένη υγεία αποτελούν σημαντικό τμήμα του πληθυσμού. Στην Ελλάδα π.χ. οι υπερτασικοί αποτελούν ποσοστό περί το 20% του πληθυσμού, οι διαβητικοί περί το 12%, οι δε ηλικιωμένοι αποτελούν περί το 20% (με εύλογη μερική αλληλεπικάλυψη μεταξύ των διαφόρων ομάδων). Το ποσοστό μάλιστα των ηλικιωμένων εμφανίζει συνεχή αυξητική τάση, ιδιαίτερα δε εκείνο των υπερηλίκων (άνω των 75 ετών), με την πλειονότητα των ατόμων της τρίτης ηλικίας να εμφανίζει πολλαπλή παθολογία.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ

Ο κίνδυνος από την οδοντιατρική χειρουργική παρέμβαση εξαρτάται από:

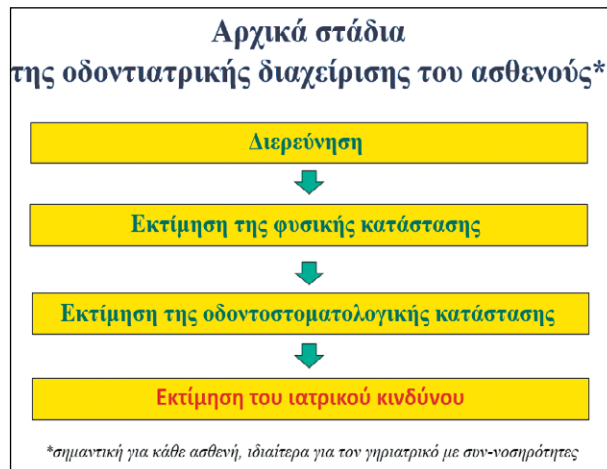
- Την φυσική κατάσταση του ασθενούς
- Την ηλικία του ασθενούς
- Τις συννοσηρότητες και τα λαμβανόμενα φάρμακα
- Την ευπάθεια
- Τον τύπο, την έκταση και τη διάρκεια της επέμβασης
- Τον βαθμό τραύματος και στρες
- Τον βαθμό του επειγόντος της επέμβασης
- Τις δεξιότητες και την εμπειρία των επεμβαίνοντων
- Την αναισθητική τεχνική
- Την ανάγκη τοποθέτησης προθέσεων
- Την ανάγκη ή μη μετάγγισης
- Την υλικοτεχνική υποδομή
- Την εκτιμώμενη μετεγχειρητική φροντίδα

ΑΡΧΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΟΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Τα αρχικά στάδια οδοντιατρικής αντιμετώπισης του α-

σθενούς περιλαμβάνουν τη διερεύνηση του ασθενούς, την εκτίμηση της φυσικής του κατάστασης και την εκτίμηση της οδοντοστοματολογικής του κατάστασης, οι οποίες οδηγούν στην τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου (Πίν 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1



Διερεύνηση του ασθενούς

Η διερεύνηση του ασθενούς περιλαμβάνει τις ενέργειες που εμφανίζονται στον Πίνακα 2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Διερεύνηση του ασθενούς
• Μελέτης του ιατρικού, οδοντιατρικού, οικογενειακού και κοινωνικού ιστορικού
• Κλινική εξέταση στόματος και τραχήλου
• Επισκόπηση των εκτεθειμένων περιοχών του σώματος (πρόσωπο, τράχηλο, χέρια)
• Παρατήρηση της εμφάνισης του ασθενούς, της συμπεριφοράς, της ομιλίας και της γλώσσας του σώματος. Διερεύνηση ύπαρξης άγχους, κινήσεων, τρόμου, δύσπνοιας, συριγμού, κόπωσης κ.ά.
• Λήψη πληροφοριών από ζωτικά σημεία (αρτηριακή πίεση, σφυγμός, αναπνοή, θερμοκρασία σώματος) και βασικές εργαστηριακές εξετάσεις αίματος (π.χ. γενική, PT, INR, νάτριο, κάλιο, ουρία, γλυκόζη)
• Λήψη πληροφοριών από ιατρικά σημειώματα και επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό ασθενούς
<i>Η διερεύνηση του υγιούς ασθενούς σκοπεύει στην αποκάλυψη αδιάγνωστων ασθενειών / παραγόντων κινδύνου.</i>

Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης

Η εκτίμηση της φυσικής κατάστασης του ασθενούς μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους.

Ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο σύστημα για την εκτίμηση και την ταξινόμηση της φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης είναι το American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status (PS) Classification System. Προτάθηκε το 1941 αρχικά για την εκτίμηση των χειρουργικών ασθενών που πρόκειται να λάβουν γενική αναισθησία αλλά η χρήση του βαθμηδόν επεκτάθηκε και στην εκτίμηση άλλων ασθενών. Από το 1941 και εντεύθεν οι ορισμοί των διαφόρων κατηγοριών του (τάξεων) έχουν αλλάξει πολλές φορές. Προς ελαχιστοποίηση της υποκειμενικότητας της εκτίμησης, το 2014 η ASA έχει προσθέσει έναν κατάλογο παραδειγμάτων.

Στον Πίνακα 3 εμφανίζεται η ταξινόμηση της φυσικής κατάστασης του ασθενούς κατά ASA.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Σύστημα ταξινόμησης φυσικής κατάστασης ASA	
Class I	Υγιής, μη καπνιστής, χωρίς ή με ελάχιστη χρήση αλκοόλ
Class II	Ήπια συστηματική νόσος χωρίς λειτουργικούς περιορισμούς
Class III	Σοβαρή συστηματική νόσος με λειτουργικούς περιορισμούς
Class IV	Σοβαρή συστηματική νόσος που αποτελεί συνεχή απειλή για την ζωή
Class V	Ετοιμοθάνατος ασθενής που δεν αναμένεται να επιβιώσει χωρίς εγχείρηση
Class VI	Δηλωμένος εγκεφαλικός νεκρός ασθενής του οποίου τα όργανα αφαιρούνται για σκοπούς δωρεάς

ASA House of Delegates/Executive Committee (τροποποίηση 2019). Σκοπός η αξιολόγηση και γνωστοποίηση των συν-νοσηροτήτων πριν από την αναισθησία. Σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, χρήσιμο στην πρόβλεψη περιεγχειρητικών κινδύνων.
* Πηγή: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>

Μεγάλη είναι δε η σημασία της λήψης λεπτομερούς ιστορικού από τον οδοντίατρο για την κατηγοριοποίηση της φυσικής κατάστασης κατά ASA.

Πολλοί οδοντίατροι εκφράζουν την άποψη ότι η ταξινόμηση της φυσικής κατάστασης κατά ASA δεν είναι βοηθητική. Ωστόσο η σύγχρονη έρευνα δείχνει ότι όλοι πρέπει να εκπαιδευτούν στην εφαρμογή του για την εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου, ιδιαίτερα σε όσους πρόκειται να υποβληθούν σε οδοντιατρική θεραπεία υπό ενσυνείδητη καταστολή και, ασφαλώς, υπό γενική αναισθησία. Ο μη νοσοκομειακός οδοντίατρος ουσιαστικά καλείται να περιθάλψει ασθενείς των τεσσάρων πρώτων τάξεων κατά ASA.

Σημειωτέον ότι ασθενείς με μεγάλη φοβία έχουν ως βάση εκκίνησης την ταξινόμηση στην τάξη ASA II ήδη πριν την αξιολόγηση του ιατρικού ιστορικού. Η ύπαρξη φοβίας μπορεί να κατατάξει τον συγκεκριμένο ασθενή σε μεγαλύτερη τάξη αυτής που θα κατατασσόταν με βάση μόνο το ιατρικό ιστορικό.

Επίσης, στις τάξεις ASA III και ASA IV κατατάσσεται περίπου το ένα τέταρτο των ατόμων 65-74 ετών και πλέον του ενός τρίτου των ατόμων 75 ετών και άνω. Κύριες νόσοι οι καρδιαγγειακές, της υπέρτασης συμπεριλαμβανομένης. Η αρτηριακή πίεση μάλιστα αυξάνεται κατά την οδοντιατρική θεραπεία. Επιπλέον, όταν η ηλικία του ασθενούς είναι άνω των 70 ετών, τότε αυτός αυτόματα κατατάσσεται στην αμέσως επόμενη τάξη εκείνης που θα κατατασσόταν με βάση μόνο τη βαρύτητα της νόσου.

