ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ 1668/02

Οδοντιατρικό Βημα

ΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ Ζωοδόχου Πηγής 54 106 81 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3809 495 e-mail: odvima@otenet.gr ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2010 ΤΕΥΧΟΣ 71

Επικοινωνία: μια άγνωστη μέχρι τώρα έννοια στη σχέση οδοντιάτρου-ασθενούς

Φοβία και άγχος είναι τα συναισθήματα που συνήθως βιώνουν οι ασθενείς πριν επισκεφτούν τον οδοντίατρό τους. Για να διαχειριστεί ο οδοντίατρος τα προβλήματα αυτά, χρειάζεται να έχει ιδιαίτερες επικοινωνιακές ικανότητες, ώστε να προσεγγίσει «ανθρώπινα» τον ασθενή του και στη συνέχεια να του παράσχει την καλύτερη δυνατή οδοντιατρική θεραπεία. Ο οδοντίατρος και εκπαιδευτής στο Ινστιτούτο Επιμόρφωσης του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης **Δημήτρης Δημητριάδης** μιλάει για το μείζον θέμα της επικοινωνίας οδοντιάτρου-ασθενούς. *Σελ. 4*

Η λειτουργική «νευρεκτομή» στην ιδιοπαθή νευραλγία του τριδύμου νεύρου

Ως **ιδιοπαθής νευραλγία του τριδύμου νεύρου** χαρακτηρίζεται η επώδυνη διαταραχή της τραχηλοπροσωπικής χώρας (περιοχή διανομής του νεύρου αυτού), της οποίας το κύριο, το δεσπόζον, κλινικό σύμπτωμα, ο πόνος δηλαδή, εμφανίζεται έντονος, οξύς (διαξιφιστικός) και διαλείπων με χρονικά μεσοδιαστήματα ηρεμίας ποικίλης διάρκειας.

Η έκλυση του πόνου εκδηλώνεται αυτόματα και απροειδοποίητα, αν και συχνά προηγείται η λεγόμενη εισαγωγική αύρα, που καθιστά τον έμπειρο ασθενή κοινωνό της επέλευσης της επώδυνης κρίσης.

Στις νευραλγίες βέβαια, εκτός από τις ιδιοπαθείς, που είναι άγνωστης αιτιολογίας, ανήκουν και επώδυνες καταστάσεις, συμπτωματικές καλούμενες, που οφείλονται σε κάποιο συγκεκριμένο ανιχνεύσιμο αίτιο, φλεγμονώδες, τραυματικό ή άλλο.

Ως **μείζονες ιδιοπαθείς νευραλγίες** θεωρούνται αυτή του τριδύμου και η του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου, ενώ **ελάσσονες** καλούνται αυτές που αφορούν στο γονάτιο γάγγλιο, στο πνευμονογαστρικό νεύρο (λαρυγγικό), στο ινιακό νεύρο κ.ά. Του καθηγητή της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής **Χρ. Μάρτη** και του λέκτορα της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων **Βασ. Ράγκου.** *Σελ. 10*

Νέες κλινικές τεχνικές για πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του στόματος

Ο καρκίνος του στόματος είναι ο έκτος σε συχνότητα καρκίνος, αφού αντιπροσωπεύει περίπου το 3-4% όλων των κακοήθων όγκων στον άνθρωπο. Κάθε χρόνο εμφανίζονται πάνω από 500.000 νέες περιπτώσεις σε όλο τον κόσμο, εκ των οποίων οι περισσότερες (93-95%) είναι ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Οι κύριοι προδιαθεσιακοί παράγοντες για την ανάπτυξη ακανθοκυτταρικού καρκινώματος στον βλεννογόνο του στόματος είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ και ιοί HPV. Εάν δεν γίνει έγκαιρη διάγνωση, το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης είναι κάτω από 50%, ποσοστό απογοητευτικά χαμηλό και σχετικά σταθερό τις τελευταίες δεκαετίες. Αντίθετα, αν διαγνωσθεί σε αρχικό στάδιο, το ποσοστό φθάνει και 80%. Της στοματολόγου - οδοντιάτρου, διδάκτορος Παν/μίου Αθηνών **Ελεάνας Στουφή** και του αν. καθηγητή Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών **Γιώργου Λάσκαρη.** *Σελ. 16*

11ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο

Η αρχή του φετινού καλοκαιριού μας βρήκε στο πανέμορφο Λουτράκι, εκεί όπου πραγματοποιήθηκε με εξαιρετική επιτυχία το 11ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο, με θέμα «Ο ρόλος του γενικού οδοντιάτρου «εν μέσω» των εξειδικεύσεων» κάτω από την άψογη διοργάνωση του Οδοντιατρικού Συλλόγου Κορινθίας. Στις 18, 19 και 20 Ιουνίου, στο μοναδικό συνεδριακό χώρο του ξενοδοχείου Club Hotel Casino Loutraki είχαμε την ευκαιρία να παρακολουθήσουμε ένα από τα αρτιότερα επιστημονικά συνέδρια, η επιτυχία του οποίου στηρίχτηκε στη πλούσια θεματολογία πάνω στα πιο καίρια και σύγχρονα ζητήματα της οδοντιατρικής πρακτικής, στην οργανωτική του επιτροπή, αλλά και στους καταξιωμένους ομιλητές που το τίμησαν με την παρουσία τους και συνέβαλαν καθοριστικά στην επιστημονική εγκυρότητα του συνεδρίου. *Σελ. 20*

Γναθοπροσωπική χειρουργική και εμφυτεύματα
Παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχία των εμφυτευμάτων

Στο δεύτερο μέρος του μεγάλου αυτού θέματος αναλύεται ο παράγοντας «ιατρός», ο οποίος αφού εκτιμήσει όλα τα δεδομένα, θα πρέπει να είναι σε θέση να επιλέξει το κατάλληλο εμφύτευμα και να προβεί στο σχεδιασμό της προσθετικής εργασίας. Τη στήλη επιμελείται ο Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών, διευθυντής της Κλινικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Νοσοκομείου «Αττικόν» **Ε. Βαϊρακτάρης**. *Σελ. 30*

Η αποτύπωση στις ολικές οδοντοστοιχίες
Μέρος ΙΙ: Τεχνικές

Ανατρέχοντας στην πλούσια σχετική βιβλιογραφία, διαπιστώνουμε ότι οι τεχνικές αποτύπωσης για ολικές οδοντοστοιχίες ομαδοποιούνται σε τρεις βασικές κατηγορίες ανάλογα με την ασκούμενη στους υποκείμενους ιστούς πίεση. Έτσι έχουμε τεχνικές *με άσκηση πίεσης*, τεχνικές *χωρίς άσκηση πίεσης* και τέλος τεχνικές με *εκλεκτική πίεση* της αποτυπούμενης επιφάνειας. Είναι προφανές, ωστόσο, ότι η κατάταξη αυτή έχει θεωρητικό μάλλον χαρακτήρα, δεδομένου ότι στην πράξη είναι αδύνατον να εφαρμόσουμε μια συγκεκριμένη τεχνική χωρίς άθελά μας να υπεισέλθουμε στα χαρακτηριστικά μιας άλλης. Η τεχνική που περιγράφουμε εδώ εντάσσεται στην τρίτη κατηγορία, δηλαδή εκείνη της εκλεκτικής πίεσης και, χωρίς να είναι μοναδική, χαρακτηρίζεται από τη μακρόχρονη κλινική της τεκμηρίωση αλλά και την *υψηλή διδακτική της αξία*. Γράφει ο **Ηρακλής Χ. Καρκαζής**, αναπληρωτής καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ. *Σελ. 38*

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Ενδοδοντολογία

Η επίσημη επιστημονική έκδοση της ΕΕΕ

Βασική κατεύθυνση η προβολή της κλινικής Ενδοδοντολογίας

Απαραίτητος σύμβουλος για τους Γενικούς Οδοντιάτρους και τους Ενδοδοντολόγους

Κυκλοφόρησε το 8ο τεύχος

ΕΤΗΣΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗ
(για 2 τεύχη το χρόνο)
Μέλη ΕΕΕ: 35 ευρώ
Μη μέλη: 40 ευρώ
Φοιτητές: 25 ευρώ
Τιμή τεύχους: 25 ευρώ
Συνδρομή εξωτερικού: 60 ευρώ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΑΣ: Ζωοδόχου Πηγής 54, 106 81 Αθήνα, Τηλ.: 210 3814 939, Fax: 210 3809 495, e-mail: odvima@otenet.gr

Τώρα μπορείτε να προμηθευτείτε τα πρώτα έξι τεύχη

και το λεξικό ενδοδοντολογικών όρων

δώρο

σε μία συλλεκτική συσκευασία

Τιμή: 100 ευρώ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Μηνιαία Έκδοση

Κωδικός 6446

Ιδιοκτήτης: **ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ Μ.Ε.Π.Ε.**

Εκδότης: **Γιάννης Καρκατζούλης**

Ζωοδόχου Πηγής 54 106 81 Αθήνα
Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3809 495
e-mail: odvima@otenet.gr

Διευθυντής: **Γιάννης Καρκατζούλης**

Αρχισυντάκτης: **Όθωνας Γκότσης**

Σύνταξη: **Βίκυ Κουρλιμπίνη**
Αγγελική Λαμπροπούλου
Γιούλη Κόκκορη

Ειδικοί συνεργάτες:
Χρίστος Γ. Μαρκόπουλος, *Ιατρός*

Διόρθωση:
Δήμητρα Καράμπελα, *Φιλόλογος*

Υπεύθυνος Τυπογραφείου:
MEDIA PRESS Β. & Σ. ΚΟΤΣΑΤΟΣ
26ο χλμ. Λ. Λαυρίου - Κορωπί
Τηλ. 210 6620476

Επικοινωνία

Μια άγνωστη μέχρι τώρα έννοια στη σχέση οδοντιάτρου-ασθενούς

Φοβία και άγχος είναι τα συναισθήματα που συνήθως βιώνουν οι ασθενείς πριν επισκεφθούν τον οδοντίατρό τους

• Θα με πονέσει • Θα είμαι πρησμένος
• Θα επιτύχει η θεραπεία • Με προβληματίζει το κόστος

Είναι μερικά από τα στερεότυπα που ακούει ο κάθε οδοντίατρος στην καθημερινή του πρακτική. Για να διαχειρισθεί λοιπόν τα προβλήματα αυτά, ο οδοντίατρος χρειάζεται να έχει ιδιαίτερες επικοινωνιακές ικανότητες, ώστε να προσεγγίσει «ανθρώπινα» τον ασθενή του και στη συνέχεια να του παράσχει την καλύτερη δυνατή οδοντιατρική θεραπεία.

Το «**Οδοντιατρικό Βήμα»** συνάντησε τον οδοντίατρο και εκπαιδευτή στο Ινστιτούτο Επιμόρφωσης του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, κ. **Δημήτρη Δημητριάδη,** ο οποίος μας μίλησε για το μείζον θέμα της επικοινωνίας οδοντιάτρου - ασθενούς.

Γράφει η **Γιούλη Κόκκορη** Δημοσιογράφος - Οδοντίατρος

Κε Δημητριάδη, θεωρείτε πολύπλοκη τη σχέση οδοντιάτρου - ασθενούς σε σχέση με την αντίστοιχη που αναπτύσσεται από άλλες ιατρικές ειδικότητες;

Η ουσία της θεραπευτικής σχέσης πιστεύω ότι είναι η ίδια, είτε μιλάμε για ιατρούς, για οδοντίατρους ή άλλες ειδικότητες στον χώρο της φροντίδας της υγείας.

Προφανώς, υπάρχουν περιπτώσεις που χαρακτηρίζονται ευαίσθητες με ιδιαίτερες και ξεχωριστές ανάγκες (για παράδειγμα η φροντίδα χρόνια πασχόντων ατόμων, καρκινοπαθών κ.ά.): η οδοντιατρική νομίζω ότι βρίσκεται κάπου στο μέσον, με τα θετικά και τα αρνητικά της.

Σίγουρα η σχέση μεταξύ οδοντιάτρου και ασθενούς δεν είναι απλή, με την έννοια ότι ο οδοντίατρος καλείται να προσφέρει κάτι παραπάνω από την φροντίδα του συμπτώματος ή την απλή ανακούφιση. Σήμερα χρειάζεται να εστιάσουμε την προσοχή μας πέραν της αποκατάστασης της υγείας του στόματος, προς τον παράγοντα «άνθρωπο», καθώς σε αυτόν παρέχουμε υπηρεσίες και εμείς οι ίδιοι επηρεαζόμαστε από αυτόν.

Υπάρχει μία προκατάληψη που λέει ότι «στον οδοντίατρο θα πονέσουμε». Πως μπορούμε να την αντιμετωπίσουμε;

Ανέκαθεν, η επίσκεψη σε οιονδήποτε γιατρό αποτελούσε μια επιβαρημένη διαδικασία, η οποία συνοδεύεται από άγχος και στρες, δεδομένου ότι ο ένας από τους δύο -ο ασθενής- βρίσκεται σε μειονεκτική θέση σε σχέση με την υγεία του.

Η οδοντιατρική φροντίδα δεν αποτελεί εξαίρεση στον κανόνα: αντίθετα, φαίνεται ότι είναι φορτωμένη με επιπλέον φόβους και αγωνίες -βάσιμους ή μη- κυρίως εξαιτίας δυσάρεστων εμπειριών του παρελθόντος. Στις μέρες μας, βέβαια, υπάρχουν όλο και περισσότεροι άνθρωποι, οι οποίοι προσεγγίζουν την επίσκεψη στο οδοντιατρείο με λιγότερο φόβο, γεγονός που οφείλεται μάλλον στις ποιοτικότερες οδοντιατρικές υπηρεσίες που απολαμβάνουν.

Πιο συγκεκριμένα τώρα, για τον φόβο και την αγωνία των ασθενών ότι «θα πονέσουν» -και στην περίπτωση που δεν υπάρχει υπόβαθρο κάποιας ψυχικής διαταραχής- φαίνεται πως υπάρχουν δύο «εργαλεία» για την διαχείριση του προβλήματος. Πρώτον, φροντίζουμε η θεραπευτική διαδικασία να είναι όσο το δυνατόν ανώδυνη και ευχάριστη για τους ασθενείς μας και δεύτερον προσπαθούμε να εξηγήσουμε τι κάνουμε και τι πρόκειται να κάνουμε κατά τη διάρκεια της επίσκεψης.

Όσοι το εφαρμόζουμε αυτό, γνωρίζουμε την αποτελεσματικότητά του: φαίνεται ότι ακόμα και αν πονά ο ασθενής, εφόσον γνωρίζει την αιτία και την διάρκεια της δυσάρεστης αίσθησης, ο πόνος γίνεται ανεκτός. Άλλωστε, ο πόνος μπορεί να μην είναι επιθυμητός, όμως η **εμπειρία του πόνου μπορεί να γίνει μία δοκιμασία θετική:** ο ασθενής γνωρίζει ότι «τα κατάφερε» και η διαδικασία αυτή τον ενδυναμώνει.

Τελικά, αυτό που έχει μεγάλη σημασία είναι η **συνεχής έκθεση** του ασθενούς σε μία θετική διαδικασία, μέσω της οποίας συνειδητοποιεί ότι η οδοντιατρική θεραπεία μπορεί και να μην είναι επώδυνη. Ακόμη και αν έχει προηγούμενες επώδυνες εμπειρίες, αυτό μπορεί να αλλάξει με την επιβεβαίωση ενός διαφορετικού μοντέλου ανώδυνης διαδικασίας, βιωματικά με επιτυχημένη εφαρμογή της αναισθησίας και στο γνωστικό επίπεδο με την κατανόηση της διαδικασίας.

Μια που η επικοινωνία είναι πάντα αμφίδρομη, πόσο μπορεί και με ποιο τρόπο να βοηθήσει ο ασθενής τον ιατρό του;

Φαίνεται ότι και εμείς επηρεάζουμε τον ασθενή, αλλά και ο ασθενής μάς επηρεάζει με την συμπεριφορά του. Όλες αυτές είναι σχέσεις επιρροής και διαρκούς αλληλεπίδρασης, οι οποίες καλλιεργούνται και επιβεβαιώνονται διαρκώς.

Εάν η σχέση δεν είναι καλή και επιβεβαιώνεται κάτι δυσάρεστο (φόβος, καχυποψία, έλλειψη εμπιστοσύνης κ.ά.), τότε οι συναντήσεις μπορεί να γίνουν πολύ απαιτητικές και για τις δύο πλευρές: ο γιατρός μπορεί να αισθάνεται πίεση ή και αδιαφορία, ενώ ο ασθενής εκδηλώνει, συνήθως, την δυσαρέσκειά του μέσα από την σιωπή, την μη τήρηση των ραντεβού κλπ. Γενικά, οι οδοντίατροι χρειάζεται να **επιτρέψουν** στους ασθενείς τους να τους βοηθήσουν και κάτι τέτοιο μπορεί να γίνει μόνο μέσα από την εδραίωση σχέσεων εμπιστοσύνης και αλληλοεκτίμησης. Βέβαια, οι συνθήκες (οργάνωση του συστήματος παροχής οδοντιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα, χρηματοδότηση των υπηρεσιών, οικονομική δυσχέρεια κ.λπ.), είναι μάλλον αντίξοες για παρόμοιους στόχους, φαίνεται όμως ότι δεν έχουμε άλλη επιλογή. Δεν αρκεί να διεκπεραιώνεται άριστα η οδοντιατρική εργασία, χρειάζεται να παρέχουμε ποιοτικότερες υπηρεσίες σε όλο το φάσμα της θεραπευτικής σχέσης.

Πώς μπορούν οι οδοντίατροι να αξιοποιήσουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες και ποια από τα προσωπικά τους ελαττώματα πρέπει να απορρίψουν ώστε να διευκολύνουν την προσέγγιση;

Κατ' αρχάς, όλοι έχουμε τις δυσάρεστες πλευρές μας και οι ασθενείς μας, εφόσον μας επιλέγουν, κατά κάποιο τρόπο αποδέχονται τις πλευρές αυτές. Ίσως το πιο σημαντικό κομμάτι για τον γιατρό είναι η κατανόηση του γεγονότος ότι η συμπεριφορά του επηρεάζει τους άλλους και αυτό ενδέχεται να έχει και δυσάρεστες όψεις. Μέσα από αυτό το πρίσμα, βοηθάει πολύ να αρχίσουμε να παρατηρούμε τον τρόπο που υπάρχουμε στο οδοντιατρείο και στις σχέσεις με τους ασθενείς και να στοχαζόμαστε -όχι μόνο με φιλοσοφικούς όρους, αλλά με την έννοια του «οτιδήποτε κάνω αντανακλά στους άλλους και πώς μπορεί να αισθάνομαι για αυτό». Εάν ο οδοντίατρος γνωρίζει τι μπορεί να σημαίνει ο τρόπος που στέκεται και κοιτά, ο τρόπος που μιλάει και εξηγεί και ο χρόνος που αφιερώνει στους ασθενείς του (και επειδή οι τελευταίοι σχεδόν ποτέ δεν θα διαμαρτυρηθούν, για προφανείς λόγους), είναι στο χέρι του να αρχίσει να παρατηρεί και να διορθώνει την συμπεριφορά του.

Βέβαια, είναι δύσκολο να αποδεχθεί κάποιος ότι υπάρχει κάτι λάθος στον τρόπο που συμπεριφέρεται. Κάτι τέτοιο γίνεται αντιληπτό, με δυσάρεστο τρόπο, όταν αντιμετωπίζουμε περιστατικά συγκρούσεων και παρεξηγήσεων με ασθενείς, συνεργάτες ή συναδέλφους. Τότε μπορεί να αναρωτηθούμε: «τι δεν έκανα σωστά; Ποιο είναι το μερίδιο ευθύνης που μου αναλογεί;»

Το παρήγορο είναι ότι υπάρχει και μία **σοφία** που έρχεται με τον χρόνο. Η ίδια η εμπειρία υποδεικνύει στον καθένα τι να κάνει και τι όχι, αρκεί όμως και πάλι να έχει τα αυτιά του και τα μάτια του ανοιχτά και να είναι έτοιμος να αφομοιώσει κάθε νέα πληροφορία.

Το βέβαιο είναι ότι ο γιατρός χρειάζεται καθοδήγηση, ιδιαίτερα στο ξεκίνημα της καριέρας του, όχι μόνο πάνω στο θεωρητικό κομμάτι, αλλά και στο συναισθηματικό, το πώς δηλαδή εμπλέκεται ο ίδιος στην σχέση. Δυστυχώς δεν έχουμε διδαχθεί τις θεμελιώδεις αρχές που διέπουν τις ανθρώπινες σχέσεις. Εάν είχαμε **εκπαιδευτεί** σε αυτές, τότε θα μπορούσαμε να μιλήσουμε καλύτερα για **δεξιότητες,** όπως την σημασία τού να ακούμε τον ασθενή, το πώς μπορεί να γίνει αυτό και με ποιον τρόπο διευκολύνει την αποτελεσματική επικοινωνία. Εδώ και λίγο καιρό στα Πανεπιστήμια της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης έχουν

αρχίσει να μπαίνουν οι επιστήμες της συμπεριφοράς σαν μαθήματα επιλογής, αλλά αυτό δεν αρκεί. Και φυσικά, αυτό δεν αποτελεί αναπηρία μόνο του οδοντιατρικού κλάδου, αλλά της ιατρικής γενικότερα. Το παράδοξο είναι ότι βρισκόμαστε, σαν επιστήμη, τόσο κοντά στον άνθρωπο ταυτόχρονα όμως έχουμε τόσο μεγάλη απόσταση από τον ασθενή μας. **Μοιάζει η επαφή με τον ασθενή να μην είναι αναγκαία ή να μην επιτρέπεται.** Και το χειρότερο είναι ότι αυτό το βιώνει πρωτίστως ο ασθενής.

Από τα στοιχεία που υπάρχουν, οι άνδρες ή οι γυναίκες οδοντίατροι επικοινωνούν καλύτερα με τον ασθενή;

Δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που να υποστηρίζουν κάτι τέτοιο. Θα έλεγα ότι ο καθένας από μας, είτε άντρας, είτε γυναίκα, **φτιάχνει** τις σχέσεις του με τους ασθενείς του. Μεγάλη σημασία έχει να είναι κάποιος καλός στην δουλειά του, αλλά ελπίζω ότι όλοι λίγο-πολύ είμαστε καλοί, λόγω της υψηλής ποιότητας εκπαίδευσης που λαμβάνουμε.

Ο γενικός οδοντίατρος έχει την πολυτέλεια να παρατηρήσει ότι την στιγμή που προσέρχεται στο οδοντιατρείο ο ασθενής, κουβαλά κάτι περισσότερο από το δόντι που πονάει ή τα ούλα που αιμορραγούν: μεταφέρει την αγωνία για την κατάσταση της υγείας του, τόσο που ακόμα και η λήψη μίας οπισθοφατνιακής ακτινογραφίας περικλείει το άγχος για το «μήπως δείξει κάτι κακό; πόσο σοβαρό είναι αυτό που μου συμβαίνει;». Οι ασθενείς, από την άλλη πλευρά, έχουν την ανάγκη του ανθρώπου ο οποίος εκτός από την αποκατάσταση της υγείας των δοντιών θα μπορέσει να είναι σύμβουλος και καθοδηγητής για τα ζητήματα της υγείας που τους απασχολούν.

Από αυτήν τη σκοπιά, οι σχέσεις που δημιουργούμε είναι μοναδικές και πρέπει να τις φροντίζουμε συνεχώς, είτε είμαστε άντρες, είτε γυναίκες. Για κάποιους ανθρώπους αυτό είναι εύκολο και φαίνεται ότι οι γυναίκες έχουν ένα προβάδισμα, έχουν δεξιότητες που σε πρώτο επίπεδο βοηθούν την επικοινωνία. Ο γιατρός όμως, άντρας ή γυναίκα, εμπνέει εμπιστοσύνη όχι μόνο με τα λόγια αλλά και με την ποιότητα της εργασίας του, την συμπεριφορά του και κυρίως την μη-λεκτική επικοινωνία με τον ασθενή. Και φυσικά η διεργασία αυτή δεν είναι μονόδρομος: κάποτε θεωρούσαμε ότι οι ασθενείς έρχονται σ' εμάς επειδή είμαστε καλοί, όμως όχι. Έρχονται σ' εμάς γιατί είμαστε αυτοί που είμαστε, μας ταιριάζουν και με κάποιον τρόπο τούς ταιριάζουμε και εμείς. Οι μόνιμοι ασθενείς -εκείνοι που θα μας συστήσουν και σε άλλους- είναι αυτοί με τους οποίους αισθανόμαστε καλά, μας αρέσει να εργαζόμαστε μαζί τους, το εκτιμούν και επανέρχονται, ενδυναμώνοντας μια θετική εμπειρία, που εν τέλει κάνει καλύτερη την δουλειά μας. Έτσι, κατά την γνώμη μου, φτιάχνονται οι σχέσεις, άρα και η θεραπευτική σχέση, και με αυτό τον τρόπο αναδύεται ο σημαντικός ρόλος του γιατρού ως καθοδηγητή.

"Ένα σοβαρό ζήτημα είναι η διαχείριση των ασθενών που εμφανίζονται στο οδοντιατρείο άριστα πληροφορημένοι από το Διαδίκτυο για την πάθησή τους. Φυσικά η Πληροφορία δεν είναι και Γνώση, αντίθετα μπορεί να αποτελέσει επιπλέον πηγή άγχους για τους ασθενείς και παρεξηγήσεων για τους οδοντιάτρους. Να, λοιπόν, μία ακόμη περίπτωση όπου ο οδοντίατρος χρειάζεται να «εκπαιδεύσει» τον ασθενή και να τον καθοδηγήσει στην ουσιαστική γνώση για την κατάσταση της υγείας του."

Ποια άλλα κρίσιμα ζητήματα στην επικοινωνία αντιμετωπίζει ο σημερινός οδοντίατρος;

Ένα σοβαρό ζήτημα είναι η διαχείριση των ασθενών που εμφανίζονται στο οδοντιατρείο άριστα πληροφορημένοι από το Διαδίκτυο για την πάθησή τους. Φυσικά η Πληροφορία δεν είναι και Γνώση, αντίθετα μπορεί να αποτελέσει επιπλέον πηγή άγχους για τους ασθενείς και παρεξηγήσεων για τους οδοντιάτρους. Να, λοιπόν, μία ακόμη περίπτωση όπου ο οδοντίατρος χρειάζεται να «εκπαιδεύσει» τον ασθενή και να τον καθοδηγήσει στην ουσιαστική γνώση για την κατάσταση της υγείας του.

Υπάρχει ακόμα ένα εξίσου σημαντικό θέμα, για το οποίο σπάνια συζητάμε, αλλά μας αφορά πολύ: οι ασθενείς ποτέ δεν έρχονται μόνοι τους στο οδοντιατρείο -και βέβαια δεν εννοώ την φυσική παρουσία ή απουσία τρίτων. Συνήθως «κουβαλούν» τους αόρατους συγγενείς, φίλους, γνωστούς που τους έχουν πει, για παράδειγμα, «θα βγάλεις φρονιμίτη; Θα είσαι πρησμένος δέκα μέρες», ή «ο δικός μου οδοντίατρος όταν με είχε πονέσει το δόντι μου είχε κάνει το τάδε…» ή «τα παιδικά δόντια δεν χρειάζονται σφράγισμα γιατί θα πέσουν». Αυτές οι *φωνές*, λοιπόν, μαζί με τις προσωπικές εμπειρίες των ασθενών, συνθέτουν αντιλήψεις και στερεότυπα για την επίσκεψη στο οδοντιατρείο που, κάποιες φορές, είναι εξαιρετικά δύσκολο να ξεπεραστούν. Εκεί χρειάζεται υπομονή και κατανόηση. Μπορούμε, για παράδειγμα, να εκπλήξουμε ευχάριστα τους ασθενείς μας εάν τους αντιμετωπίσουμε με διαφορετικό και μη αναμενόμενο τρόπο. Εάν αλλάξει η δική μας συμπεριφορά και προσέγγιση, παρατηρούμε ότι με τον ίδιο τρόπο αλλάζει σιγά-σιγά η συμπεριφορά και των ασθενών.

Η επίδειξη των βλαβών στον ασθενή με την ενδοστοματική κάμερα βοηθάει θετικά προς την κατεύθυνση της μείωσης του άγχους;

Θεωρώ ότι βοηθά με πιο άμεσο τρόπο σε σχέση με τα φυλλάδια ή κάποιο άλλο υλικό και είναι ιδανικό εργαλείο για έναν οδοντίατρο προσανατολισμένο να εξηγεί στους ασθενείς του την κατάσταση της στοματικής υγείας και τα στάδια της θεραπείας. Στην ΕΣΔΥ (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας), είχαμε υλοποιήσει ένα ερευνητικό έργο για την σχέση οδοντιάτρου και ασθενούς, από το οποίο προέκυψε πως αυτό που έχει μεγαλύτερη σημασία για τους ασθενείς -εκτός από την ανώδυνη θεραπεία- είναι η **προσωπικότητα του οδοντιάτρου**, ο τρόπος δηλαδή που θα μιλήσει στον ασθενή, αν θα τον ακούσει, αν θα του εξηγήσει και εάν θα τον εμπλέξει στην διαδικασία λήψης αποφάσεων για την υγεία του. Ο ενημερωμένος ασθενής αισθάνεται λιγότερο ανασφαλής, συνειδητοποιεί τον χρόνο και τα χρήματα που θα ξοδέψει και μας εμπιστεύεται όχι τυφλά, αλλά γιατί πλέον γνωρίζει. Είναι πιο εύκολο έτσι να προχωρήσουμε σε μία **κοινή απόφαση** για το σχέδιο θεραπείας και το είδος της αποκατάστασης που θα απαιτηθεί και αυτό έχει την μεγαλύτερη σημασία, γιατί τελικά ο ασθενής θα «κουβαλά» την εργασία μας στο στόμα του.

Πόσο βοηθά ένα μοντέρνο οδοντιατρείο την ψυχολογία του ασθενούς;

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο χαρακτήρας του περιβάλλοντος χώρου του οδοντιατρείου επηρεάζει τους ασθενείς μας. Ένας καλά οργανωμένος και ευχάριστος χώρος υποδοχής, για παράδειγμα, σε συνδυασμό με ένα λειτουργικό χώρο εργασίας μπορεί να βοηθήσει στην δημιουργία της θετικής εμπειρίας από την επίσκεψη στο οδοντιατρείο, για την οποία μιλήσαμε προηγούμενα.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν ασθενείς που επιλέγουν να πηγαίνουν σε ιατρεία που δεν είναι φωτεινά, με μικρό χώρο αναμονής, που θεωρούν δεδομένο ότι θα περιμένουν 45 λεπτά και άλλοι που δεν ανέχονται να περιμένουν ούτε λεπτό. Υπάρχουν κάποιοι που λένε «πάω στον γιατρό, δεν μου μιλάει, αλλά όταν δουλεύει δεν καταλαβαίνω τίποτε και ποτέ δεν έχω πρόβλημα» και άλλοι που λένε «αυτός ο άνθρωπος είναι μουγκός». Συνεπώς, δεν μπορεί να γνωρίζουμε με βεβαιότητα τι αναζητά ο καθένας και πώς φτιάχνει την σχέση του. Ένα μοντέρνο οδοντιατρείο μπορεί να επηρεάζει θετικά έως ένα βαθμό τους ασθενείς (κυρίως ίσως τους οδοντιάτρους…) αλλά, σε τελική ανάλυση, σημασία έχει να ολοκληρωθεί με θετικό κατά το δυνατόν τρόπο η θεραπεία μέσα σε ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης και ασφάλειας.

Πόσο υπεισέρχεται ο οικονομικός παράγων στη σχέση αυτή;

Δυστυχώς, ο ανταγωνισμός αλλά και η οικονομική δυσχέρεια που μπορεί να βιώνει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις συναλλαγές με τους ασθενείς μας. Οι δυσάρεστες όψεις του φαινομένου αφορούν παράπονα και από τις δύο πλευρές (π.χ. υψηλές τιμές οδοντιατρικών υπηρεσιών / ασυνέπεια στην αποπληρωμή των εργασιών), τα οποία μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και σε δικαστικές διαμάχες, με μεγάλο οικονομικό και ψυχολογικό κόστος. Για να προλάβουμε τέτοιου τύπου καταστάσεις χρειάζεται να επενδύσουμε στην δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης. Είναι ίσως ο μόνος δρόμος που θα μας οδηγήσει να έχουμε ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό αποτέλεσμα, ώστε και ο ασθενής να μείνει ευχαριστημένος και να μας συστήσει και σε άλλους. Αν πάλι, είναι δυσαρεστημένος -καθώς όλα μπορεί να συμβούν-, μπορούμε να περιμένουμε να εκφράσει τη δυσαρέσκειά του με όσο το δυνατόν

«Η τέχνη της επικοινωνίας στο οδοντιατρείο»

Μια πολύ ενδιαφέρουσα ημερίδα έγινε στο Ευγενίδειο Ίδρυμα στις 29 Μαΐου 2010, με ομιλητή τον Καθηγητή της Οδοντιατρικής Σχολής της Nancy, κ. **Daniel Rozencweig**. Η ημερίδα περιελάμβανε διάφορες ενότητες, μεταξύ των οποίων οι καθημερινές δραστηριότητες στο οδοντιατρείο, η αρμονική σχέση κλινικού- ασθενούς και η σχέση του κλινικού με το προσωπικό του οδοντιατρείου. Μέγας χορηγός ήταν η εταιρεία προϊόντων στοματικής υγιεινής **Plac Control**.

Στην κατάμεστη κυριολεκτικά αίθουσα του Πρώην Πλανηταρίου, ο κ. Rozencweig ανέλυσε με ιδιαίτερα παραστατικό τρόπο και με την βοήθεια πολλών διαφανειών, το θέμα των αρχών που πρέπει να διέπουν την επικοινωνία στον χώρο του οδοντιατρείου **και οι οποίες είναι:**

- Κάθε ασθενής πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν VIP (very important person).
- Οι οδοντίατροι θα πρέπει πάνω από όλα να είμαστε **διαθέσιμοι να ακούμε** τις ανάγκες των ασθενών μας και να τους εξηγούμε ενδελεχώς αυτά που πρόκειται να κάνουμε στο στόμα τους.
- Να υποβάλουμε στον ασθενή ερωτήσεις **ανοιχτές** του τύπου «Τι μπορώ να κάνω για να σας βοηθήσω;», «πείτε μου τι συνέβη;», «εξηγήστε μου τι ζητάτε από εμένα», που υποχρεώνουν τον ασθενή να πει στοιχεία σημαντικά για τον εαυτό του. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής εκφράζεται ελεύθερα και ο ιατρός αντιλαμβάνεται το πρόβλημά του.
- Για να έρθουμε κοντά με τον ασθενή μας, θα πρέπει πρώτα να βρούμε τα **κοινά μας σημεία.** Η ενσυναίσθηση (το να μπορούμε δηλαδή να μπαίνουμε στην θέση του άλλου και να συμπάσχουμε μαζί του) είναι πολύ σημαντικός παράγοντας στην σχέση οδοντιάτρου - ασθενούς.
- Να μάθουμε τι επιθυμεί ο ασθενής από μας αλλά και ποια είναι τα όριά του. Έτσι μπορούμε να του περάσουμε το μήνυμα: «όλα τα όνειρά σας μπορούν να πραγματοποιηθούν».
- Με την παρέμβασή μας πρέπει να μάθουμε τον ασθενή να βλέπει σφαιρικά την κατάσταση του στόματός του και να τον καθοδηγήσουμε με τέτοιο τρόπο ώστε ο ίδιος να φθάσει να επιλέξει μόνος του την καλύτερη δυνατή λύση για την αποκατάσταση της στοματικής του κοιλότητας. Δίνουμε έτσι στον ασθενή την δυνατότητα να αναλάβει την ευθύνη της σωστής θεραπείας ή η κατάσταση του στόματός του να παραμείνει όπως έχει.
- Η **σωστή επικοινωνία** απαιτεί πολύ χρόνο και αυτό είναι ένα σοβαρό πρόβλημα για τον οδοντίατρο. Μπορούμε όμως να εκπαιδεύσουμε **τον βοηθό μας**, ώστε αυτός να διεκπεραιώνει ένα μεγάλο μέρος της διαδικασίας της επικοινωνίας.

«θετικότερο» τρόπο, ώστε να έχουμε τις μικρότερες δυνατές επιπτώσεις στο προσωπικό, το εργασιακό και κοινωνικό μας περιβάλλον.

Συνεπώς τη διευθέτηση του οικονομικού θέματος πώς τη διαχειριζόμαστε χωρίς να προκαλέσουμε προβλήματα;

Αυτή είναι μία από τις μεγαλύτερες δυσκολίες και διαρκής πηγή άγχους, για τους περισσότερους οδοντιάτρους, με δύο βασικές εκφάνσεις: η πρώτη αφορά τον τρόπο που ανακοινώνουμε στον ασθενή το ποσό της οικονομικής αποζημίωσης για την εργασία μας και η άλλη τον τρόπο με τον οποίο μπορούμε να προστατευθούμε από την ασυνέπεια ή να διεκδικήσουμε χρωστούμενα από τους ασθενείς μας. Εκτός του ότι ο κάθε οδοντίατρος έχει το προσωπικό ύφος και τη μέθοδο που διαχειρίζεται αυτά τα ζητήματα (π.χ. αναλαμβάνει ο ίδιος την διεκπεραίωση, η γραμματεία του, κάνει διακανονισμούς ή όχι κ.λπ.), αντίστοιχα και οι ασθενείς αποτελούν διαφορετικές περιπτώσεις που χρειάζονται ιδιαίτερη αντιμετώπιση.

Συνήθως, το πρόβλημα σε αυτές τις περιπτώσεις δεν είναι οι γνώριμοι και σταθεροί σε παρουσία ασθενείς του ιατρείου -με όσους δηλαδή έχουμε δημιουργήσει σχέση εμπιστοσύνης-, αλλά μάλλον άγνωστα άτομα, που εκτιμούμε ότι δεν (θα) είναι συνεπείς σε αυτή τη σχέση γιατρού και ασθενή που θέλουμε να δημιουργήσουμε. Είναι δεδομένο ότι, εάν η αγωνία για τις οικονομικές απολαβές από συγκεκριμένα άτομα στο μέλλον είναι μεγαλύτερη από όσο μπορούμε να διαχειριστούμε και επηρεάζει την εργασία και ενδεχομένως την προσωπική μας ζωή, χρειάζεται να προστατέψουμε την επαγγελματική μας δραστηριότητα με όποιους τρόπους κρίνουμε δόκιμους, ανά περίπτωση.