Παραδείγματα ταξινόμησης της φυσικής κατάστασης κατά ASA:

ASA I: Μη καπνιστής, μη χρήση αλκοόλ ή ελάχιστη χρήση, με μείζονα όργανα ή συστήματα καλής υγείας, με ελάχιστη ή καθόλου φοβία.

ASA II: Καπνιστής, κοινωνικός χρήστης αλκοόλ, εγκυμοσύνη, παχυσαρκία (<30 < BMI < 40), σταθερή στηθάγχη με αραιά επεισόδια, καλά ρυθμισμένος σακχαρώδης διαβήτης, επιληψία, άσθμα, νόσοι θυρεοειδούς, καλά ρυθμισμένη υπέρταση, ήπια πνευμονοπάθεια.

ASA III: Ιστορικό τοποθέτησης stents >3 μηνών, εμφυτευμένος βηματοδότης >3 μηνών, έμφραγμα μυοκαρδίου >3 μηνών, μέτρια μείωση του κλάσματος εξώθησης, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο >3 μηνών, σταθερή στη-

θάγχη με συχνά επεισόδια, κατάχρηση ή εξάρτηση από το αλκοόλ, νοσηρή παχυσαρκία (BMI >40), αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης, αρρυθμιστη υπέρταση, ήπια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ενεργός ηπατίτιδα, τελικό στάδιο νεφρικής νόσου (υποβαλλόμενος σε αιμοκάθαρση).

ASA IV: Ιστορικό τοποθέτησης stents <3 μηνών, εμφυτευμένος βηματοδότης <3 μηνών, έμφραγμα μυοκαρδίου <3 μηνών, μεγάλη μείωση του κλάσματος εξώθησης, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο <3 μηνών, ασταθής στηθάγχη, σοβαρή δυσλειτουργία βαλβίδας, σοβαρή μείωση του κλάσματος εξώθησης, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, σοβαρή αποφρακτική πνευμονοπάθεια, σήψη, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, τελικό στάδιο νεφρικής νόσου (μη υποβαλλόμενος σε αιμοκάθαρση).

ASA V: Ρήξη κοιλιακού/θωρακικού ανeurύσματος, εκτεταμένο τραύμα, μαζική ενδοκρανιακή αιμορραγία, ισχαιμικό έντερο με σημαντικό καρδιολογικό πρόβλημα ή πολυοργανική δυσλειτουργία.

Παρατηρούμε ότι ανάλογα με τη δραστηριότητα του υπάρχοντος νοσήματος, ο ασθενής μπορεί να ταξινομηθεί σε μία ή σε άλλη τάξη. Παραδείγματα εμφανίζονται στον Πίνακα 4.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Κατάταξη κατά ASA		
συνήθων νόσων ανάλογα με τη δραστηριότητά τους	ASA II	ASA III
ΧΑΠ	Βήχας ή «λαχάνιασμα», καλά ελεγχόμενη	Δύσπνοια μετά από μικρή προσπάθεια
Στηθάγχη	Περιστασιακή χρήση νιτροδών	Τακτική χρήση νιτροδών
Υπέρταση	Καλά ελεγχόμενη με ένα σκεύασμα	Μη καλά ελεγχόμενη λήψη πολλών σκευασμάτων
Σακχαρώδης διαβήτης	Καλά ελεγχόμενος και χωρίς επιπλοκές	Μη καλά ελεγχόμενος χωρίς επιπλοκές ή ελεγχόμενος που έχει προκαλέσει επιπλοκές
Άσθμα	Καλά ελεγχόμενο με εισπνεόμενα	Μη καλά ελεγχόμενο Περιοριστικό των συνήθων δραστηριοτήτων