Μετά από κάποια επώδυνη θεραπεία, θεωρείτε σωστό να επικοινωνήσουμε με τον ασθενή με δική μας πρωτοβουλία;

Εξαρτάται από το κίνητρό μας. Σε μία σχέση εμπιστοσύνης και αμοιβαίας εκτίμησης, η ανάγκη να ενημερωθούμε για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς μας μπορεί να επιβάλει την επικοινωνία μαζί του προκειμένου να τον καθησυχάσουμε ή να αλλάξουμε την φαρμακευτική αγωγή ή οτιδήποτε άλλο. Σε μια τέτοια σχέση, προτεραιότητα έχει η φροντίδα της υγείας του ασθενούς και αυτό μπορεί να εκφραστεί με πολλούς τρόπους.

Βέβαια, οι οδοντίατροι συχνά είμαστε αποδέκτες διαφόρων μεθόδων προσέγγισης του ασθενούς, με στόχο την βελτίωση της σχέσης και την προώθηση της επαγγελματικής μας δραστηριότητας. Πριν βιαστούμε να υιοθετήσουμε κάποιες από αυτές τις συμβουλές, ας αναρωτηθούμε: τι ισχύ έχουν και με ποιο τρόπο εφαρμόζονται οι κανόνες της αγοράς στην οδοντιατρική περίθαλψη; ποια είναι η σχέση που χρειάζεται να έχουμε με τον ασθενή μας;

Φαίνεται ότι πάνω σε μία σχέση εμπιστοσύνης και αμοιβαίας εκτίμησης μπορούμε να στηρίξουμε όλο το φορτίο που μπορεί να περιλαμβάνει η φροντίδα της στοματικής υγείας του ασθενούς μας. Και, φυσικά, δυσκολίες θα υπάρχουν πάντα. Οι ασθενείς, όμως, έχουν ένα πολύ οξυμμένο αισθητήριο για τον τρόπο που προσεγγίζονται από τον γιατρό: δεν είναι τυχαίο ότι το 90% των αγωγών που γίνονται σε γιατρούς δεν αφορά την κακή ποιότητα της εργασίας, αλλά την συμπεριφορά του οδοντιάτρου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, δεν γνωρίζω εάν και εφόσον οι κανόνες του marketing είναι ένας καλός σύμβουλος.

Πάντως για τους οδοντιάτρους που κατά κανόνα είναι πολύ πρακτικοί και θέλουν το **«get the job done»,** η ανταπόκριση στο πεδίο της επικοινωνίας και των ανθρώπινων σχέσεων ίσως να είναι ένα επιπλέον φορτίο. Ζητήματα όμως συγκατάθεσης, συμμόρφωσης και ενημέρωσης των ασθενών θα αναδύονται διαρκώς και οι οδοντίατροι θα χρειαστεί τελικά να επενδύσουν σε αυτό που περιγράφουμε ως επικοινωνία και σχέση με τον ασθενή.

Ποια είναι, κατά την γνώμη σας, η μεγαλύτερη αρετή για τον ιατρό;

Η ειλικρίνεια, όσο αυτό είναι δυνατό, με την έν-

Για παιδοδοντίατρους

Τα παιδοδοντιατρεία δεν πρέπει να μοιάζουν με κλινικές για να εντυπωσιάζουν τους γονείς, αλλά θα πρέπει να είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε καταρχήν η εμφάνισή τους να καλωσορίζει και να ανακουφίζει τα παιδιά. Το προσωπικό του παιδοδοντιατρείου θα πρέπει να φορά πολύχρωμες στολές. Το άτομο που είναι στην υποδοχή θα πρέπει να είναι καλά εκπαιδευμένο, ώστε να καθησυχάζει τις ανησυχίες των γονέων. Στην αίθουσα αναμονής θα υπάρχουν παιδικά περιοδικά, βιβλία, επιτραπέζια παιχνίδια, υπολογιστής, κατασκευές και παιχνίδια για να απασχολούν τα παιδιά όση ώρα περιμένουν. Στα παιδιά θα δίνονται ως ανταμοιβή δωράκια, δηλαδή οδοντόβουρτσες ή άλλα αντικείμενα ανάλογα με την ηλικία τους. Ο εξοπλισμός των παιδοδοντιατρείων συμπεριλαμβάνει εκπαιδευτικές αφίσες που δείχνουν τον σωστό τρόπο στοματικής υγιεινής, έγχρωμες σιελαντλίες και αστεία πόστερ που εξηγούν την οδοντιατρική στα παιδιά. Στο παιδοδοντιατρείο τα χρώματα θα πρέπει να είναι φωτεινά και πολύχρωμα και ο χώρος κατάλληλος για παιδιά και τους γονείς τους. Οι τοίχοι θα πρέπει να διακοσμούνται με φωτεινή μπογιά και να υπάρχουν αφίσες εκπαιδευτικές και φωτογραφίες κατάλληλες για παιδιά 2-7 ετών.

Η αίθουσα υποδοχής του οδοντιατρείου

Τον φόβο για τον οδοντίατρο και κατά συνέπεια για το χώρο του οδοντιατρείου μπορεί να μειώσει όχι μόνο η προσωπική επαφή του γιατρού με τον ασθενή, αλλά και ένας φιλόξενος και άνετος χώρος υποδοχής. Η αίσθηση ζεστασιάς και οι συνθήκες μείωσης του άγχους είναι απαραίτητα συστατικά για την ψυχολογία των ασθενών: θα πρέπει να νιώθουν σαν το σπίτι τους, σε έναν ήσυχο χώρο.

Τα χρώματα του χώρου υποδοχής θα πρέπει να είναι απαλά και ο φωτισμός όχι πολύ έντονος. Το καθιστικό θα πρέπει να είναι άνετο σε στυλ κλασικό που θα συνδυάζει τη σύγχρονη τεχνολογία. Η καθαριότητα και η τακτοποίηση του χώρου υποδοχής θα κάνουν τον ασθενή να νιώσει πολύ πιο άνετα και να εγκλιματιστεί εύκολα στο χώρο.

Τα φυτά προσθέτουν μια ζεστασιά και βοηθούν τον ασθενή να νιώθει άνετα σε ένα χώρο που θα τείνει να του αποβάλει το άγχος.

Όσον αφορά τη μυρωδιά του χώρου υποδοχής, θα πρέπει υπάρχει κάποιο αρωματικό χώρου, που θα εμποδίζει τις οσμές των απολυμαντικών και λοιπών οδοντιατρικών οσμών να κατακλύζουν το χώρο υποδοχής.

Η προβολή εκπαιδευτικών video για τη μείωση του φόβου των ασθενών σε οθόνη που θα βρίσκεται στο χώρο υποδοχής, είναι κάτι που θα αυξήσει την επαφή του ασθενούς με την εργασία του οδοντιάτρου και θα τον κάνει να νιώθει πιο εξοικειωμένος με αυτή.

Ειδική μέριμνα θα πρέπει να λαμβάνεται φυσικά για άτομα με ειδικές ανάγκες και ηλικιωμένους, όσον αφορά τα έπιπλα και τους κοινόχρηστους χώρους, ώστε να νιώθουν ευπρόσδεκτοι και όσο το δυνατόν πιο άνετα.

Κάποιες εφημερίδες της ημέρας, περιοδικά ή και άλλο υλικό για ανάγνωση είναι απαραίτητα για τους ασθενείς που θέλουν να διαβάσουν κάτι την ώρα της αναμονής.

Μουσική στο οδοντιατρείο

Οι ήχοι των οδοντιατρικών εργαλείων και μηχανημάτων είναι οξείς και διαπεραστικοί, μεγεθύνονται δε κατά την μετάδοσή τους μέσω των σκληρών οστών του κρανίου. Σκόπιμο είναι λοιπόν να υπάρχει μουσική στο χώρο αναμονής και στο κυρίως ιατρείο. Η μουσική είναι αγχολυτικό μέσο που μειώνει το προεπεμβατικό άγχος και κάνει τους ασθενείς να νιώθουν πιο άνετα.

νοια της ανταλλαγής πληροφορίας και της απουσίας καθοδήγησης και εκμετάλλευσης. Είναι πολλά πράγματα που δεν μπορούμε να τα μεταφέρουμε στον ασθενή για λόγους τεχνικούς ή γιατί εκτιμούμε ότι δεν θα τα καταλάβει. Αυτό όμως, δεν σημαίνει ότι θα αφήσουμε τον ασθενή στο σκοτάδι σχετικά με την κατάσταση της υγείας του ή ότι δεν θα φροντίσουμε να τον ενημερώσουμε σχετικά με τις διαφορετικές εναλλακτικές για την αποκατάσταση της στοματικής του υγείας. Είναι ο τρόπος διαχείρισης αυτών των πληροφοριών, που δίνει το προσωπικό μας στίγμα στις σχέσεις με τους ασθενείς.

Πόσο δύσκολη είναι η παραπομπή σε άλλη ειδικότητα και ποιον χειρισμό απαιτεί;

Όσοι έχει χρειαστεί να παραπέμψουμε σε ειδικευμένο οδοντίατρο ή σε νοσοκομείο κάποιον ασθενή για μία απλή ενδοδοντική θεραπεία που χρειάζεται επανάληψη, μέχρι πιο σοβαρές καταστάσεις, όπως υποψία νεοπλασίας, γνωρίζουμε ότι μερικές φορές είναι δύσκολο να ακούσει και να μας εμπιστευτεί. Φαίνεται όμως ότι όσο πιο ενημερωμένος είναι ο ασθενής, τόσο περισσότερο συμμετέχει στις αποφάσεις και σαν συμμέτοχος είναι πιο ενεργός και λιγότερο καχύποπτος. Άρα, ώς ένα βαθμό, είναι ζήτημα ενημέρωσης και εκπαίδευσης, ειλικρίνειας και χρόνου, επειδή η σχέση εμπιστοσύνης φτιάχνεται με τον χρόνο. Σε τέτοιες σχέσεις δεν πιστεύω ότι κάποιος μπορεί να δυσκολευθεί να παραπέμψει τον ασθενή σε ειδικευμένο συνάδελφο, εάν και εφόσον αυτό κρίνεται απαραίτητο. Εάν ο ασθενής αισθανθεί ότι δεν πετάμε το μπαλάκι σε κάποιον άλλον, αλλά τον παραπέμπουμε προκειμένου να εξυπηρετηθεί με τον καλύτερο τρόπο, η σχέση δεν θίγεται και εμείς παραμένουμε το σημείο αναφοράς. Δεν νομίζω να έχει χάσει ένας οδοντίατρος από μία τέτοια διαδικασία, που καθρεφτίζει μια σχέση εμπιστοσύνης: ο ασθενής πάντα επιστρέφει με ευγνωμοσύνη.

Αντίθετα, η αίσθηση ή η διαπίστωση του ασθενούς ότι δεν του έχουμε πει την αλήθεια, το γεγονός ότι μπορεί να γίνει αποδέκτης αντιφατικών πληροφοριών μεταξύ οδοντιάτρων, οι αντιδεοντολογικές συμπεριφορές εκ μέρους συναδέλφων κ.ά. μπορεί να κλονίσουν την σχέση εμπιστοσύνης. Σε ένα πλαίσιο μη υγιούς ανταγωνισμού, απουσίας ή μη τήρησης των κανονισμών και συνθηκών, όπου το επαγγελματικό συμφέρον προηγείται των αναγκών και της υγείας του ατόμου, η καχυποψία εντείνεται, οι οδοντίατροι θα έχουν αμυντική και απολογητική συμπεριφορά και τα θεμέλια της υγιούς θεραπευτικής σχέσης κλονίζονται. Δυστυχώς, το κλίμα αυτό συντηρείται και ενδυναμώνεται, πολλές φορές, από εμάς τους ίδιους.

Το ζήτημα λοιπόν είναι να προστατεύσουμε τον ασθενή και να τον στηρίξουμε υπεύθυνα και με αγάπη στην επιλογή εκείνη που θα αποκαταστήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τη στοματική του υγεία.

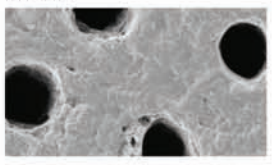
Sensitive Pro-Relief™

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Επιτέλους, άμεση* ανακούφιση από την ευαισθησία στο ιατρείο και στο σπίτι

Καινοτομία: Τεχνολογία Pro Argin™

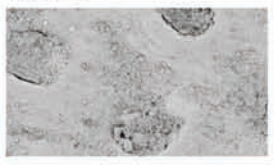
ΠΡΙΝ[1]



In Vitro φωτογραφία από ΗΜΣ οδοντίνης που δεν έχει εφαρμοστεί η τεχνολογία

Τα σωληνάρια που προκαλούν ευαισθησία είναι ανοιχτά

ΜΕΤΑ[1]



In Vitro φωτογραφία από ΗΜΣ οδοντίνης όπου εφαρμόστηκε η τεχνολογία

Τα σωληνάρια έχουν σφραγιστεί για άμεση και διαρκή ανακούφιση

Με την Τεχνολογία Pro-Argin™, μπορείτε επιτέλους να προσφέρετε άμεση* και διαρκή ανακούφιση από την οδοντινική υπερευαισθησία χρησιμοποιώντας το Πρόγραμμα Θεραπείας Colgate® Sensitive Pro-Relief™:

- Απευαισθητοποιητική πάστα στίλβωσης για το οδοντιατρείο
- Οδοντόκρεμα για καθημερινή χρήση στο σπίτι

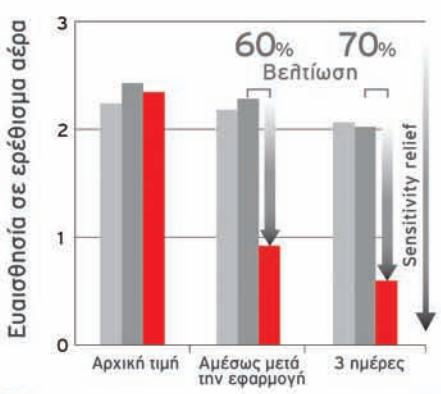
Η Τεχνολογία Pro-Argin™ βασίζεται σε μια φυσική διαδικασία έγκλεισης των οδοντινικών σωληναρίων, που προσελκύει αργινίνη και ανθρακικό ασβέστιο στην επιφάνεια της οδοντίνης για το σχηματισμό ενός προστατευτικού στρώματος που προσφέρει άμεση ανακούφιση.[2]

* Η άμεση ανακούφιση επιτυγχάνεται με την απευθείας εφαρμογή της οδοντόκρεμας στο ευαίσθητο δόντι κάνοντας μασάζ για 1 λεπτό.

Επιστημονικές αναφορές:
1. Petrou I et al. *J Clin Dent.* 2009;20(Spec Iss):23-31.
2. Cummins D et al. *J Clin Dent.* 2009;20(Spec Iss):1-9.
3. Nathoo S et al. *J Clin Dent.* 2009;20(Spec Iss):123-130.

Τα αποτελέσματα είναι επαναστατικά

Η άμεση ανακούφιση επιτυγχάνεται με την απευθείας εφαρμογή της οδοντόκρεμας στο ευαίσθητο δόντι κάνοντας μασάζ για 1 λεπτό και η ανακούφιση διατηρείται στη συνέχεια με βούρτσισμα δύο φορές την ημέρα[3]



Όταν εφαρμόζεται απευθείας στο ευαίσθητο δόντι με το ακροδάχτυλο κάνοντας μασάζ για 1 λεπτό, η Οδοντόκρεμα Colgate® Sensitive Pro-Relief™ προσφέρει άμεση ανακούφιση από την ευαισθησία συγκριτικά με θετικό και αρνητικό μάρτυρα. Η ανακούφιση διατηρείται μετά από 3 ημέρες με βούρτσισμα δύο φορές την ημέρα.

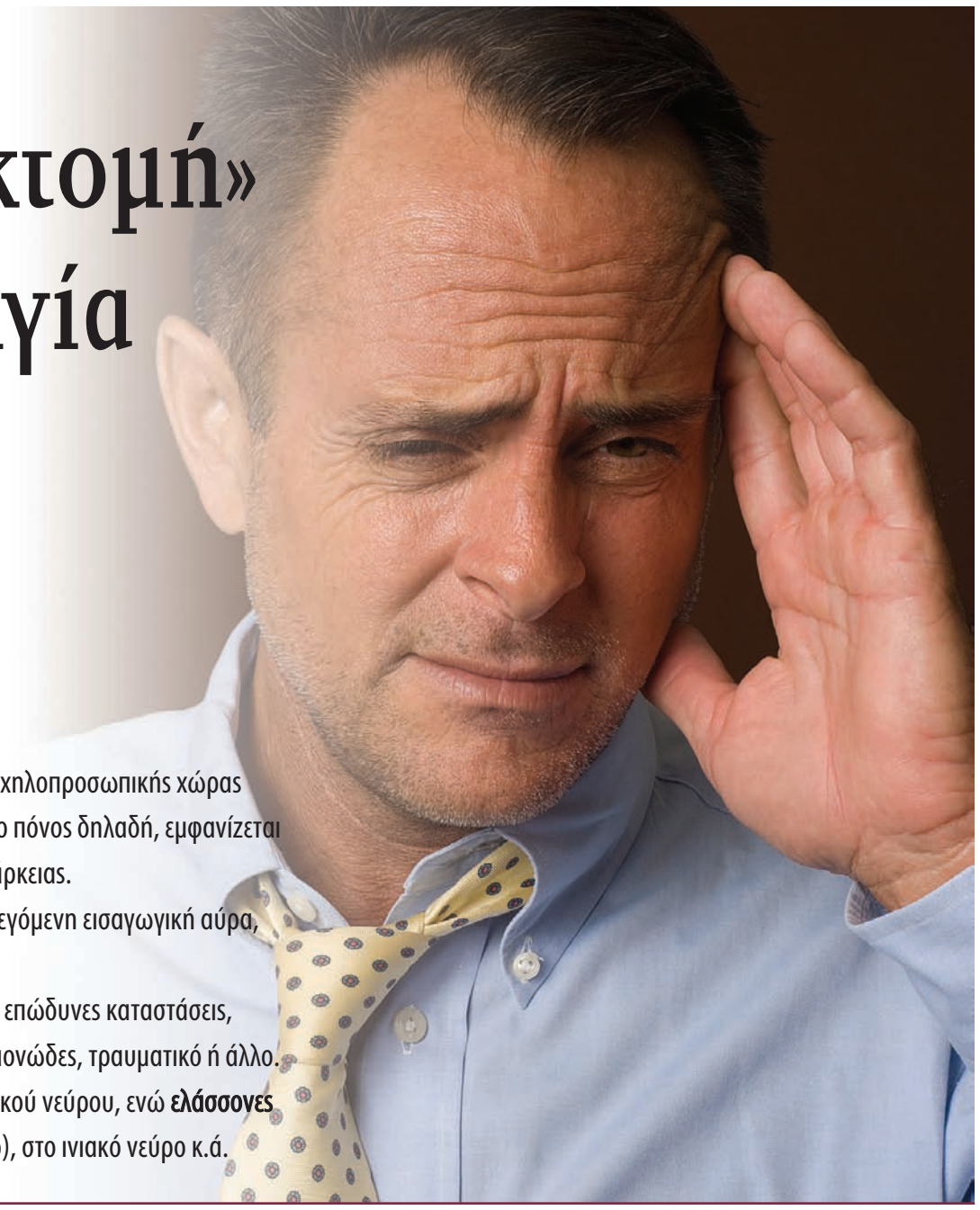
Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα http://colgate-sensitive-pro-relief.colgateprofessional.gr για να μάθετε περισσότερα σχετικά με το πως η άμεση ανακούφιση από την οδοντινική υπερευαισθησία μπορεί να επηρεάσει το οδοντιατρείο σας.