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Φυσική κατάσταση	Κίνδυνος
ASA I	Καθόλου/Ελάχιστος
Συνήθως δεν χρειάζεται ιατρική γνωμοδότηση πριν από την οδοντιατρική θεραπεία, ούτε μείωση του άγχους	
ASA II	Μικρός
Συνήθως δεν χρειάζεται ιατρική γνωμοδότηση πριν από την οδοντιατρική θεραπεία, ούτε μείωση του άγχους	
ASA III	Μέτριος
Ανάγκη ιατρικής γνωμοδότησης πριν από οποιαδήποτε οδοντιατρική θεραπεία, μεγάλη προσοχή κατά τη διάρκειά της, μείωση του άγχους, τροποποιήσεις θεραπείας	
ASA IV	Σοβαρός
Αναβολή της οδοντιατρικής θεραπείας έως ότου η φυσική κατάσταση γίνει ASA III, παροχή μόνο επείγουσας θεραπείας, ανάγκη προηγούμενης ιατρικής γνωμοδότησης, παροχή επιλεκτικής ιατρικής φροντίδας μόνο σε νοσοκομειακό περιβάλλον	
ASA V	Πολύ σοβαρός
Ισχυρή αντένδειξη της οδοντιατρικής θεραπείας, παροχή μόνο επείγουσας ανακουφιστικής φροντίδας και μόνο σε νοσοκομειακό περιβάλλον	

Στον Πίνακα 5 εμφανίζεται ο ιατρικός κίνδυνος με βάση την φυσική κατάσταση καθώς και γενικές οδηγίες διαχείρισης των ασθενών των διαφόρων τάξεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Νοσοκομείο ή Οδοντιατρείο;		
Φυσική κατάσταση	Κίνδυνος	Τόπος αντιμετώπισης
ASA II	Μικρός	Οδοντιατρείο
ASA III	Μέτριος	Οδοντιατρείο υπό όρους ή Νοσοκομείο
ASA IV	Σοβαρός	Νοσοκομείο

Στον Πίνακα 6 εμφανίζεται ο συνιστώμενος τόπος περίθαλψης του ασθενούς (ενδο- ή εξωνοσοκομειακά), ανάλογα με την τάξη της φυσικής του κατάστασης. Εκτίμηση της οδοντοστοματολογικής κατάστασης γίνεται προσεκτική κλινική και ακτινολογική εξέταση. Τα χαρακτηριστικά του οδοντοστοματολογικού προβλήμα-



Εικόνα 1: Βαρύτητα



Εικόνα 2: Έκταση



Εικόνα 3: Επείγον

τος που εκτιμώνται ιδιαίτερως είναι η βαρύτητα, η έκταση και το επείγον (εικ. 1, 2, 3).

Μετά την προσεκτική εξέταση, προσδιορίζονται οι απαιτούμενες οδοντιατρικές πράξεις και εκτιμάται ο κίνδυνος που αντιστοιχεί στις συγκεκριμένες αυτές πράξεις (Oral Risk Assessment ORA), σύμφωνα με τα εμφανιζόμενα στον Πίνακα 7.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Εκτίμηση κινδύνου οδοντιατρικών πράξεων Oral Risk Assessment - ORA	
Οδοντιατρική πράξη	Κίνδυνος
1. Εξέταση, οδηγίες στομ. υγιεινής, λήψη αποτυπωμάτων, χωρίς τοπική αναισθησία	Πολύ μικρός - ORA I
2. Απλές πράξεις ρουτίνας π.χ. έμφραξη, χρήση τοπικής αναισθησίας	Μικρός - ORA II
3. Περίπλοκες πράξεις π.χ. εξαγωγές, χρήση καταστολής	Μέτριος - ORA III
4. Σύνθετες πράξεις και χειρουργική, ύπαρξη λοιμώξεων, χρήση καταστολής	Σοβαρός - ORA IV
5. Σοβαρές λοιμώξεις, τραύμα, χειρ. θεραπείες, χρήση καταστολής ή γενικής αναισθησίας	Πολύ σοβαρός - ORA V

Τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου

Η τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου γίνεται κυρίως με βάση τον συνδυασμό της φυσικής κατάστασης κατά ASA με τη βαρύτητα των σχεδιαζόμενων οδοντιατρικών πράξεων. Αυτός ο συνδυασμός καθορίζει την περιοχή εντός της οποίας ο οδοντίατρος μπορεί να εργασθεί με ασφάλεια, προσοχή ή κίνδυνο για τον ασθενή του (Πίν. 8).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8



Με βάση αυτή την τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου γίνεται επιλογή: του τόπου (ιατρείο ή νοσοκομείο), της μεθόδου αναισθησίας (τοπική, καταστολή, γενική αναισθησία), των απαραίτητων τροποποιήσεων στην αντιμετώπιση, καθώς και του είδους και της έκτασης της οδοντιατρικής θεραπείας. Τονίζεται ότι επί μεγάλου κινδύνου - και μόνο τότε - ο ασθενής οπωσδήποτε πρέπει να παραπέμπεται στο Νοσοκομείο (Πίν. 9) διότι εκεί υπάρχει η δυνατότητα της αξιοποίησης διαφόρων εξειδικευμένων υποδομών αλλά και της άμεσης συνεργασίας με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, έτσι ώστε η παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης να γίνεται με πολύ μεγαλύτερη ασφάλεια.

Τονίζεται, επίσης, μόνο επί τέτοιων πολύ βεβαρημένων περιπτώσεων πρέπει να γίνεται παραπομπή (εγγράφως μάλιστα και ενυπογράφως) διότι οι άσκοπες παραπομπές δυσχεραίνουν το σύστημα της δευτεροβάθμιας πε-

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

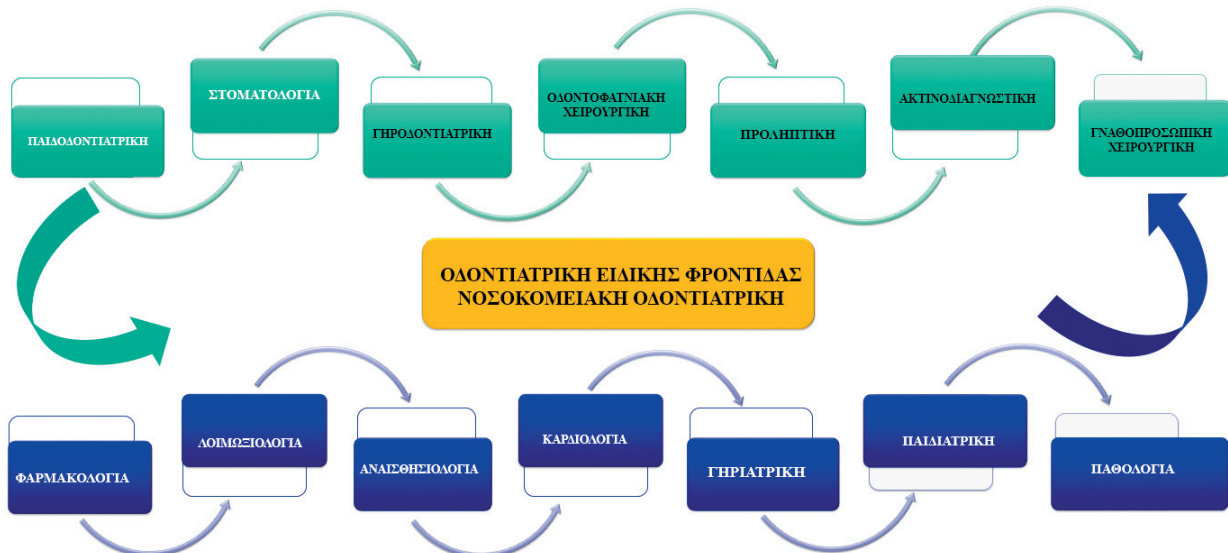


ρίθαλψης, δυσχεραίνουν εξαιρετικά την εξυπηρέτηση των ασθενών που δεν μπορούν να περιθαλφθούν εξωνοσοκομειακά και μειώνουν τον αριθμό των ασθενών που περιθάλπονται στην πρωτοβάθμια.