Colgate Ο ΣΥΜΜΑΧΟΣ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΛΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

www.colgateprofessional.gr

Η λειτουργική «νευρεκτομή» στην ιδιοπαθή νευραλγία του τριδύμου νεύρου

Χρ. Μάρτης* - Βασ. Ράγκος**
*Καθηγητής της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής
**Λέκτορας της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής
της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων



Σαν **ιδιοπαθής νευραλγία του τριδύμου νεύρου** χαρακτηρίζεται η επώδυνη διαταραχή της τραχηλοπροσωπικής χώρας (περιοχή διανομής του νεύρου αυτού), της οποίας το κύριο, το δεσπόζον, κλινικό σύμπτωμα, ο πόνος δηλαδή, εμφανίζεται έντονος, οξύς (διαξιφιστικός) και διαλλείπων με χρονικά μεσοδιαστήματα ηρεμίας ποικίλης διάρκειας.
Η έκλυση του πόνου εκδηλώνεται αυτόματα και απροειδοποίητα, αν και συχνά προηγείται η λεγόμενη εισαγωγική αύρα, που τον έμπειρο ασθενή καθιστά κοινωνό της επέλευσης της επώδυνης κρίσης.
Στις νευραλγίες βέβαια, εκτός από τις ιδιοπαθείς, που είναι άγνωστης αιτιολογίας, ανήκουν και επώδυνες καταστάσεις, συμπτωματικές καλούμενες, που οφείλονται σε κάποιο συγκεκριμένο ανιχνεύσιμο αίτιο, φλεγμονώδες, τραυματικό ή άλλο.
Ως **μείζονες ιδιοπαθείς νευραλγίες**, θεωρούνται, αυτή του τριδύμου και η του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου, ενώ **ελάσσονες** καλούνται αυτές που αφορούν στο γονάτιο γάγγλιο, στο πνευμονογαστρικό νεύρο (λαρυγγικό), στο ινιακό νεύρο κ.ά.

Κλινική εικόνα

Οι επώδυνες κρίσεις της ιδιοπαθούς νευραλγίας του τριδύμου νεύρου, που καλείται και «tic douloureux» και που πρώτος περιέγραψε ο Trousseau στο 1853, εμφανίζονται παροξυσμικά, μετά από ποικίλης χρονικής διάρκειας απόλυτη ηρεμία, με τρομερής οξύτητας πόνο, εκδηλούμενο αποκλειστικά και μόνο στη δερματική ή βλεννογόνια περιοχή διανομής κάποιου από του τρεις κλάδους του νεύρου: Του πρώτου κλάδου που πάσχει σε συχνότητα 4%-5% (περικογχική χώρα, ριζορίνιο, δέρμα άνω τριτημόριου του προσώπου), του δεύτερου κλάδου που προσβάλλεται σε ποσοστό 40% περίπου (δέρμα και βλεννογόνος του μέσου τριτημορίου του προσώπου) και του τρίτου κλάδου που αφορά στην περιοχή (δέρμα και βλεννογόνος) του κάτω τριτημορίου του προσώπου(54% περίπου).
Ο πόνος εκδηλώνεται πάντοτε στη μία πλευρά του προσώπου, δεν συνοδεύεται από κάποιο βαθμό απώλειας της αισθητικότητας ή από κινητικές διαταραχές, ενώ σπάνια νευροφυτικά φαινόμενα ενδέχεται να εμφανιστούν (σιελέκριση, δακρύρροια, ερυθρότητα του δέρματος) (Penman 1958, Μάρτης Μάρτη 1991, Μάρτης 1992).
Τα μεσοδιαστήματα των κρίσεων αρχικά είναι μεγάλα (μήνες ή έτη), ενώ με την εξέλιξη του νοσήματος συντομεύουν αυτά (εβδομάδες, ημέρες, ώρες). Η συχνότητα εμφάνισης της ιδιοπαθούς νευραλγίας του τριδύμου αφορά εξίσου γυναίκες και άνδρες, όπως αυτό φαίνεται από την πρόσφατη εμπειρία μας, με μέση ηλικία προσβολής τα άτομα της 5ης έως 7ης δεκαετίας, αν και σπάνια περιπτώσεις έχουν εμφανιστεί και σε βρέφη (Rapini κ.σ. 2009).
Πριν από την είσοδο του παροξυσμού συχνά, όπως προαναφέρθηκε, προηγείται η λεγόμενη «αύρα» που ενεργοποιείται και με ανεπαίσθητους ακόμη ερεθισμούς, από την απλή ομιλία, τη μάσηση, το γέλιο (κινήσεις χειλέων, γλώσσας, παρειάς) που διεγείρουν δερμοβλεννογονικά σημεία, τις «ζώνες ευαισθησίας» (Triger Jones) που θέτουν τον ασθενή σε «επιφυλακή» και σε κατάσταση τρόμου, καθώς αναμένει την επέλευση της επώδυνης κρίσης.
Η ένταση του πόνου μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στην αυτοκτονία.
Η νευραλγία εκδηλώνεται με δύο μορφές:
Την **ήπια** (ελαφρά), όπου ο πόνος εμφανίζεται ως βραχείας διάρκειας ισχυρός νυγμός, στην πάσχουσα περιοχή, με μακρά χρονικά μεσοδιαστήματα.
Τη **βαριά** μορφή, όπου ο πόνος παρουσιάζεται με συνεχή επαναλαμβανόμενα κύματα, σαν χρόνια πλέον κατάσταση, προσδίδοντας στον ασθενή το χαρακτηριστικά **έντρομο προσωπείο**, καθώς ιδίως ελέγχονται, κατά την εξέταση, οι ευαίσθητες περιοχές του δέρματος όπου διανέμεται ο υπεύθυνος νευρικός κλάδος (Μάρτης 1992).
Σημαντικό «κλινικό» σημείο παρουσίας του νοσήματος αυτού αποτελεί η απουσία δοντιών (νωδότητα ποικίλης έκτασης) στην περιοχή εκδήλωσης του πόνου, λόγω της λανθασμένης εξαγωγής τους από τον οδοντίατρο που θεώρησε την επώδυνη κρίση ως οδοντικής αιτιολογίας πρόβλημα (Μάρτης, Μάρτη 1991).
Αν πάσχει ο **3ος κλάδος** του τριδύμου νεύρου, ανάλογα με τον προσβεβλημένο ακρεμόνα ο πόνος εντοπίζεται ή ανακλάται κατά μήκος του σώματος της κάτω γνάθου (στα δόντια), στο κάτω χείλος και τη συγχειλία (κάτω φατνιακό νεύρο, γενειακό νεύρο), στον προστομιακό και του κάτω τριτημορίου παρειακό βλεννογόνο (βυκανητικό νεύρο, γενειακό νεύρο), στα γλωσσικά ούλα και στη γλώσσα (πρόσθια 2/3) (γλωσσικό νεύρο) και στην ωτοκροταφική περιοχή (ωτοκροταφικό νεύρο).
Αν πάσχει ο **2ος κλάδος** του νεύρου ο πόνος ανακλάται στην παρειακή χώρα και στο βλεννογόνο του μέσου τριτημορίου και συνηθέστερα στο άνω χείλος (υποκόγχιο νεύρο), στη βάση της μύτης και στα δόντια της άνω γνάθου(πρόσθια, μέσα και άνω φατνιακά νεύρα)και σπανιότερα στο βλεννογόνο της υπερώας (πρό-

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι
Η ΝΕΥΡΑΛΓΙΑ ΤΟΥ ΤΡΙΔΥΜΟΥ ΝΕΥΡΟΥ (κατά κλάδο και ακρεμόνα)

Ακρεμόνας	3ος κλάδος	2ος κλάδος	1ος κλάδος	Σύνολο νευραλγιών	%
Κάτω φατνιακό	100				26,3
Ωτοκροταφικό	10				2,3
Γενειακό	38				10,0
Γλωσσικό	14				3,7
Βυκανητικό	43				11,3
Υποκόγχιο		135			35,5
Οπίσθια άνω φατνιακά		5			1,3
Πρόσθιο υπερώιο		14			3,7
Ρινοϋπερώιο		4			1,05
Μετωπιαίο			11		2,89
Υπερκόγχιο			6		1,58
Σύνολο	205(54%)	158 (42%)	17 (4,5%)	380	

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ
ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΑΛΓΙΑΣ ΣΕ ΑΚΡΕΜΟΝΕΣ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΚΑΙ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΚΛΑΔΟΥΣ

Εντόπιση	Μονήρης σε ένα κλάδο	Σε διάφορους κλάδους	Διάφοροι ακρεμόνες στον ίδιο κλάδο	Σύνολο
Κάτω φατνιακό	35	31	34	100
Ωτοκροταφικό	2	3	5	10
Γενειακό	9	6	23	38
Γλωσσικό	6	2	6	14
Βυκανητικό	13	11	19	43
Υποκόγχιο	84	40	11	135
Οπίσθια άνω φατνιακά	2	1	2	5
Πρόσθιο υπερώιο	4	5	5	14
Ρινοϋπερώιο	2	-	2	4
Μετωπιαίο	3	5	3	11
Υπερκόγχιο	2	3	1	6
Σύνολο νευραλγιών	162	107	111	380

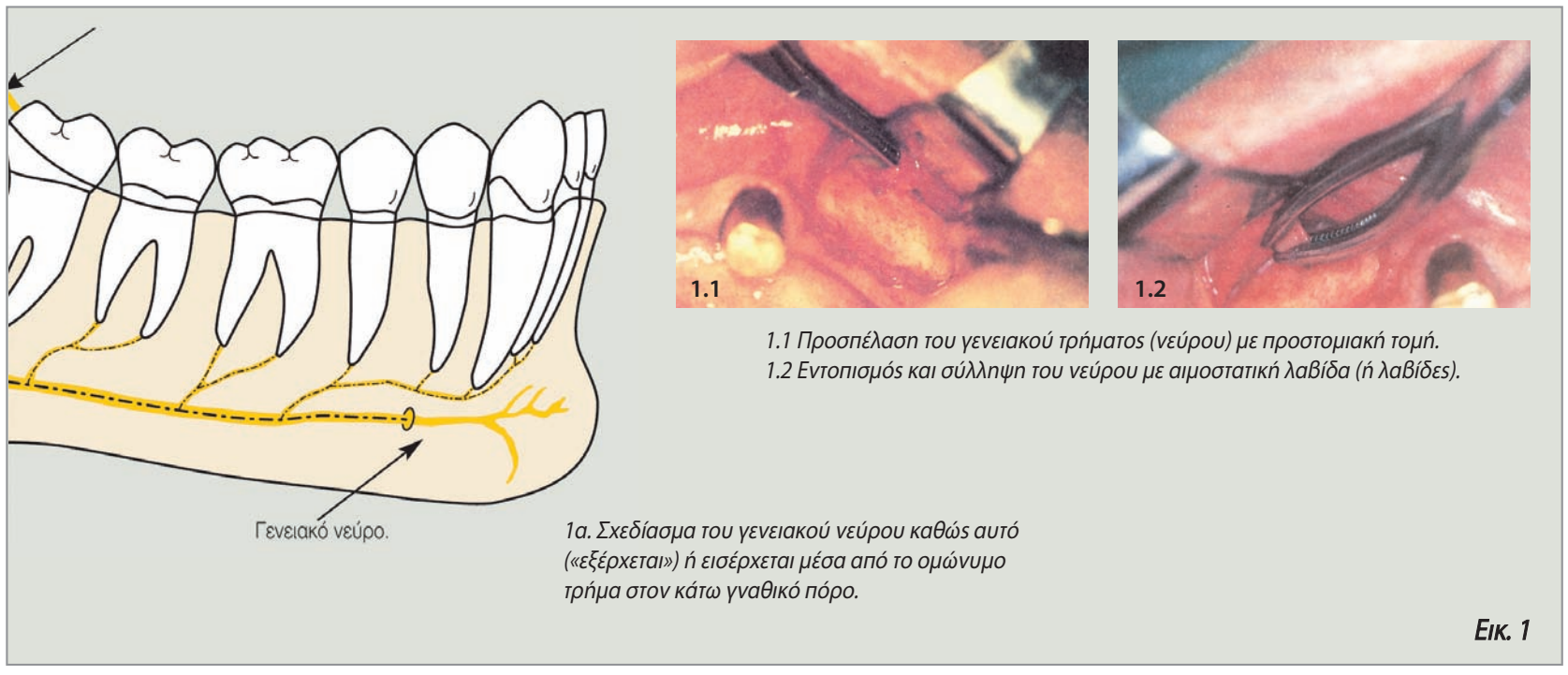
σθιο υπερώιο, ρινουπερώιο νεύρο) ανάλογα με τον υπεύθυνο νευρικό ακρεμόνα.

Σε προσβολή του **1ου κλάδου** του τριδύμου νεύρου (οφθαλμικό νεύρο) ο πόνος εντοπίζεται στη μετωπιαία χώρα, στο μετωπιαίο κόλπο, στον οφθαλμικό βολβό, στο άνω βλέφαρο, στη δακρυική συσκευή και στο πλάγιο ρινικό τοίχωμα.

Ενδιαφέρον είναι να τονισθεί ότι συχνά ο πόνος προέρχεται από περισσότερα του ενός νεύρα, με υπερισχύοντα τον πόνο από το βαρύτερα πάσχον, έτσι ώστε αν εξουδετερωθεί αυτός («νευρεκτομή»), να συνεχίζει τη δράση του ο από την παραπλήσια πηγή προερχόμενος, προβληματίζοντας τη θεραπευτική αντιμετώπιση (Πίνακες Ι,ΙΙ).

Με βάση τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά της ιδιοπαθούς νευραλγίας του τριδύμου, η **διαφορική διάγνωση** θα πρέπει να γίνει από τις διάφορες συμπτωματικές νευραλγίες (πολφίτιδες, ακρορριζικές λοιμώξεις, σιελολιθιάσεις, κροταφογναθικός ή μυϊκός πόνος, κ.ά.) στις οποίες δεν απαιτείται νευροακρωτηριαστική επέμβαση.

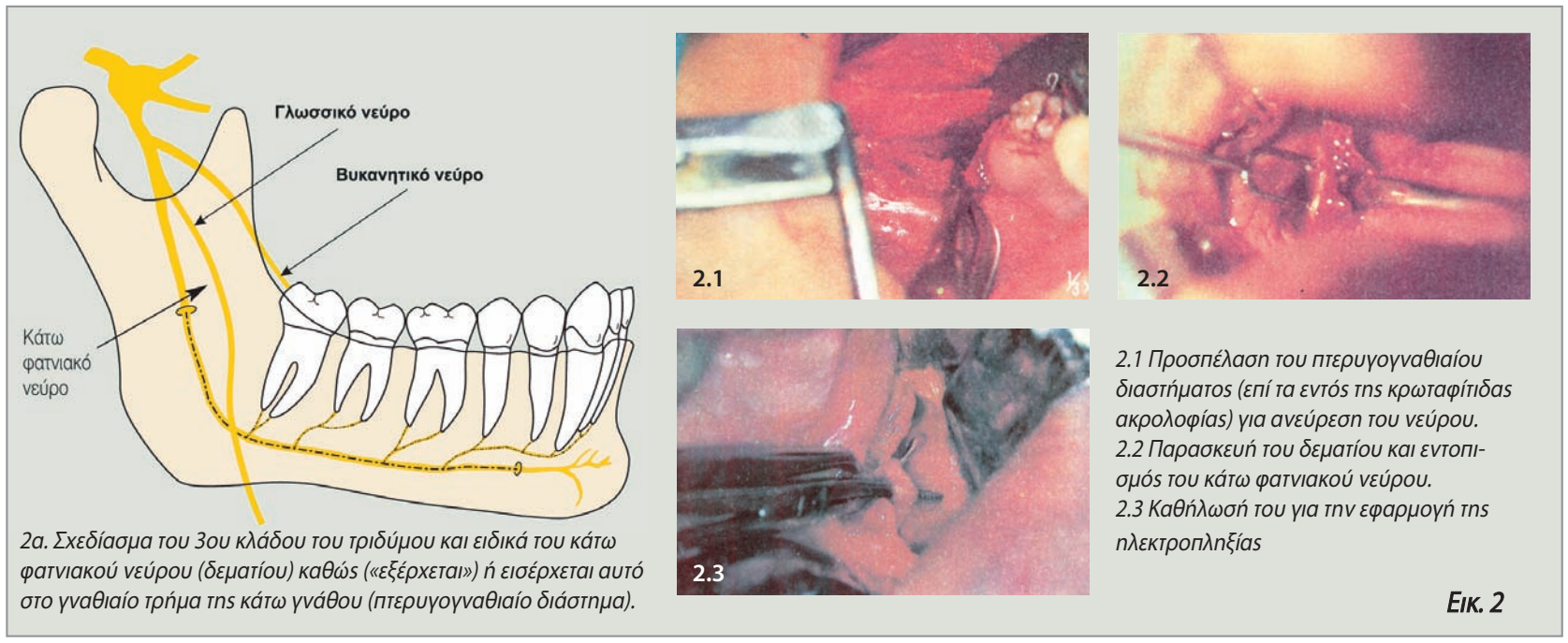
Η ακριβής διάγνωση για τον εντοπισμό συνεπώς του υπεύθυνου κλάδου (ακρεμόνα) καθορίζεται πάντοτε με την εκλεκτική αναισθητοποίηση (στελεχιαία αναισθησία), αρχίζοντας περιφερικά π.χ. πρώτα τελείται έλεγχος του γενειακού νεύρου και στη συνέχεια επεκτείνεται προς το κέντρο (κάτω φατνιακό νεύρο). Χωρίς την ακριβή εντόπιση του πάσχοντος νευρικού κλάδου **δεν επιχειρείται οποιαδήποτε ριζική θεραπευτική προσφορά** (χειρουργική ή εμπότιση με οινόπνευμα), αυτός δεν είναι και ο λόγος που επιβάλλει ώστε ο έλεγχος να γίνεται αλγούντος του ασθενή, προς αποφυγή λανθασμένης παρέμβασης (επέμβαση σε μη πάσχον νεύρο).



1.1 Προσπέλαση του γενειακού τρήματος (νεύρου) με προστομιακή τομή.
1.2 Εντοπισμός και σύλληψη του νεύρου με αιμοστατική λαβίδα (ή λαβίδες).

1α. Σχεδίασμα του γενειακού νεύρου καθώς αυτό («εξέρχεται») ή εισέρχεται μέσα από το ομώνυμο τρήμα στον κάτω γναθικό πόρο.

Εικ. 1



2α. Σχεδίασμα του 3ου κλάδου του τριδύμου και ειδικά του κάτω φατνιακού νεύρου (δεματίου) καθώς («εξέρχεται») ή εισέρχεται αυτό στο γναθιαίο τρήμα της κάτω γνάθου (πτερυγογναθιαίο διάστημα).