Σημειώτέον ότι μείζον κλινικό αντικείμενο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής αποτελεί η περιθαλψη του ασθενούς με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό. Στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Α3β/3984/26-3-1990 που καθόρισε το πλαίσιο της Δευτεροβάθμιας / Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής Περιθαλψης στο ΕΣΥ, παρέχεται, με τοπική ή γενική αναισθησία, κάθε είδους οδοντιατρική θεραπευτική πράξη, συντηρητική ή χειρουργική (εκτός της ορθοδοντικής και των προσθετικών αποκαταστάσεων, οι οποίες μπορούν να παρασχεθούν σε ψυχιατρικούς ασθενείς στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία).

Η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική αποτελεί μέρος της Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας και αντικείμενό της αποτελεί η παροχή ειδικής φροντίδας στους πιο βεβαρημένους ειδικούς ασθενείς, οι οποίοι δεν μπορούν και δεν πρέπει να περιθαλφθούν εξωνοσοκομειακά. Η Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας και ο κλάδος της η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική διατρέχουν οριζόντια και χρησιμοποι-

ΠΙΝΑΚΑΣ 10



ούν προς όφελος των ειδικών ασθενών γνώσεις από πολλά αντικείμενα της Ιατρικής και Οδοντιατρικής Επιστήμης (Πίν. 10).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου που προκύπτει από την τέλεση οδοντιατρικών πράξεων σε ασθενείς γίνεται με βάση τον συνδυασμό της φυσικής τους κατάστασης κατά ASA με τη βαρύτητα της οδοντιατρικής πράξης. Ο συνδυασμός αυτός καθορίζει εάν ο οδοντίατρος μπορεί να εργασθεί με ασφάλεια, προσοχή ή κίνδυνο για τον ασθενή του.

Με βάση αυτή την τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου γίνεται επιλογή του τόπου (ιατρείο ή νοσοκομείο), της μεθόδου αναισθησίας (τοπική, καταστολή, γενική αναισθησία), των απαραίτητων τροποποιήσεων στην αντιμετώπιση, καθώς και του είδους και της έκτασης της οδοντιατρικής θεραπείας. Επί μεγάλου κινδύνου, ο ασθενής οπωσδήποτε πρέπει να παραπέμπεται στο Νοσοκομείο διότι εκεί υπάρχει η δυνατότητα της αξιοποίησης διαφόρων εξειδικευμένων υποδομών αλλά και της άμεσης συνεργασίας με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, έτσι ώστε η παροχή οδοντιατρικής περιθαλψης να γίνεται με πολύ μεγαλύτερη ασφάλεια.

SUMMARY

Medical risk assessment in dental patients

Flora Zervou-Valvi

hellenic hospital dentistry - special care dentistry 15(2): 53-58, 2022

The aim of medical risk assessment in dental practice is to assess the overall situation of the patient (physical status and required dental procedures) and to evaluate hazards,

afterwards to determine what advice or actions should be taken by the dentist in order to remove these hazards or to minimize the level of the risk and to decide whether referral to Hospital is necessary.

The aim of this study is to present the way of medical risk assessment in dental patients in order to create a safer workplace for the protection of human health.

This assessment is a step-by-step procedure including investigation of the patient, assessment of physical status (ASA-PS), assessment of oral status and oral risk (ORA), which lead to the final assessment of medical risk.

This final assessment results mainly from the combination of ASA-PS and ORA indicates that the dental intervention will be done with safety, caution or danger. If the dental intervention is going to be done within the danger area, then the patient should be referred to a Hospital Dental Department.

Hospital Dentistry, ensuring the cooperation of doctors of various specialties and the use of specialized infrastructure, offers a safe and effective management to the patients with serious medical risk who should be referred to the Hospital.

Key words: Medical risk assessment; oral risk assessment; Hospital Dentistry; Special Care Dentistry

Ευχαριστίες:

Η συγγραφέας εκφράζει τις θερμές ευχαριστίες της στη συνεργάτιδά της κ. Αγγελική Γιαννοπούλου, Επιμελήτρια Α του Οδοντιατρικού Τμήματος Ειδικής Μονάδας ΑΜΕΑ του ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας» για την πολύτιμη βοήθειά της στη διάρθρωση πινάκων και σχημάτων.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. The American Society of Anesthesiologists classification (ASA classification). Available at <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>
2. Bricker SL, Langlais RP, Miller CS. Oral diagnosis, oral medicine, and treatment planning. Lea and Febiger, 1994.
3. Clough S, Shehabi Z, Morgan C. Medical risk assessment in dentistry use of the American society of anesthesiologists physical status classification. Br Dent J 2016; 220: 103-108.
4. Δημητριάδης Δ, Κωνσταντινίδης Ρ, Ζερβού-Βάλβη Φ. Η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας: καταγραφές και προβληματισμοί. Ελλ Νοσ Οδοντ 2009; 2: 9-14.
5. Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής: Ειδικά Θέματα της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Ειδική έκδοση. Αθήνα, 2006.
6. Zambito R, Black H, Tesch L (eds). Hospital Dentistry. St Louis: Mosby, 1997.
7. Ζερβού-Βάλβη Φ. Ο επιβαρυνμένος ηλικιωμένος ασθενής στο Νοσοκομείο. Στο: Κοσιώνη ΑΕ. (Εκδ). Γηροδοντιατρική. 1η έκδοση. Αθήνα, 2018. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.gerodontology.gr/gerodontology.php> (1/4/2022)
8. Κοσιώνη Α. Η διαχείριση του ηλικιωμένου οδοντιατρικού ασθενή: Μία πρόκληση για τις πολιτικές δημόσιας υγείας. Ελλ Νοσ Οδοντ 2008; 1:87-92.
9. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. Dental Management of the Medically Compromised Patients. 7th ed. St Louis. Mosby. 2015.
10. Malamed SF: Knowing your patients. JADA 2010; 141:35-75.
11. Malamed SF: Medical Emergencies in the Dental Office. 7th ed. St Louis. Mosby. 2015.
12. Mupparapu M, Singer S: The American Society of Anesthesiologists (ASA) physical status classification system and its utilization for dental patient evaluation. Quintessence International 2018; 49(4):255-256.
13. Scully C. Scullys Medical Problems in Dentistry. 7th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier Ltd, 2014.
14. Υπουργείο Υγείας, Ομάδα Εργασίας για την Αναδιάρθρωση και Λειτουργία των Δημόσιων οδοντιατρικών Υπηρεσιών (Συντονιστής Δ. Δημητριάδης), Σεπτέμβριος 2016. Εισήγηση Προτάσεων για την Αναδιάρθρωση και Λειτουργία των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών. Ελλ Νοσ Οδοντ 2016; 9: 9-38.
15. Υπουργική Απόφαση με θέμα «Παροχή Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης από τα Οδοντιατρικά και Γναθοχειρουργικά Τμήματα των Νοσοκομείων». Αρ. Πρωτ. Α3β/3984, ΦΕΚ: 239/Β/06.04.1990.
16. Τσούνιας Β, Ζερβού-Βάλβη Φ. Νοσοκομειακή Οδοντιατρική και τρίτη ηλικία. Ελλ Στομ Χρον 2004; 28: 265-73.
17. Φραγκάκης Μ. Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και σχεδιασμός της οδοντιατρικής θεραπείας. Στο: Στοιχεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Εγχειρίδιο για φοιτητές στα πλαίσια του μαθήματος της Γηροδοντιατρικής (Συντονιστής: Η. Καρκαζής, Υπεύθυνη Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής: Φ. Ζερβού-Βάλβη), Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2014, 12-18.

Διεύθυνση για επικοινωνία:
Φλώρα Ζερβού-Βάλβη
e-mail:
florzervouvalvi@hotmail.com

Ημερίδα για το κάπνισμα και τον καρκίνο του στόματος

Στις 14 Μαρτίου 2023, στο Αμφιθέατρο του Γ. Ν. Ασκληπιείου Βούλας, διεξήχθη με μεγάλη επιτυχία ημερίδα με θέμα «**Κάπνισμα και καρκίνος του στόματος. Τρόποι συμβολής των επαγγελματιών υγείας στη διακοπή του καπνίσματος**».

Την ημερίδα διοργάνωσαν η Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας (ΕΕΝΟ-ΟΕΦ), το Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ του ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας και η Νοσηλευτική Υπηρεσία του ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας, την έθεσαν υπό την αιγίδα τους η 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Νήσων και ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Πειραιώς, μοριοδοτήθηκε δε από το Ινστιτούτο Επαγγελματικών Θεμάτων (ΙΕΘΕ) της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (ΕΟΟ).