2.1 Προσπέλαση του πτερυγογναθιαίου διαστήματος (επί τα εντός της κρωταφίτιδας ακρολοφίας) για ανεύρεση του νεύρου.
2.2 Παρασκευή του δεματίου και εντοπισμός του κάτω φατνιακού νεύρου.
2.3 Καθήλωσή του για την εφαρμογή της ηλεκτροπληξίας

Εικ. 2

Αιτιοπαθογένεια

Αν και πολλές απόψεις, για την παθογένεια, έχουν διατυπωθεί, όπως η ενοχοποίηση των περιφερικών κλάδων (Ratner 1979, Shaber, Krol 1980), του οπτικού θαλάμου, του γασερείου γαγγλίου, του πυρήνα του τριδύμου (Sakai 1979, Fremm 1986), των ριζών του νεύρου, της σκλήρυνσης κατά πλάκας (Jensen 1982, Sindrup, Jensen 2006, Cruccu κ.σ. 2005, DeSimone κ.σ. 2007) ή προκλητά άλλα ποικίλα αίτια (κάκωση, όγκος) και κυρίως η πίεση επί των ριζών κάποιου παρακείμενου σφήζοντος αγγείου (Bennetto κ.σ. 2007, Μάρτης 1992), η πραγματική (αποδεκτή ορθολογικά) αιτιολογία είναι εντελώς σκοτεινή και άγνωστη, όπως άλλωστε συμβαίνει με το σύνολο σχεδόν των νευρολογικών παθολογικών καταστάσεων.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Αυτή αφορά κατ' αρχήν στο συντηρητικό τρόπο, όπου σε ήπιες ιδίως μορφές επώδυνης συμπτωματολογίας, επιχειρείται η χορήγηση καρμπαμαζεπίνης, του καλούμενου «Degretol», σε δόσεις 100, 200 ή 300 χλγ./12ωρο για 20 συνεχείς ημέρες, οπότε ενδέχεται σε ποσοστό συχνότητας 60% περίπου να υπάρξει ευνοϊκό αποτέλεσμα (Dalesio 1980, Fremm 1984, Sindrup, Jensen 2006).

Η αντιμετώπιση, κατεξοχήν της νευραλγίας του τριδύμου νεύρου είναι **ριζική, χειρουργική** με ενδιάμεσο τύπο παρέμβασης την **έκχυση (εμπότιση)** στο χώρο του πάσχοντος νεύρου **αλκοόλης** 90-95 ή **φαινόλης** όταν αυτό(το νευρικό στέλεχος) φιλοξενείται μέσα σε οστικό πόρο (γενειακό νεύρο, πρόσθιο υπερώιο, υποκόγχιο νεύρο) όπου το υγρό (αλκοόλη) παραμένει, έστω και για λίγο, στην οστική κοιλότητα.

Όπως είναι ευνόητο, σε νεύρα όπως το γλωσσικό ή το βυκανητικό, που η διαδρομή τους είναι ελεύθερη μέσα σε μαλακούς ιστούς δεν είναι δυνατή η εφαρμογή της μεθόδου αυτής, δηλαδή της έκχυσης αλκοόλης, διότι συμβαίνει κατάκαυση της περιοχής.

Η **χειρουργική** αγωγή αφορά σε δύο τρόπους:

Α. στην **ακρωτηριαστική** νευρεκτομή που συνιστά την «εξεντέρωση» του πάσχοντος νεύρου, που εμείς από τους πρώτους εφαρμόσαμε συστηματικά (τεχνική Μάρτη 1974, 1992).

Β. στη **λειτουργική** αδρανοποίηση του νεύρου όπου τελείται (εκτός του εμποτισμού με αλκοόλη ή φαινόλη), σε περιπτώσεις που επιδιώκουμε την πρόσκαιρη άρση της αισθητικότητας(παύση του πόνου) για μήνες (ή και περισσότερο), με την **ηλεκτροπληξία** (ηλεκτροκαυτηρίαση) του πάσχοντος στελέχους, μέθοδο που έχουμε εφαρμόσει τα τελευταία 10 χρόνια με επιτυχία χωρίς την καταστροφή του περιφερικού νεύρου. Η τεχνική αυτή όπως είναι γνωστό εφαρμόζεται, όχι όμως πάντα με επιτυχία, στην ηλεκτροπληξία των ριζών (γασέρειο γάγγλιο) του τριδύμου νεύρου από τους νευροχειρουργούς, οι οποίοι εξάλλου χρησιμοποιούν και τις τεχνικές της αποσυμπίεσης του γαγγλίου ή των ριζών του (Rapini 2009), καθώς και ακτίνες laser και τις ακτίνες γάμμα.

Η **νευρεκτομή** (εξεντέρωση) των ακρεμόνων κλάδων του τριδύμου έχει εφαρμοστεί από μας εκτός των περιπτώσεων που αφορούν στον οφθαλμικό (1ο κλάδο), δηλαδή στα μετωπιαίο και υπερκόγχιο νεύρα (δερματική προσπέλαση), μέσα από τη στοματική κοιλότητα και ιδίως στα νεύρα, βυκανητικό, κάτω φατνιακό, γενειακό, υποκόγχιο πρόσθιο υπερώιο και γλωσσικό.

Ειδικά για τα βυκανητικό και γλωσσικό η απλή διατομή τους αρκεί χωρίς να αποσπασθούν, καθώς ευρίσκονται ελεύθερα μέσα στους μαλθακούς ιστούς και αποστασιοποιούνται εύκολα (μεγάλο κενό μεταξύ των νευρικών κολοβωμάτων).

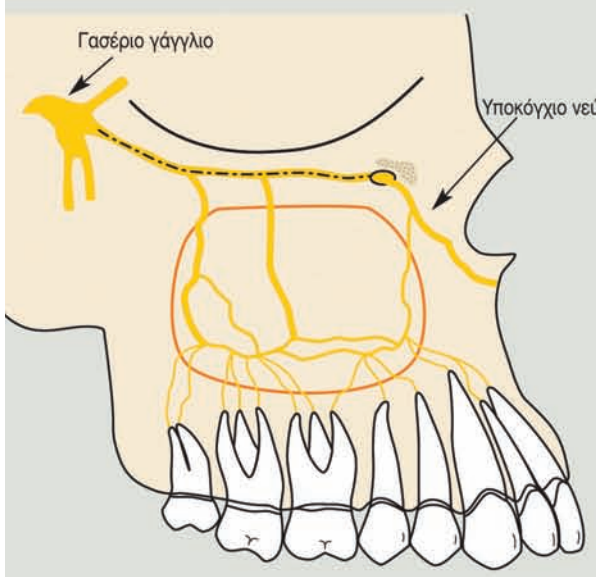
Με τη μέθοδο αυτή η αισθητικότητα του θυσιασθέντος ακρεμόνα δεν επανέρχεται, αλλά μπορεί (και έχει συμβεί) να εμφανιστεί «υποτροπή» της νευραλγίας σε παρακείμενο νεύρο του ίδιου κλάδου ή άλλου κλάδου με ισχυρότερο ή μικρότερης έντασης πόνο. Συνήθως η επανεμφάνιση της αισθητικότητας δεν συνοδεύεται με υποτροπή της νευραλγίας του ίδιου («θεραπευθέντος») νεύρου.

Με την εφαρμογή εμπότισης διοινοπνεύματος η αισθητική λειτουργία του νεύρου επανέρχεται μετά από ποικίλλοντα χρόνο (μήνες ή και έτη), με ή χωρίς τη συμπτωματολογία της νευραλγίας.

Η μέθοδος της **ηλεκτροπληξίας** (ή ηλεκτροπληγίας), σε σύγκριση με την προηγούμενη μέθοδο, επιφέρει την αδρανοποίηση της λειτουργίας του νεύρου(αισθητικότητα) για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, και ανάλογα με την **ένταση** και τη **διάρκεια** εφαρμογής της ηλεκτρικής ενέργειας πάνω στο στέλεχος του νεύρου, δεδομένου ότι αν οι παράγοντες αυτοί (ένταση και χρόνος διάρκειας της ηλεκτροπληξίας) εφαρμοσθούν υπερβολικά το νεύρο καταστρέφεται εντελώς με μόνιμη νευραπραξία (εικ. 1α, 2α, 3α, 1, 2, 3).

Έχει παρατηρηθεί από μας, ότι αν στο σημείο εφαρμογής των ηλεκτροδίων, δεν παρουσιασθεί εσχαροποίηση του ιστού, η επαναλειτουργία του νεύρου εμφανίζεται συντομότερα (6-24 μήνες), ακόμη δε συντομότερα αν το στέλεχος του πάσχοντος ακρεμόνα εμπεριέχεται εντός αγγειονευρώδους δεματίου με έλυτρο που περιβάλλει τα κάτω φατνιακό νεύρο, γενειακό νεύρο και υποκόγχιο νεύρο και δεν πορεύεται μονήρες εντός των ιστών όπως π.χ. το γλωσσικό νεύρο.

Για την εφαρμογή της ηλεκτροπληξίας απαιτείται η χειρουργική προσπέλαση και η εγχειρητική παρασκευή του πάσχοντος στελέχους (ελεύθερου ή μετά του δεματίου που το περιέχει) όπως ακριβώς γίνεται και κατά την εξεντέρωση ή καταστροφή (διατομή) του νεύρου). Κατ' εξαίρεση στο πρόσθιο υπερώιο νεύρο ή στο ρινοϋπερώιο μπορεί να



3α. Σχεδίασμα του 2ου κλάδου του τριδύμου νεύρου, με την ειδική διαδρομή του υποκογχίου ακρεμόνα, καθώς «εξέρχεται» ή εισέρχεται στο υποκόγχιο τρήμα.

3.1 Η περιοχή της προστομιακής τομής του βλεννογόνου.
3.2 Προσπέλαση (παρασκευή) και εντοπισμός του υποκογχίου τρήματος.
3.3 Σύλληψη του υποκογχίου δεματίου και απομόνωσή του με αιμοστατική λαβίδα.
3.4 Συρραφή του τραύματος.

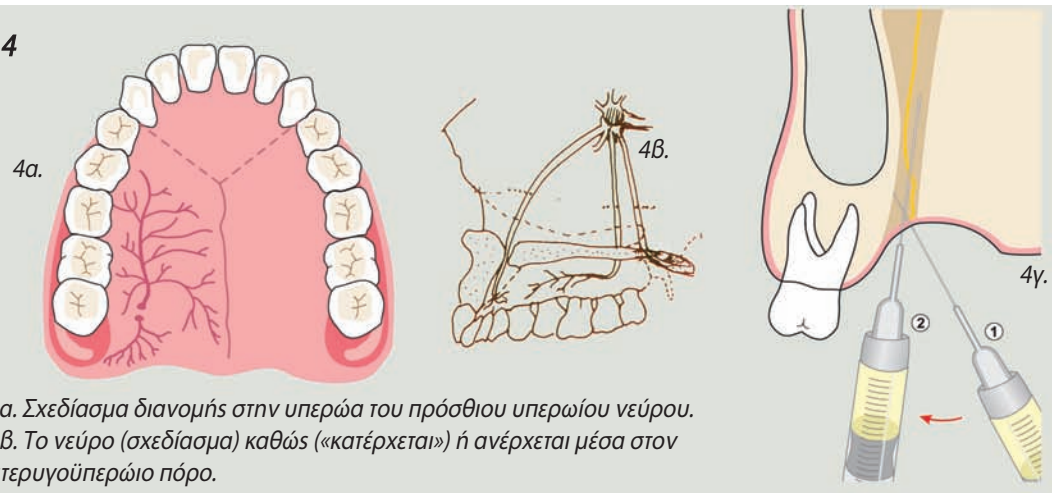
Εικ. 3

εφαρμοστεί η υψηλή ηλεκτροπληξία με την είσδυση εντός του αντίστοιχου οστικού πόρου (πτερυγοϋπερώιος ή ρινοϋπερώιος)της βελόνας που εισχωρεί εντός αυτού για την έχγυση του αναισθητικού διαλύματος, η οποία μεταφέρει την ηλεκτρική ενέργεια(ρεύμα) στο πάσχον νεύρο (Μάρτης, Μάρτη 2009)(Εικ. 4).
Με την τυφλή προσπέλαση του πτερυγοϋπερώιου πόρου (πρόσθιο υπερώιο τρήμα) εμείς επεμβαίνουμε και για την έγχυση οινοπνεύματος ή την εφαρμογή διαθερμοπληξίας στο δεύτερο κλάδο του τριδύμου ή στην εσώτερη οπίσθια περιοχή του υποκογχίου νεύρου (πριν αυτό εισέλθει στον υποκόγχιο πόρο) σε περίπτωση υποτροπής της νευραλγίας μετά την περιφερική προηγούμενη παρέμβαση επί του ακρεμόνα αυτού.

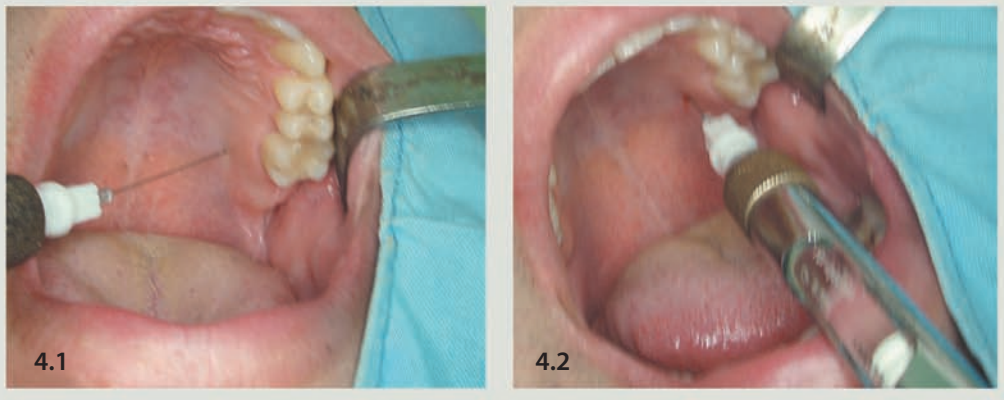
Υλικό μελέτης- Ασθενείς

Σε συνάρτηση με τα προαναφερθέντα, ορθό είναι να τονισθεί το δεδομένο ότι συχνά πάσχουν περισσότεροι του ενός ακρεμόνες από τον ίδιο κλάδο ή και από διαφορετικούς κλάδους. Έτσι από το συνολικό αριθμό νευραλγιών που αντιμετωπίσθηκαν από μας (Μάρτης 1978α, 1978β, Μάρτης, Μάρτη 1991, Μάρτης 1992) δηλαδή των 380 περιπτώσεων, οι 205 εντοπίζονταν στον 3ο κλάδο του τριδύμου νεύρου, οι 158 αφορούσαν στο 2ο κλάδο και οι 17 στον πρώτο κλάδο (Πίνακας Ι). Εξ' αυτών οι 310 περιπτώσεις αντιμετωπίσθηκαν μέχρι το 2000 ενώ οι 70 μετά το έτος αυτό (Μάρτης 1992, Μάρτης, Μάρτη 1991) και μάλιστα οι 58 εξ αυτών με τη μέθοδο της λειτουργικής «νευρεκτομής» (ηλεκτροπληξίας).
Η κλινική παρουσία όλων αυτών των περιπτώσεων της ιδιοπαθούς νευραλγίας του τριδύμου νεύρου, αφορούσαν σε 266 ασθενείς, διότι οι επώδυνες καταστάσεις προέρχονταν από διάφορους κλάδους (1ο, 2ο, 3ο), δηλαδή για παράδειγμα στο κάτω γαθνικό και οφθαλμικό νεύρο, και από τον ίδιο κλάδο σε ποικίλους ακρεμόνες αυτού, π.χ. στο κάτω φατνιακό και γλωσσικό νεύρο. (Πίνακας ΙΙ)
Στους 266 προαναφερθέντες ασθενείς η προσβολή σε ένα μόνο κλάδο αφορούσε σε 162, περιπτώσεις σε διάφορους κλάδους, σε 64, και στον ίδιο κλάδο (σε περισσότερους του ενός ακρεμόνες) σε 107 περιπτώσεις (Πίνακας ΙΙ). Έπασχαν δηλαδή και ο 1ος και ο 2ος κλάδος (υποκόγχιο και κάτω φατνιακό νεύρο) ή στον ίδιο κλάδο (2ος) τόσο το υποκόγχιο όσο και το πρόσθιο υπερώιο νεύρο, ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις (στις 152 από τις 266) έπασχε ένας μόνο ακρεμόνας στον ένα και μόνο κλάδο (δηλαδή μόνο το γενειακό ή μόνο το ρινοϋπερώιο).

Εικ. 4



4α. Σχεδίασμα διανομής στην υπερώα του πρόσθιου υπερωίου νεύρου.
4β. Το νεύρο (σχεδίασμα) καθώς («κατέρχεται») ή ανέρχεται μέσα στον πτερυγοϋπερώιο πόρο.
4γ. Τρόπος εισόδου της μακράς βελόνης έγχυσης του αναισθητικού διαλύματος (ή της αλκοόλης) μέσα στον πτερυγοϋπερώιο πόρο, για προσπέλαση του νεύρου χωρίς χειρουργική παρασκευή.



4.1, 4.2. Αφού εισέλθει η βελόνη στο πρόσθιο υπερώιο τρήμα, εισχωρεί στον πόρο 1 εκατοστό για επηρεασμό ή «καταστροφή» του πρόσθιου υπερώιου νεύρου, για προσπέλαση και του 2ου κλάδου (οπίσθια μοίρα του υποκογχίου νεύρου) η βελόνη εισχωρεί σε βάθος 5-6 εκατοστά. Η ίδια αυτή βελόνη χρησιμοποιείται από εμάς ως ηλεκτρόδιο και συνδεόμενη με τη συσκευή ηλεκτροπληξίας, ενεργεί σε όλο το μήκος του πτερυγοϋπερώιου πόρου.

Συμπέρασμα

Η εφαρμογή της «λειτουργικής» νευρεκτομής (ηλεκτροπληξία) στο στέλεχος του υπεύθυνου κλάδου (ακρεμόνα) για τη νευραλγία του τριδύμου νεύρου απεδείχθη ότι ενώ επέφερε ικανοποιητικό θεραπευτικό αποτέλεσμα (άρση του πόνου), επανέφερε την αισθητικότητα της περιοχής, σε συντομότερο από όσο η ακρωτηριαστική νευρεκτομή (διατομή ή εξεντέρωση), ενώ τα ποσοστά της υποτροπής υπήρξαν τα ίδια. Εξυπακούεται ότι η βασική επίπτωση της οποιασδήποτε ριζικής θεραπείας (χειρουργική επέμβαση, εμπότιση με αλκοόλη), δηλαδή η **αναισθησία** (μόνιμη ή πρόσκαιρη) της περιοχής εκδήλωσης του πόνου, είναι **αναπότρεπτη**, και πρέπει με έμφαση να τονίζεται στον ασθενή η βέβαιη επέλευσή της. Υπάρχουν ασθενείς που μετεγχειρητικά ανέχονται δυσκολότερα την επελθούσα αναισθησία, από την προϋπάρχουσα επώδυνη κατάσταση. Πρέπει λοιπόν να πεισθεί ο ασθενής ότι η έλλειψη αισθητικότητας που προκύπτει μετά την τοπική αναισθησία που τελείται για τον έλεγχο της διάγνωσης ή για την ίδια την επέμβαση θα υπάρχει μετεχγειρητικά για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Βιβλιογραφία

Dalesio D., In Wolf's Headache and Other Head Pains, Oxf. Univ. Press, N. York, 1980

De Simone S. κ.σ., A clinical comparison of trigeminal neuralgic pain in patiens with and without multiple sclerosis. Sci 26, 1, 50, 2007

Bennetto L. κ.σ., Trigeminal neuralgia and its management B,M,J 27, 334, 2007

Cruccu G κ.σ., Trigeminal neuralgia and pain related to multiple sclerosis. Pain, 143, 186, 2009

Fremm G., Trigeminal nevralgia.Current consepts regarding etiology and pathogenesis Arch.Neur. 41, 1204, 1984

Jensen T. κ.σ., Association of trigeminal nevralgia with multiple sclerosis Acta Neur. Scand. 65, 182, 1982

Μάρτης Χρ. κ.σ., Περιφερική νευρεκτομή στην ιδιοπαθή νευραλγία του τριδύμου νεύρου (2ου και 3ου κλάδου) Στόμα 7, 3, 1978

Μάρτης Χρ. κ.σ., Ιδιοπαθής νευραλγία του τριδύμου νεύρου.
Θεραπευτική Αγωγή με επαναληπτική νευρεκτομή.
Οδον/κή 11, 3, 1978

Μάρτης Χρ., Μάρτη Κ., Η υποτροπή μετά την περιφερική νευρεκτομή στην ιδιοπαθή νευραλγία του τριδύμου.
Ελ.Περ.Στ.Γναθ.Πρ.Χειρ, 6, 141, 1991

Μάρτης Χρ., Στοματογναθοπροσωπική χειρουργική, Β' τόμος. Αθήνα 1992

Μάρτης Χρ., Μάρτη Κ., Στοματογναθοπροσωπική χειρουργική. Α' τόμος, Δ' έκδοση, Αθήνα 2003

Μάρτης Χρ., Μάρτη Κ., Προβλήματα οδοντιατρικής χειρουργικής, Εκδόσεις «Ο.Β.» 2009

Penman , The diferencial diagnosis and treatment of tic douloureux.
Postgr.Med.J.26, 627, 1950

Rapini R κ.σ., Dermatology, P 101, St. Louis Mosby 2009

Ratner F. Jawbones cavities and trigeminal and atypical facial neuralgia.
Oral Surg.48, 3, 1979

Sakai Y. κ.σ., An experimental model of hyper-irritability in the trigeminal skin field of the cat.
Pain 7,147,1979

Shaber E., Krol A., Trigeminal neuralgia: a new treatment concept.
Oral Surg.49,286,1980

Sindrup S., Jensen T., Pharmacotherapy of Trigeminal neurologia Cl, J. pain, 18, 1, 22, 2006.

Trousseau A., De la neuralgie epileptiforme Arch.Gen.Med., 1, 33, 1853

Νέες κλινικές τεχνικές για πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του στόματος

Στουφή Ελεάνα
Στοματολόγος - Οδοντίατρος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, μετεκπαιδευθείσα στην Παθολογία Στόματος στο Παν/μιο HARVARD, ΗΠΑ

Λάσκαρης Γιώργος
Στοματολόγος, Ιατρός - Οδοντίατρος, Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών, Επισκέπτης Καθηγητής Παν/μίου Λονδίνου

Ο καρκίνος του στόματος είναι ο έκτος σε συχνότητα καρκίνος, αφού αντιπροσωπεύει περίπου το 3-4% όλων των κακοήθων όγκων στον άνθρωπο. Κάθε χρόνο εμφανίζονται πάνω από 500.000 νέες περιπτώσεις σε όλο τον κόσμο, εκ των οποίων οι περισσότερες (93-95%) είναι ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Οι κύριοι προδιαθεσιακοί παράγοντες για την ανάπτυξη ακανθοκυτταρικού καρκινώματος στον βλεννογόνο του στόματος είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ και ιοί HPV (Πίν. Ι). Εάν δεν γίνει έγκαιρη διάγνωση, το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης είναι κάτω από 50%, ποσοστό απογοητευτικά χαμηλό και σχετικά σταθερό τις τελευταίες δεκαετίες. Αντίθετα, αν διαγνωσθεί σε αρχικό στάδιο, το ποσοστό φθάνει και 80%. (2, 26)

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα μερικές φορές εμφανίζεται σε έδαφος λευκοπλακίας ή ερυθροπλακίας που προκαλούν ορατές αλλοιώσεις στον βλεννογόνο. Είναι πολύ σημαντικό να εντοπίζονται και να παρακολουθούνται αυτές οι προκαρκινικές βλάβες διότι έτσι μπορούμε να προλάβουμε την εξέλιξή τους σε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. (14)

Η λευκοπλακία αντιπροσωπεύει το 95-97% των προκαρκινικών βλαβών του στόματος, απαντάται σε ποσοστό 1-6% στον ενήλικο πληθυσμό, κυρίως στις ηλικίες 40-60 ετών και η αναλογία άνδρες προς γυναίκες είναι 1,2: 1. Κλινικά διακρίνουμε τρεις τύπους, ***την ομοιογενή***, την ***κοκκιώδη ή οζώδη*** και την ***μυρμηκιώδη***. Η ομοιογενής έχει τα χαμηλότερα ποσοστά κακοήθους εξαλλαγής (3-6%), ενώ οι άλλες δύο μορφές έχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο εξαλλαγής (30-40%). Με ιστοπαθολογικά κριτήρια ποσοστό μεγαλύτερο του 80% των βλαβών λευκοπλακίας δεν παρουσιάζει επιθηλιακή δυσπλασία.

Τόσο η Διεθνής Επιτροπή για έρευνα του καρκίνου, όσο και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πιστεύουν ότι, αν υπάρξει σωστή στρατηγική πρόληψης σε μερικές μορφές καρκίνου, μπορούν να μειωθούν πάνω από 30% τα νέα περιστατικά και επίσης να αντιμετωπισθούν καλύτερα εφόσον η διάγνωση γίνει εγκαίρως. Σε αυτή την κατηγορία υπάγεται και το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του βλεννογόνου του στόματος γιατί είναι εύκολο να εντοπισθεί κλινικά και επιπλέον μερικές φορές προϋπάρχουν για μεγάλο χρονικό διάστημα προκαρκινικές βλάβες στον βλεννογόνο και τέλος γιατί μερικοί προδιαθεσιακοί παράγοντες είναι προβλέψιμοι. Εντούτοις μέχρι σήμερα το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα της στοματικής κοιλότητας συνήθως διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο (συνήθως στάδιο ΙΙΙ ή και IV) με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται η πρόγνωση. Οι λόγοι που δεν γίνεται έγκαιρα η διάγνωση οφείλονται ***πρώτον,*** στην άγνοια του κόσμου για το ότι υπάρχει καρκίνος του στόματος, ***δεύτερον***, δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τους περιβαλλοντικούς προδιαθεσιακούς παράγοντες (κάπνισμα, αλκοόλ), ***τρίτον***, στην αμέλεια των φορέων υγείας του στόματος να διενεργούν προληπτικό έλεγχο και επισκόπηση της στοματικής κοιλότητας, και ***τέταρτον,*** την όχι επαρκή γνώση του κλινικού φάσματος του καρκίνου του στόματος ώστε να μπορούν να διαγνώσουν ή να υποπτευθούν πολύ πρώιμες βλάβες οι ασχολούμενοι με την υγεία του στόματος. Πέρα από την κλινική εξέταση σήμερα υπάρχουν στην διάθεση του κλινικού ιατρού νέες διαγνωστικές τεχνικές και εργαλεία που βοηθούν στην πρώιμη ανίχνευση καρκινικής βλάβης. (15) Οι νέες διαγνωστικές τεχνικές μπορεί να είναι χρήσιμες στην εντόπιση δυσπλασίας ή πρώιμου καρκίνου που δεν διαγιγνώσκεται εύκολα από τον μη ειδικό με την κλινική επισκόπηση. Η χρησιμότητα και αξιοπιστία ως προς την ευαισθησία και ειδικότητα (Πίν. ΙΙ) όμως αυτών των κλινικών διαγνωστικών τεχνικών χρειάζεται να διερευνηθεί περαιτέρω. Οι τεχνικές αυτές αναπτύσσονται κατωτέρω. (3, 16)

Πίνακας ΙΙ. Ορισμός Ευαισθησίας και Ειδικότητας

Ευαισθησία συστήματος	Ειδικότητα συστήματος
Σύνολο αληθώς θετικών / Σύνολο αληθώς θετικών και ψευδώς αρνητικών	Σύνολο αληθώς αρνητικών / Σύνολο ψευδώς θετικών και αληθώς αρνητικών

1. Χρώση με κυανού της Τολουιδίνης

Το κυανού της Τολουιδίνης είναι μια χρωστική που χρησιμοποιείται πάνω από 40 χρόνια και χρωματίζει τα οξέα του πυρήνα του κυττάρου (δεσμεύεται από το DNA κυττάρων με έντονη μιτωτική κίνηση π.χ. φλεγμονωδών ή νεοπλασματικών κυττάρων). Επίσης χρησιμοποιείται βοηθητικά για να προσδιορίσουμε κλινικά ορατές ανωμαλίες του βλεννογόνου και να οριοθετήσουμε την έκταση μιας πιθανής κακοήθους βλάβης πριν από την εξαίρεση.

Δεν υπάρχουν όμως αρκετές ολοκληρωμένες μελέτες που να αξιολογούν την αξιοπιστία της μεθόδου ως προς την ευαισθησία και ειδικότητα. Σύγχρονες μελέτες δείχνουν ότι είναι αρκετά αξιόπιστη στον εντοπισμό καρκίνου, αλλά η ευαισθησία της στην ανίχνευση επιθηλιακής δυσπλασίας είναι πολύ χαμηλότερη. Άλλο μειονέκτημα της μεθόδου είναι ότι δίνει υψηλό ποσοστό ψευδώς θετικού αποτελέσματος, καθώς επίσης και η παράμετρος της υποκειμενικότητας (από τον κλινικό ιατρό) στην μελέτη του αποτελέσματος (π.χ. σκούρο κυανό έναντι απαλού κυανού).

Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι χρωματίζει ορατές βλάβες χωρίς ή με ήπια επιθηλιακή δυσπλασία, σε ασθενείς που έχουν χαρακτηρισθεί υψηλού κινδύνου βάση της γενετικής τους ανάλυσης. (19, 20) Πρέπει πάντως να γίνει έρευνα για να αποδειχθεί αν το κυανού της Τολουιδίνης μπορεί να προβλέψει και να ανιχνεύσει τον κίνδυνο εξαλλαγής μιας βλάβης που δεν είναι ορατή με γυμνό οφθαλμό. Προς το παρόν χρησιμοποιείται βοηθητικά από έμπειρους κλινικούς ιατρούς στην εξέταση και αξιολόγηση ύποπτων για κακοήθη εξαλλαγή βλαβών του βλεννογόνου του στόματος.

2. Κυτταρολογικό επίχρισμα και ηλεκτρονική ανάλυση (Brush biopsy)

Αποτελεί μια τεχνική επιθηλιακής βιοψίας με την χρήση βουρτσίσματος επιβοηθούμενου από ηλεκτρονικό υπολογιστή (Oral CDx Brush Test System). Το set περιλαμβάνει ειδική βούρτσα, αντικειμενοφόρο πλάκα, μονιμοποιητικό (οινόπνευμα ή polyethylene glycol) και ένα κυτίο για να σταλεί το δείγμα στο ειδικό εργαστήριο για την εκτίμηση του υλικού από εξειδικευμένο ιστοπαθολόγο με την βοήθεια computer. Η ειδικά σχεδιασμένη βούρτσα δεν προκαλεί ανοικτό τραύμα αλλά μόνο ερυθρότητα ή μικρά αιμορραγικά στίγματα, συλλέγει κύτταρα με τοπικό βούρτσισμα 10-15 φορές, χωρίς αναισθησία. Τα κύτταρα προέρχονται από όλες τις επιθηλιακές στιβάδες. Η μέθοδος βασίζεται στην ελαττωμένη συγκράτηση (λιγότερο ισχυροί δεσμοί) των δυσπλαστικών ή καρκινικών κυττάρων μεταξύ τους, οπότε και αποκολλώνται ευκολότερα με το

βούρτσισμα . Το υλικό μεταφέρεται σε πλακίδιο, μονιμοποιείται, χρωματίζεται με ένα τροποποιημένο κατά Παπανικολάου test και αξιολογείται από τον κυτταρολόγο - ιστοπαθολόγο μικροσκοπικά με την βοήθεια computer. Το αποτέλεσμα αξιολογείται ως ***α. αρνητικό***, όταν δεν υπάρχει επιθηλιακή δυσπλασία ***β. άτυπο*** όταν είναι διαγνωστικά αδιευκρίνιστο το αποτέλεσμα, ***γ. θετικό*** όταν παρατηρούνται ανωμαλίες στη μορφολογία των κυττάρων που παραπέμπουν σε επιθηλιακή δυσπλασία ή καρκίνωμα και ***δ. ανεπαρκές*** αν το δείγμα δεν είναι αρκετό.

Διάφορες μελέτες έχουν γίνει για να διαπιστωθεί η ειδικότητα και η ευαισθησία αυτής της τεχνικής, χωρίς όμως να καταλήξουν σε συγκεκριμένα αποτελέσματα. Η δοκιμασία χαρακτηρίζεται από υψηλή ευαισθησία (71-100%) και ειδικότητα (27-94%) (4) όταν οι βλάβες είναι δυσπλαστικές και σε περιοχές υψηλού κινδύνου, όπου και η κλινική εξέταση υποδηλώνει κακοήθεια. Όταν όμως χρησιμοποιείται σε βλάβες χαμηλού κινδύνου με καλοήθη εμφάνιση, η ευαισθησία και ειδικότητα της δοκιμασίας ελαττώνεται και το ποσοστό ψευδώς θετικού αποτελέσματος αυξάνει. (17) Επίσης η μέθοδος δίδει αυξημένο ποσοστό ψευδώς αρνητικού αποτελέσματος (1- 4,1%). (5, 6)

Ακόμη είναι σημαντικό να γίνει σωστά η επιλογή του περιστατικού όπου θα χρησιμοποιηθεί η τεχνική, διότι σε πολλές περιπτώσεις η μέθοδος είναι ακατάλληλη, όπως σε καρκινώματα με νεκρώσεις ή και επιμόλυνση, οπότε η πρόσβαση σε όλο το πάχος του επιθηλίου είναι δυσχερής. Επιπλέον, σε λευκοπλακία με μεγάλο βαθμό κερατινοποίησης δεν μπορούν να ληφθούν κύτταρα από την βασική στιβάδα. (18)

Γίνονται διάφορες προσπάθειες βελτίωσης της τεχνικής και αύξησης της ακρίβειας της συνδυάζοντάς την με γενετική ανάλυση.

Πρέπει όμως να γίνουν και άλλες κλινικές μελέτες προκειμένου να διαπιστωθεί και βελτιωθεί η ευαισθησία και ειδικότητα της μεθόδου.

3. Τεχνική Χημειοφωταύγειας - ViziLite system

Το ViziLite και το ViziLite Plus που είναι πιο ολοκληρωμένο είναι το πρώτο σύστημα που ενεκρίθη στην Αμερική το 2002 από το FDA (Food and Drug Administration), ως βοήθημα στον κλινικό ιατρό για ανίχνευση πρώιμων καρκινικών βλαβών της στοματικής κοιλότητας. (8)

Το set αποτελείται α) από διάλυμα 1% οξικού οξέος, β) μια κάψουλα που εκπέμπει φως και γ) 3 μπατονέτες (δύο με οξικό οξύ και μία με κυανού της Τολουιδίνης). Η πηγή ειδικού φωτός αποτελείται από ένα εξωτερικό μαλακό πλαστικό κάλυμμα και εσωτερικά από ένα εύθραυστο γυάλινο φιαλίδιο. Για την ενεργοποίησή του, κάμπτουμε την κάψουλα έτσι ώστε να σπάσει το εσωτερικό φιαλίδιο και να γίνει η χημική αντίδραση που παράγει ένα λευκογάλανο φως (μήκος κύματος 490 - 510 nm) διάρκειας περίπου 10 λεπτών. Ακολούθως ο ασθενής ξεπλένει για 1 λεπτό με το διάλυμα του οξικού οξέος 1% για να απομακρυνθεί ο φραγμός της γλυκοπρωτεΐνης και να στεγνώσει ελαφρώς ο βλεννογόνος. Τότε χαμηλώνουμε τον εξωτερικό φωτισμό και εφαρμόζουμε το ειδικό φως του συστήματος σε όλα τα σημεία της στοματικής κοιλότητας. Τα φυσιολογικά κύτταρα απορροφούν το φως και παίρνουν ένα σκούρο κυανό χρώμα, ενώ τα μεταλλαγμένα προκαρκινικά ή καρκινικά κύτταρα με μεγαλύτερη αναλογία πυρήνα - πρωτοπλάσματος αντανακλούν το φως με αποτέλεσμα να εμφανίζεται μια λευκή κηλίδα ή περιοχή, ανάλογα με την έκταση της βλάβης. Επίσης ιστός με φλεγμονώδη διήθηση ή έντονη κερατινοποίηση αντανακλά το φως της πηγής του συστήματος δημιουργώντας λευκή περιοχή. Πρόσφατα η τεχνική αυτή έχει βελτιωθεί με την επιπλέον χρήση του κυανού της Τολουιδίνης και μιας νέας συσκευής χημειοφωταύγειας. Επάνω στην λευκή περιοχή βάζουμε την μπατονέτα με το οξικό οξύ 1% και ακολούθως την μπατονέτα με το κυανού της Τολουιδίνης. Η περιοχή βάφεται σκούρο μπλε. Μετά ο γιατρός αποχρωματίζει την περιοχή τοποθετώντας την τρίτη μπατονέτα με το διάλυμα οξικού οξέος 1%. Κύτταρα που έχουν απορροφήσει τη χρωστική παραμένουν μπλε και υποδηλώνουν ότι είναι μάλλον μεταλλαγμένα. Εφόσον δεν πρόκειται για άφθα ή τραύμα, συστήνουμε βιοψία.

Μελέτες διαφόρων ερευνητών αναφέρουν ευαισθησία 100% και ειδικότητα 0-14,2%. (9, 12) Πολλοί μελετητές έχουν προσπαθήσει να καταδείξουν την αποτελεσματικότητα του ViziLite στον προσδιορισμό ανωμαλιών του βλεννογόνου. Εντούτοις, δεν υπάρχει μελέτη που να δείχνει ότι μπορεί να διαφοροδιαγνώσει πλήρως δυσπλασία, καρκίνο ή καλοήθεις και φλεγμονώδεις βλάβες. Οι περισσότερες μελέτες ερευνούν το πόσο ενισχύει, βοηθητικά, την κλινική διάγνωση που είναι σε μεγάλο ποσοστό υποκειμενική και γι' αυτό τα αποτελέσματα των μελετών είναι αντιφατικά. (21) Άλλοι συγγραφείς πιστεύουν ότι

βοηθά στην ανίχνευση μεταβολών των κυττάρων του βλεννογόνου χωρίς να προσδιορίζει το είδος της βλάβης, ενώ άλλοι αναφέρουν ότι δεν βοηθά ιδιαίτερα και ότι πολλές φορές μπορεί και να δυσκολεύει στη διάγνωση λόγω των αντανακλάσεων που παράγονται από το φως. Επίσης οι περισσότερες από τις μελέτες έχουν προβλήματα στη μεθοδολογία, όπως π.χ. έλλειψη ιστοπαθολογικής τεκμηρίωσης. (22, 23) Το μεγαλύτερο μειονέκτημα της μεθόδου είναι η έλλειψη δυνατότητας να διακρίνει το είδος της βλάβης και το υψηλό ποσοστό του ψευδώς θετικού αποτελέσματος. Ο συνδυασμός με το κυανού της Τολουϊδίνης έγινε για να ελαττωθεί το ποσοστό ψευδώς θετικού αποτελέσματος, αλλά δεν υπάρχουν ακόμη αρκετές μελέτες για την αξιοπιστία της μεθόδου. Επίσης μειονέκτημα είναι και η αδυναμία της τεχνικής να υποδείξει το σημείο απ' όπου πρέπει να ληφθεί η βιοψία. (11)

4. Τεχνική αυτοφθορισμού ιστών (VELscope system)

Από αρκετό καιρό έχουν χρησιμοποιηθεί μέθοδοι αξιοποίησης του αυτοφθορισμού των ιστών για ανίχνευση και διάγνωση προκαρκινικών βλαβών και αρχικών σταδίων καρκίνου του πνεύμονος, της μήτρας, του κόλπου και του δέρματος. Πρόσφατα η μέθοδος έχει χρησιμοποιηθεί και στο στόμα, με συσκευή που έχει κατασκευασθεί από την εταιρεία LED Medical Diagnostics και την BCCA (British Columbia Cancer Agency). Η μέθοδος βασίζεται στην ανίχνευση αλλαγών στην δομή του επιθηλιακού ιστού, που εκδηλώνεται με απώλεια δυνατότητας αυτοφθορισμού, όταν δεν είναι φυσιολογικός. Τέτοιες αλλαγές είναι η υπερκεράτωση, η αύξηση κυτταρικού ή πυρηνικού πλειομορφισμού κ.ά. ή ακόμη αλλαγές στον μεταβολισμό του επιθηλίου ή αλλαγές στο χόριο. Οι επιθηλιακές και χοριακές αλλαγές επηρεάζουν την κατανομή των φθοριοφόρων στοιχείων του ιστού με συνέπεια να αλλάζει ο τρόπος που αντανακλάται το φως που εκπέμπει το σύστημα VELscope μετά την διέγερση του ιστού με έντονο μπλε φως (μήκος κύματος 400 – 460 nm). Η διαδικασία ονομάζεται αυτοφθορισμός και είναι ορατός απευθείας από τον εξεταστή. Στη στοματική κοιλότητα ο φυσιολογικός βλεννογόνος, όταν διεγερθεί από το φως που εκπέμπει η συσκευή, αντανακλά ένα απαλό πράσινο φως αυτοφθορισμού ορατό μέσω της συσκευής, ενώ ο αλλοιωμένος ιστός φαίνεται μέσα από την συσκευή σκουρότερος από τον φυσιολογικό, διότι απορροφά το φως λόγω μείωσης του αυτοφθορισμού.