Η συγκεκριμένη θεματολογία επελέγη λόγω των αποδεδειγμένων ιδιαίτερα βλαπτικών επιδράσεων του καπνίσματος στη στοματική υγεία αλλά και στην γενική υγεία καθώς και λόγω της αιτιολογικής του σύνδεσης με διάφορες μορφές καρκίνου, όπως του καρκίνου του στόματος.

Η ημερίδα στόχο είχε την ανάπτυξη των γνώσεων σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, καθώς και την αύξηση της ευαισθητοποίησης για τον σημαντικό ρόλο που μπορούν να διαδραματίσουν οι παρεμβάσεις των οδοντιάτρων και γενικά όλων των επαγγελματιών υγείας στη διακοπή του καπνίσματος.

Το πρόγραμμα περιέλαβε τις ακόλουθες εισηγήσεις:

1. Η αντιμετώπιση του καπνίσματος στην Ευρώπη σήμερα

Παναγιώτης Μπεχράκης, Καθηγητής, Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας

2. Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στον οργανισμό - Καρκίνος του στόματος

Φλώρα Ζερβού-Βάλβη, Δρ, Συντονίστρια Διευθύντρια Οδοντιατρικού Τμήματος «Ασκληπιείου» Βούλας, Πρόεδρος ΕΕΝΟ-ΟΕΦ

3. Προσέγγιση ασθενούς-καπνιστή: μοντέλο 5A

Ελεάνα Στουφή, Δρ, Στοματολόγος, Επισκέπτρια Λέκτωρ Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Harvard, Μέλος της FDI Task Team for Tobacco Cessation

4. Προσέγγιση ασθενούς-καπνιστή: μοντέλο 5R

Αικατερίνη Δημητρίου, Δρ, Διευθύντρια Οδοντιατρικού Τμήματος «Ασκληπιείου» Βούλας.

Πλέον των διοργανωτών και των ευάριθμων παρακολουθησάντων, στην εκδήλωση παρέστησαν και απηύθυναν χαιρετισμό από πλευράς «Ασκληπιείου» Βούλας ο Διοικητής κ. Ανδρέας Πλεμμένος*, ο Αναπλ. Διοικητής κ. Αιμίλιος Βουγιουκλάκης* και ο Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας τ. Αναπλ. Καθηγητής Δημήτριος Δελακάς, από δε πλευράς οδοντιατρικής κοινότητας η Γεν. Γραμματέας της ΕΟΟ κ. Μαρία Μενενάκου* και ο Πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιώς (ΟΣΠ) κ. Μιχάλης Αγρανιώτης.

Η ημερίδα με τη συμμετοχή των διακεκριμένων ομιλητών και τη διάδραση με τους παρακολουθούντες εκπλήρωσε πλήρως τους σκοπούς της.

* Οι ιδιότητες αναφέρονται ως είχαν κατά την 14η Μαρτίου 2023.



Εικ. 1:

Έναρξη: Οι κ.κ. Δημητρίου, Ζερβού, Μενενάκου, Μοδινού, Στουφή, Μπεχράκης



Εικ. 2:

Άποψη του Αμφιθεάτρου



Εικ. 3:

Άποψη του Αμφιθεάτρου και της έδρας



Εικ. 4: Η κ. Ζερβού στο βήμα



Εικ. 10:
Η κ. Στουφή στο βήμα



Εικ. 5:
Στο Αμφιθέατρο, η κ. Μοδινού και ο κ. Δελακάς



Εικ. 11:
Ο κ. Πλεμμένος στο βήμα



Εικ. 6:
Η κ. Μενενάκου στο βήμα



Εικ. 7:
Ο κ. Αγρανιώτης στο βήμα



Εικ. 10:
Ο κ. Βουγιουκλάκης στο βήμα



Εικ. 8:
Ο Καθ. κ. Μπεχράκης στο βήμα



Εικ. 9:
Η κ. Δημητρίου στο βήμα



Εικ. 13:
Πέρας: Οι κ.κ. Δημητρίου, Στουφή, Μπεχράκης, Ζερβού, Μοδινού