Έχουν γίνει διάφορες μελέτες για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα του VELscope ως βοηθήματος του κλινικού α) να καθορίσει τον φυσιολογικό από τον αλλοιωμένο ιστό (καλοήθεις και κακοήθεις εξαλλαγές), β) να διαγνώσει καλοήθεις, δυσπλαστικές και κακοήθεις αλλαγές, και γ) να εντοπίσει δυσπλαστικές ή κακοήθεις βλάβες που δεν είναι ορατές με γυμνό οφθαλμό σε φωτισμό περιβάλλοντος. Οι μελέτες που έχουν γίνει δείχνουν ότι το VELscope σύστημα δίδει σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα από την μέθοδο της χημειοφωταύγειας (ViziLite) και του κυανού της Τολουιδίνης όσον αφορά την ευαισθησία και ειδικότητα συγκρινόμενα με την ιστοπαθολογική εξέταση των βλαβών. Η ευαισθησία της μεθόδου φθάνει και 98% και η ειδικότητα 94-100%, στην δυνατότητα να ξεχωρίζει φυσιολογικό ιστό από ιστό με δυσπλασία, καρκίνωμα in situ και διηθητικό καρκίνο. (7, 27) Η μέθοδος φαίνεται να είναι αρκετά αξιόπιστη σε ευαισθησία, αλλά όχι σε ειδικότητα. Είναι χρήσιμη να βοηθά στον καθορισμό της ύπαρξης δυσπλαστικών και κακοήθων βλαβών και να οριοθετεί τη βλάβη που δεν είναι ορατή με γυμνό οφθαλμό, χωρίς όμως σε καμία περίπτωση να υποκαθιστά την ενδελεχή κλινική εξέταση. (12)

Μειονέκτημα της μεθόδου είναι τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα που δίνει, κυρίως σε βλάβες με φλεγμονή, το υψηλό κόστος και η έλλειψη επιστημονικής τεκμηρίωσης. (13)

Χρειάζεται να γίνουν κλινικές μελέτες που να αξιολογούν το σύστημα VELscope γιατί οι μέχρι τώρα δημοσιευμένες μελέτες είναι κυρίως αναφορές περιπτώσεων και επίσης δεν έχει αξιολογηθεί η διαγνωστική του αξία σε τυχαίο έλεγχο πληθυσμού χαμηλού κινδύνου. (25)

5. Φασματογραφία Φθορισμού Ιστών (Tissue Fluorescence Spectroscopy)

Πρόσφατα, σε ογκολογικούς ασθενείς έχει χρησιμοποιηθεί μια τεχνική που ονομάζεται φασματογραφία φθορισμού. Βασίζεται στην ιδιότητα των ιστών να φθορίζουν όταν διεγερθούν με ακτινοβολία. Τα συστατικά αυτά είναι κερατίνες, αμινοξέα (τρυπτοφάνη), ένζυμα του μεταβολισμού (NADH, FAD). Το σύστημα αποτελείται από μικρή οπτική ίνα που προκαλεί διέγερση του ιστού σε διάφορα μήκη κύματος και ένα φασματογράφο που λαμβάνει, καταγράφει και αναλύει σε έναν υπολογιστή το φάσμα φθορισμού που αντανακλά ο ιστός. (24) Το πλεονέκτημα της μεθόδου είναι ότι περιορίζει τον παράγοντα της υποκειμενικότητας στην αξιολόγηση των αλλαγών του ιστού που φαίνονται από τον φθορισμό. Επίσης είναι αποτελεσματική στο να διακρίνει υγιή από μεταλλαγμένο ιστό με υψηλή ευαισθησία, κυρίως όταν συγκρίνουμε υγιή ιστό με κακοήθεις βλάβες. Η ειδικότητα της μεθόδου όμως είναι χαμηλή να διακρίνει διαφορετικές βλάβες και να τις ταξινομήσει. Άλλο μειονέκτημα είναι το γεγονός ότι η μέθοδος αυτή μπορεί να εφαρμοσθεί μόνο σε μικρής έκτασης βλάβες με σαφή όρια.

Τέλος πρέπει να αξιολογηθεί η αξιοπιστία πολλών παραμέτρων που αφορούν στη μέθοδο και που μπορεί να οδηγήσουν σε ασαφή αποτελέσματα.

Πίνακας III. Κλινικές διαγνωστικές τεχνικές πρώιμης διάγνωσης καρκίνου του στόματος

Τεχνική	Υλικά	Κλινική παρουσία - Ευρήματα	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Χρώση με κυανού της Τολουιδίνης	Χρωστική κυανού της Τολουιδίνης	- Χρωματίζει την βλάβη - Οριοθετεί την έκταση κακοήθους βλάβης	- Αυξημένη ευαισθησία για εντοπισμό καρκινικών βλαβών (93,5%) - Ανώδυνη μέθοδος - Χαμηλό κόστος - Κυκλοφορεί στην Ελλάδα	- Χαμηλή ευαισθησία στον εντοπισμό δυσπλασίας - Αυξημένο ποσοστό ψευδώς θετικού - Υποκειμενική αξιολόγηση αποτελέσματος
Brush biopsy Βιοψία με ειδική βούρτσα	Βούρτσα, πλακίδιο, μονιμοποιητικό, computer, χρώση Παπανικολάου	- Συλλέγει κύτταρα της βλάβης έως το χόριο - Αξιολόγηση από ειδικό ιστοπαθολόγο με χρήση computer	- Αναίμακτη μέθοδος - Χωρίς αναισθησία - Αυξημένη ευαισθησία (71-100%) και ειδικότητα (27-94%) σε υψηλής κλινικής υποψίας βλάβες	- Χαμηλή ευαισθησία και ειδικότητα (14-38%) σε χαμηλού κινδύνου ασθενείς - Δεν είναι κατάλληλη για όλες τις βλάβες - Δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα
ViziLite Plus Τεχνική χημειοφωταύγειας	Οξικό Οξύ 1% πηγή φωτός κυανού της Τολουιδίνης	- Μεταβολές βλεννογόνου στόματος - Λευκή περιοχή ή κηλίδα	- Υψηλή ευαισθησία (95-98%) - Αναίμακτη - Ανώδυνη - Οριοθετεί την βλάβη - Υποδεικνύει το σημείο λήψης βιοψίας - Κυκλοφορεί στην Ελλάδα	- Χαμηλή ειδικότητα (0-14,2%) - Υψηλό ποσοστό ψευδώς θετικού - Δεν προσδιορίζει το είδος της βλάβης
VELscope Τεχνική αυτοφθορισμού δοντιών	Ειδική συσκευή	- Σκούρα πράσινη περιοχή (μείωση αυτοφθορισμού)	- Υψηλή ευαισθησία - Αναγνωρίζει και οριοθετεί βλάβες - Προσδιορίζει τα όρια εξαίρεσης	- Υψηλό κόστος - Χαμηλή ειδικότητα - Δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα
Φασματοσκοπικός φθορισμός Tissue Fluorescence Spectroscopy	Οπτική ίνα, φασματογράφος, computer	- Διαφορετικό φάσμα διέγερσης φυσιολογικού από κακοήθη ιστό	- Περιορίζει τον υποκειμενικό παράγοντα - Υψηλή ευαισθησία	- Χαμηλή ειδικότητα - Μικρό πεδίο εφαρμογής - Εξειδικευμένα όργανα υψηλού κόστους - Δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα

Συμπεράσματα - Σχόλια

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει θέσει ως στόχους την πρόληψη και πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του στόματος. Ο καρκίνος του στόματος είναι συνήθως ασυμπτωματικός στα πρώτα στάδια και δεν έχει τα κλασικά κλινικά χαρακτηριστικά που τον συνοδεύουν σε προχωρημένα στάδια (έλκωση, διόγκωση, αιμορραγία, τραχηλική λεμφαδενοπάθεια), με αποτέλεσμα να μη διαγιγνώσκεται εγκαίρως.

Επιθηλιακές αλλαγές στον βλεννογόνο του στόματος ανιχνεύονται κυρίως με επισκόπηση και ψηλάφηση. Η διάγνωση τεκμηριώνεται με βιοψία και ιστοπαθολογική εξέταση, η οποία μέχρι σήμερα αποτελεί την πιο αξιόπιστη εργαστηριακή δαδικασία διάγνωσης του καρκίνου του στόματος.

Εκτός από την κλασική βιοψία, άλλα βοηθητικά διαγνωστικά μέσα θα ήταν πολύ χρήσιμα για την έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του στόματος, που θα είχε ωφαποτέλεσμα καλύτερη πρόγνωση για τον ασθενή. Τακτική κλινική εξέταση ασθενών με προκαρκινικές βλάβες είναι πολύ σημαντική, γιατί έχουν την δυνατότητα εξαλλαγής σε κακοήθεις βλάβες. Η αδυναμία πολλές φορές να διαγνώσουμε την κακοήθη εξαλλαγή οδηγεί την βλάβη σε στάδια χειρότερης πρόγνωσης και θνησιμότητας. Ως εκ τούτου είναι πολύ σημαντικό να βρεθούν βοηθητικές μέθοδοι για την παρακολούθηση των ασθενών και την σωστή και έγκαιρη διάγνωση.

Η αξιολόγηση των νέων αυτών τεχνικών που περιγράψαμε ανωτέρω αναλύεται στον πίνακα III.

Για να διαπιστωθεί η χρησιμότητα των νέων τεχνικών πρέπει να τεκμηριωθεί η αξιοπιστία, η ευαισθησία και η ειδικότητα των μεθόδων αυτών. Χρειάζεται να γίνουν ακόμη πολλές μελέτες όπου να συνεκτιμώνται κλινικά, κυτταρολογικά και ιστολογικά ευρήματα σε σχέση με τα αποτελέσματα των μεθόδων.

Ακόμη πρέπει να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι όλες οι μελέτες έχουν γίνει από ειδικούς στοματολόγους και τα αποτελέσματα που εξάγουν δεν αντιπροσωπεύουν τους γενικούς οδοντιάτρους, οι οποίοι ίσως έχουν μεγάλη δυσκολία να διαγνώσουν μια βλάβη. Άρα πρέπει να μελετηθεί και αξιολογηθεί η βοήθεια της κάθε μεθόδου στον γενικό οδοντίατρο.

Είναι σημαντικό ο οδοντίατρος να βασίζεται στην κλινική του κρίση για να αξιολογήσει ύποπτες βλάβες. Ο χρυσός κανόνας είναι ότι βλάβες που έχουν μεγάλο βαθμό υποψίας για κακοήθεια πρέπει πάντα να εξετάζονται ιστοπαθολογικά, διότι η κλινική εξέταση και η ιστοπαθολογική επιβεβαίωση είναι τα μόνα σίγουρα μέσα για την διάγνωση του καρκίνου του στόματος. (7)

Συμπερασματικά χρειάζονται επιπλέον κλινικές μελέτες για να επιβεβαιώσουν την διαγνωστική ακρίβεια, ευαισθησία και ειδικότητα των νέων τεχνικών, μια που τα μέχρι τώρα αποτελέσματα είναι ευμετάβλητα κυρίως ως προς την ειδικότητα. Ακόμη πρέπει να αξιολογηθεί η σχέση κόστους αποτελεσματικότητας και τέλος να εδραιωθεί η χρησιμότητά τους σαν βοηθητικών ή εναλλακτικών μέσων. Εντούτοις, με τις νέες αυτές τεχνικές, ανοίγονται νέοι ορίζοντες στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του στόματος, καθώς επίσης και με ακόμη νεότερες που ακολουθούν. Οι μελ-

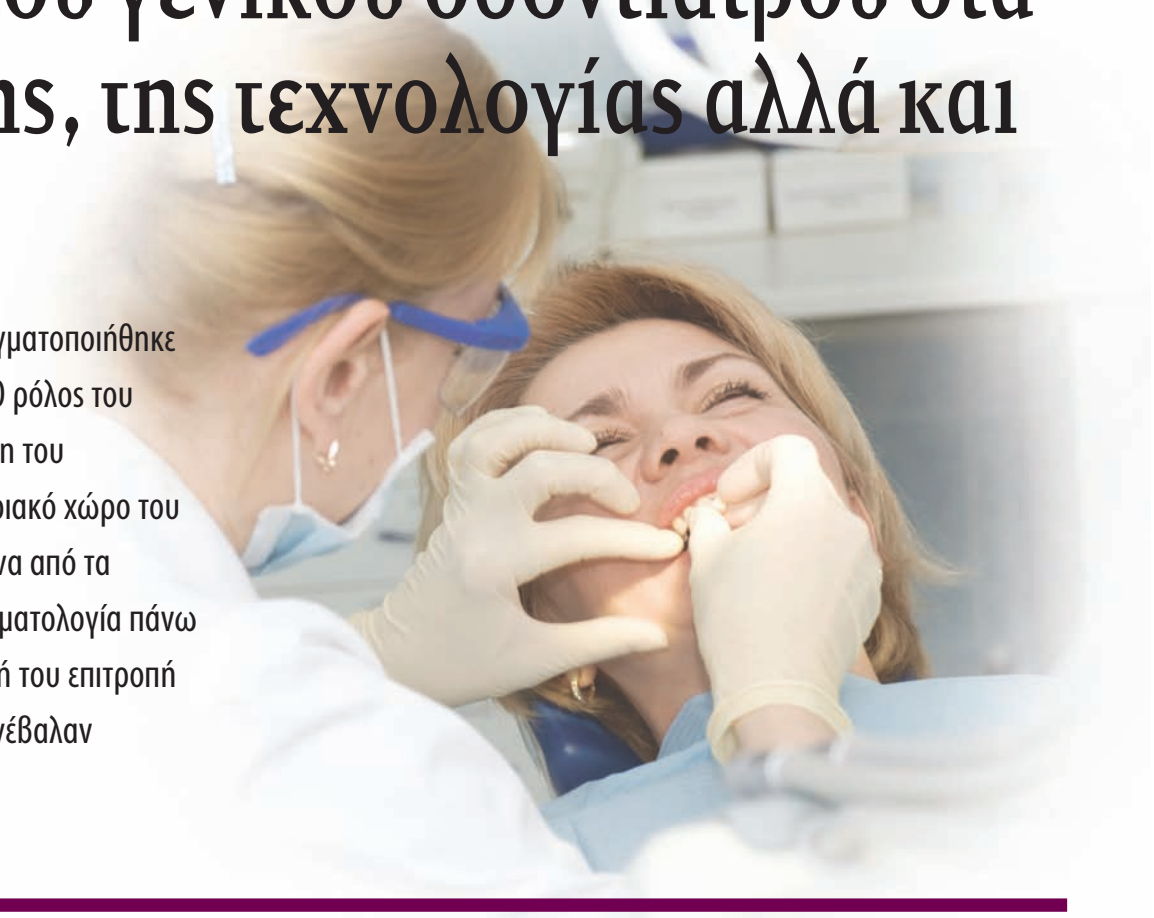
λοντικές τάσεις κατευθύνουν την έρευνα σε μοριακές και γενετικές τεχνικές, όπως η υπερέκφραση ογκοπροστατευτικών αντιγόνων, η απώλεια ετεροζυγωτίας (αντιγόνο p53), σε διαταραχές του πλοϊδισμού, την μοριακή και γενετική ανάλυση σε κυτταρολογικά επιχρίσματα, από το σάλιο και το ουλικό υγρό. Οι έρευνες αυτές βρίσκονται σε εξέλιξη με προοπτική χρήσης σε επίπεδο κλινικής εφαρμογής στο μέλλον.

Επιλεγμένη βιβλιογραφία

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002 CA Cancer J Clin. Dermatol. 2005;55:74-108.
2. Sciubba JJ. Oral Cancer. The importance of early diagnosis and treatment. Am J Clin Dermatol. 2001;2:239-51.
3. Anna Trullenque-Eriksson, Marta Munoz-Concuera, Julian Campo-Trapero, Jorge Cano-Sanchez, Antonio Bascones-Martinez. Analysis of new diagnostic methods in suspicious lesions of the oral mucosa. Med Oral Patol Oral Cir Bucal.2009 May 1;14 (5):E210-6.
4. Sciubba JJ. Improving detection of precancerous and cancerous oral lesions. Computer-assisted analysis of the oral brush biopsy. U.S. Collaborative Oral CDx Study Group. J Am Dent Assoc. 1999;130:1445-57.
5. Poate TW, Buchanan JA Hodgson TA, Speight PM, Barreett AW, Moles DR, et al. An audit of the efficacy of the oral brush biopsy technique in a pecialist Oral Medicine unit. Oral Oncol. 2004;40:829-34.
6. Scheifele C, Schmidt-Westhausen AM, Dietrich T, Reichart PA. The sensitivity and specificity of the OralCDx technique: evaluation of 103 cases. Oral Oncol. 2004;40:824-8.
7. Stefano Fedele. Diagnostic aids in the screening of oral cancer. Head & Neck Oncology 2009, 1:5.
8. Epstein JB, Silverman S Jr, Epstein JD, Lonky SA, Bride MA. Analysis f oral lesion biopsies identified and evaluated by vsiual examination, chemiluminescence and toluidine blue. Oral Oncol. 2008; 44:538-44.
9. Oh ES, Laskin DM. Efficacy of the ViziLite system in the identification of oral lesions. J. Oral Maxillofac Surg. 2007;65:424-6.
10. Ram S, Siar CH. Chemiluminescence as a diagnostic aid in the detection of oral cancer nd potentially malignant epithelial lesions. Int J Oral Maxillofac Surg. 2005;34:521-7.
11. Farah CS, Mcullough MJ. A pilot case control study on the efficacy of acetic acid wash and chemiluminescent illumination (ViziLite) in the visualisation of oral mucosal white lesions.Oral Oncol. 2007;43:820-4.
12. Poh CF, Zhang L, Anderson DW, Durham JS, Williams PM, Pridy RW, et al. Fluorescence visualization detection of field alteration in tumor margins of oral cancer patients. Clin Cancer Res. 2006;12:6716-22.
13. Balevi B. Evidence-based decision making: should the general dentist adopt the use of the VELscope for routine screening for oral cancer?. J Can Dent Assoc. 2007;73:603-6.
14. Mignona MD, Fedele S: Oral Cancer screening: 5 minutes to save a life. Lancet 2005, 3651905-1906.
15. Lingen M, Kalmar JR, Karrison T, Speight PM: Critical evaluation of diagnostic aids for the detection of oral cancer. Oral Oncol 2008, 44:10-22.
16. Patton LL, Epstein JB, Kerr AR: Adjunctive techniques for oral cancer examination and lesion diagnosis: a systematic review of the literature. J Am Dent Assoc 2008, 139:896-905.
17. Eisen D, Frist S: The relevance of the high positive predictive value of the oral brush biopsy. Oral Oncol 2005, 41:753-755.
18. Svirsky JA, Burns JC, Carpenter WM, Cohen DM, Bhattacharyya , Fantasia JE, Lederman DA, Lynch DP, Sciubba JJ, Zunt SL: Comparison of Computer-assisted brush biopsy results with follow up scapel biops and histology. Gen Dent 2002, 50:500-503.
19. Gandolfo S, Pantenero M, Broccoletti R, Pagagno M, Carrozzo M, Scully C: Toluidine blue uptake in potentially malignant oral lesions in vivo: clinical and histological assessment. Oral Oncol 2006, 42:89-95.
20. Zhang L, Williams M, Poh CF, Laronde D, Epstein JB, Durham S, Nakamura H, Berean K, Hovan A, Le ND, Hislop G, Priddy R, Hay J, Lam WL, Rosin MP: Toluidine blue staining identifies high risk primary oral premalignant lesions with poor outcome. Cancer Res 2005, 65:8017-8021.
21. Ram S, Siar CH: Chemiluminescence as a diagnostic aid in the detection f oral cancer and potentially malignant epithelial lesions. Int J Oral Maxilofac Surg 2005, 34:521-527.
22. Epstein JB, Gorsky M, Lonky S, Silverman S Jr, Epstein JD, Bride M: The efficacy of oral lumenoscopy (ViziLite) in visualizing oral mucosal lesions. Spec Care Dentist 2006, 26:171-174.
23. Kerr AR, Sirois DA, Epstein JB: Clinical evaluation of chemiluminescent lighting: An adjunct for oral mucosal examinations. J Clin Dent 2006, 17:59-63.
24. De Veld DC, Witjes MJ, Sterenborg HJ, Rooenburg JL: The status of in vivo autofluorescence spectroscopy and imaging for oral oncology. Oral Oncol 2005, 41:117-131.
25. Poh CF, Ng SP, Williams PM, Zhang L, Laronde DM, Lane P, Macaulay C, Rosin MP: Direct fluorescence visualization of clinically occult high-risk oral premalignant disease using a simple hand-held device. Head & Neck 2007, 29:71-76.
26. Mignogna MD, Fedele S, Lo Russo L: The World Cancer Report and the burden of oral cancer. Eur J Cancer Prev 2004, 13:139-142.
27. Kois JC, Truelove E. Detecting oral cancer: a new technique and case reports. Dent Today. 2006;25:94-7.

11ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο - Λουτράκι 18, 19 και 20 Ιουνίου

Οι σημερινοί βηματισμοί του γενικού οδοντιάτρου στα μονοπάτια της εξειδίκευσης, της τεχνολογίας αλλά και του ιατρικού λάθους



Η αρχή του φετινού καλοκαιριού μάς βρήκε στο πανέμορφο Λουτράκι, εκεί όπου πραγματοποιήθηκε με εξαιρετική επιτυχία το 11ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο, με θέμα «Ο ρόλος του γενικού οδοντιάτρου "εν μέσω" των εξειδικεύσεων» κάτω από την άψογη διοργάνωση του Οδοντιατρικού Συλλόγου Κορινθίας. Στις 18, 19 και 20 Ιουνίου, στον μοναδικό συνεδριακό χώρο του ξενοδοχείου Club Hotel Casino Loutraki είχαμε την ευκαιρία να παρακολουθήσουμε ένα από τα αρτιότερα επιστημονικά συνέδρια, η επιτυχία του οποίου στηρίχτηκε στην πλούσια θεματολογία πάνω στα πιο καίρια και σύγχρονα ζητήματα της οδοντιατρικής πρακτικής, στην οργανωτική του επιτροπή αλλά και στους καταξιωμένους ομιλητές που το τίμησαν με την παρουσία τους και συνέβαλαν καθοριστικά στην επιστημονική εγκυρότητα του συνεδρίου.

Γράφει η **Βίκυ Κουρλιμπίνη** Δημοσιογράφος

Στο 11ο Παμπελοποννησιακό Συνέδριο ο οδοντίατρος, έχοντας στη διάθεσή του ένα «σφιχτό» επιστημονικό πρόγραμμα, αναζήτησε το ρόλο του «εν μέσω» των εξειδικεύσεων. Μέσα από τις εισηγήσεις, τα τρία στρογγυλά τραπέζια, τα πέντε πρακτικά σεμινάρια που διεξάγονταν παράλληλα και την εμπορική έκθεση των μεγαλύτερων εταιρειών του χώρου, οι σύνεδροι ενημερώθηκαν για όλες τις τελευταίες εξελίξεις και απόλαυσαν ένα τριήμερο που συνδύαζε την επιστημονική κατάρτιση με τη χαλάρωση και την πολυτέλεια που προσέφερε το Club Hotel Casino Loutraki.

Παρασκευή, 18 Ιουνίου: το Παμπελοποννησιακό Συνέδριο ανοίγει τις θύρες του

Τις εργασίες του συνεδρίου άνοιξε το μεσημέρι της Παρασκευής η οδοντίατρος **Σοφία Αντωνακάκη** με το θέμα *«Παραπέμποντας τον ασθενή μας στον ειδικό οδοντίατρο: Φόβοι, δυνατότητες, προοπτικές»*. Η κ. Αντωνακάκη μίλησε για τις νέες δεξιότητες που χρειάζεται να αναπτύξουμε μέσα στο σύνθετο πλαίσιο σχέσεων μεταξύ ασθενούς και γενικού οδοντιάτρου-ειδικού.

Ακολούθησε η στοματικός και γναθοπροσωπικός χειρουργός **Ελένη Παραρά** με το θέμα *«Επιλογή εργαστηριακών εξετάσεων στην κλινική οδοντιατρική»*, όπου συζητήθηκε η σημασία των εργαστηριακών εξετάσεων, που μαζί με την κλινική εξέταση θα επιτρέψουν την ασφαλή διάγνωση, το σχεδιασμό θεραπείας και την παροχή οδοντιατρικής φροντίδας για τους ασθενείς.

Ο οδοντίατρος **Γιώργος Παπαντωνόπουλος** ασχολήθηκε με την *«Κινητικότητα του περιοδοντικά προσβεβλημένου δοντιού»* και ακολούθησε ο οδοντίατρος **Κωνσταντίνος Λιανός** με την εισήγηση *«Η Προσθετική αποκατάσταση περιοδοντικών δοντιών με αυξημένη κινητικότητα»*, όπου συζητήθηκε εκτενώς η στρατηγική εξαγωγή δοντιών με μειωμένη περιοδοντική στήριξη και αντικατάστασή τους με εμφυτεύματα.

Μετά το πρώτο διάλειμμα, ο διευθυντής της γενικής κλινικής του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» και πρόεδρος της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας **Βλάσιος Πυργάκης** μίλησε για το θέμα *«Οι ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα και ο οδοντίατρος»*, όπου αναλύθηκαν οι συχνότερες «καρδιακές» καταστάσεις και ο τρόπος που μπορούν να επηρεάσουν την οδοντοθεραπεία, ενώ παράλληλα προτάθηκαν προληπτικά και θεραπευτικά μέτρα.

Ο πρόεδρος του ΟΣΚ και πρόεδρος της οργανωτικής επιτροπής Επαμεινώνδας Κατσούλας.

Ο επίκ. καθηγητής και υπεύθυνος του επιστημονικού προγράμματος Φοίβος Προύντζος.

Τη σκυτάλη πήρε ο ιατρός-γαστρεντερολόγος **Κωνσταντίνος Θωμόπουλος**, επίκουρος καθηγητής στο Πανεπιστήμιο Πατρών. Η ομιλία του είχε θέμα: *«Ιογενείς ηπατίτιδες. Πρόληψη μετάδοσης σε εργαζομένους στον χώρο της Υγείας»*.

«Στοματικές εκδηλώσεις σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, διαγνωστικά προβλήματα και μέτρα πρόληψης από τον οδοντίατρο» ήταν η ομιλία της οδοντιάτρου, διδάκτορος του Πανεπιστημίου Αθηνών **Ελεάνας Στουφή**, που σημείωσε ότι ο οδοντίατρος πρέπει να λάβει προληπτικά μέτρα για τον ασθενή του, πριν από την έναρξη της ανοσοκαταστολής, ή αν ο ασθενής βρίσκεται ήδη σε ανοσοκαταστολή πρέπει να έχει συνεργασία με το θεράποντα ιατρό και το στοματολόγο για τον οδοντιατρικό χειρισμό. Έπειτα η αναπληρώτρια καθηγήτρια Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής στην Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών **Χαριτίνη Κωλέτση-Κουνάρη** αναφέρθηκε στη στοματική υγεία του ελληνικού πληθυσμού σε σχέση με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Μετά το διάλειμμα, όπου οι συμμετέχοντες οδοντίατροι είχαν την ευκαιρία να επισκεφτούν την εμπορική έκθεση, το λόγο πήρε η επίκουρη καθηγήτρια ΕΚΠΑ, στοματικός και γναθοπροσωπικός χειρουργός Κυριακή Χρ. Μάρτη, με το πολύ ενδιαφέρον θέμα *«Εφαρμογές των ακτίνων LASER στη στοματική και γναθοπροσωπική χειρουργική»*. Στην ομιλία της αναφέρθηκαν τα πλεονεκτήματα της εφαρμογής των Laser στην οδοντιατρική καθώς και σε κάποιους περιορισμούς της χρήσης τους.

Ο αναπληρωτής καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ **Χρήστος Σκουτέρης** ήταν ο επόμενος ομιλητής. Στην ομιλία του με τίτλο *«Τρόποι αποφυγής κάκωσης του κάτω φατνιακού νεύρου σε εξαγωγές εγκλείστων και ημιεγκλείστων 3ων γομφίων»* τονίστηκε πως η κάκωση του κάτω φατνιακού νεύρου κατά τη χειρουργική αφαίρεση εγκλείστων και ημιεγκλείστων 3ων γομφίων έχει σοβαρότατες ιατρονομικές επιπτώσεις.

«Ποια είναι τα όρια του γενικού οδοντιάτρου στη στοματική και γναθοπροσωπική χειρουργική;». Όπως είπε η επίκουρη καθηγήτρια ΕΚΠΑ *Ε. Καρυαμπά-Στυλογιάννη* στην ομιλία της, ο οδοντίατρος δυνητικά δύναται να κάνει όλες τις επεμβάσεις μέσα στη στοματική κοιλότητα. Το ερώτημα όμως που τέθηκε ήταν «μέχρι πού μπορεί να φτάσει ο γενικός οδοντίατρος».

Η πρώτη ημέρα του Παμπελοποννησιακού Συνεδρίου έκλεισε με την ομιλία του αναπληρωτή καθηγητή της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ **Ιωάννη Ιατρού** και την ομιλία του για τις *«Λοιμώξεις οδοντικής αιτιολογίας στα παιδιά»*, όπου αναπτύχθηκαν αναλυτικά τα πρωτόκολλα αντιμετώπισής τους.

Στιγμές χαλάρωσης στην επίσημη δεξίωση

Αυτή τη γλυκιά καλοκαιρινή βραδιά του Ιουνίου, με την ξεχωριστή ατμόσφαιρα που δημιουργήθηκε στο ξενοδοχείο Club Hotel Casino Loutraki, φίλοι και συνάδερφοι, άφησαν για λίγο στην άκρη το σφιχτό πρόγραμμα του συνεδρίου και απόλαυσαν στιγμές χαλάρωσης και ηρεμίας κατά την επίσημη δεξίωση που δόθηκε προς τιμήν τους το βράδυ της Παρασκευής.

Το λόγο πήρε αρχικά ο Πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Κορινθίας κ. **Επαμεινώνδας Κατσούλας**, ο οποίος αφού ευχαρίστησε όλους αυτούς που τίμησαν το Συνέδριο με την παρουσία τους, αναφέρθηκε στους λόγους εκείνους που έθεσαν το γενικό οδοντίατρο στο επίκεντρο της θεματολογίας, την ώρα που η εξειδίκευση «εισβάλλει» στην καθημερινή του κλινική πράξη. Στη συνέχεια, στο βήμα ανέβηκε ο υπεύθυνος για το επιστημονικό πρόγραμμα του Παμπελοποννησιακού Συνεδρίου κ. **Φοίβος Προύντζος**, που σημείωσε πως η επιτυχία ενός συνεδρίου δεν κρίνεται μόνο με βάση τα έσοδα που θα προκύψουν από αυτό, αλλά σύμφωνα με το πρόγραμμά του, και κυρίως το κατευθυνόμενο, που αποτελεί τη ραχοκοκαλιά του.

Παρών στην τελετή έναρξης του 11ου Παμπελοποννησιακού Συνεδρίου ήταν και ο πρόεδρος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας **Αθανάσιος Κατσίκης,** ο οποίος αφού συνεχάρη την οργανωτική επιτροπή και το Δ.Σ. του ΟΣΚ, απηύθυνε σύντομο χαιρετισμό, τονίζοντας τη σημασία της ενημέρωσης και της συνεχούς επιμόρφωσης των οδοντιάτρων μέσω τέτοιων εκδηλώσεων. *Όπως σημείωσε, «όσο πιο ενημερωμένος είναι ένας συνάδελφος, τόσο καλύτερα ασκεί την επιστήμη του, διότι γνωρίζει ποια περιστατικά μπορεί να φέρει εις πέρας επιτυχώς και ποια πρέπει να παραπέμψει. Και ο καλός γενικός οδοντίατρος είναι ο βασικός κρίκος της αλυσίδας που λέγεται θεραπεία».*

Μακριά από το άγχος της καθημερινότητας και τις επαγγελματικές υποχρεώσεις, οι διοργανωτές του συνεδρίου, οι ομιλητές, οι σύνεδροι και οι έμποροι των οδοντιατρικών ειδών που πήραν μέρος στην έκθεση παρακολούθησαν την τελετή έναρξης και με μεγάλο ενδιαφέρον το ειδικού ενδιαφέροντος θέμα *«Η φύση του κενού»* του φυσικού υψηλών

Τελετή επίσημης έναρξης. Η εναρκτήρια ομιλία του προέδρου της οργανωτικής επιτροπής Επαμεινώνδα Κατσούλα

Ο πρόεδρος του ΟΣΚ στην ομιλία του, αφού πρώτα καλωσόρισε τους συνέδρους στο 11ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο, αναφέρθηκε στη διαφορά της ειδικότητας από την εξειδίκευση, αιτιολογώντας στην ουσία και την επιλογή του κεντρικού θέματος.

«Το συνέδριό μας πραγματοποιείται σε μια εποχή που η χώρα μας γνωρίζει μια ζοφερή οικονομική πραγματικότητα, τις συνέπειες της οποίας βιώνουμε όλοι μας.

Η διοργάνωση ενός τέτοιου μεγάλου περιφερειακού συνεδρίου από έναν τοπικό επιστημονικό σύλλογο απαιτεί τη συμπαράσταση και τη συνδρομή όλων των φορέων της τοπικής κοινωνίας και κυρίως της αυτοδιοίκησης, που οφείλουν να στηρίζουν και να ενισχύουν τέτοιες διοργανώσεις, οι οποίες εκτός από το επιστημονικό τους περιεχόμενο και τη συμβολή τους στην υλοποίηση της «διά βίου μάθησης και εκπαίδευσης» μιας επιστημονικής κοινότητας, αποτελούν και μια ευκαιρία γνωριμίας των συνέδρων με την πολιτιστική κληρονομιά, την παράδοση και τις φυσικές καλλονές του τόπου όπου διεξάγονται, τονώνουν την τοπική οικονομία, ενώ αποτελούν συγχρόνως τον καλύτερο τρόπο προβολής του, προάγοντας το συνεδριακό τουρισμό.

Παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε, («δεν είναι εύκολες οι θύρες εάν η χρεία τες κουρταλεί»), με όπλο μας την ενότητα και την άριστη συνεργασία όλων των μελών του διοικητικού μας συμβουλίου, τα οποία ευχαριστώ θερμά για την προσφορά τους, καθώς και με τη συνεργασία και συμπαράσταση όλων των Οδοντιατρικών Συλλόγων της Πελοποννήσου και της Δυτικής Στερεάς Ελλάδας, ενδυναμώσαμε τις προσπάθειές μας με στόχο ένα ξεχωριστό συνέδριο-σταθμό στα οδοντιατρικά δρώμενα. Αν πετύχαμε το στόχο μας θα κριθεί από τους συναδέλφους μας συνέδρους. Η αθρόα συμμετοχή πάντως συνέδρων από όλη την Ελλάδα, από το κέντρο, την περιφέρεια, την ηπειρωτική και νησιωτική χώρα, είναι ιδιαίτερα τιμητική για εμάς.

Η συνεργασία μας με το «Οδοντιατρικό Βήμα» και ιδιαίτερα με τον εκδότη κ. Γιάννη Καρκατζούλη που ανέλαβε τη διοργάνωση του συνεδρίου, αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα για την προβολή και την άρτια διοργάνωσή του και για την επιτυχημένη λειτουργία της μεγάλης έκθεσης οδοντιατρικών υλικών, φαρμακευτικών σκευασμάτων και επιστημονικών εκδόσεων.

Κεντρικό θέμα του συνεδρίου μας είναι: Ο ρόλος του γενικού οδοντιάτρου «εν μέσω» των σημερινών εξειδικεύσεων. Το θέμα αυτό με απασχολούσε, γνωρίζοντας εκ των έσω τη σημερινή κατάσταση των πολλών και ποικίλλων εξειδικεύσεων, εν μέσω των οποίων ο γενικός οδοντίατρος αναζητά το ρόλο του. Θεωρούσα επιτακτική την ανάγκη (επανα)προσδιορισμού των δυνατοτήτων και των ορίων άσκησης της γενικής οδοντιατρικής και του καθορισμού υπευθυνοτήτων και των κανόνων που να τη διέπουν.

Όταν εξέφρασα τους προβληματισμούς μου αυτούς στον άξιο δάσκαλο και εκλεκτό φίλο Φοίβο Προύντζο στην πρώτη μας συνάντηση για το συνέδριο, όχι μόνο βρήκα ανταπόκριση, αλλά διαπίστωσα ότι σε μεγάλο βαθμό υπήρχε σύμπτωση απόψεων και προβληματισμών. Ο Φοίβος, «σαν έτοιμος από καιρό» ανέλαβε την ευθύνη κατάρτισης του επιστημονικού προγράμματος του συνεδρίου και κατέβαλε άοκνες προσπάθειες για την πληρότητα και την αρτιότητά του.

Επέλεξε ως εισηγητές διακεκριμένες προσωπικότητες του επιστημονικού και πανεπιστημιακού χώρου και θεματολογία προσαρμοσμένη στις ανάγκες της καθημερινής άσκησης της οδοντιατρικής από το γενικό οδοντίατρο. Σημαντική ήταν επίσης και η συμβολή του συναδέλφου κ. Άρη Τσαγκρή στο συντονισμό του προγράμματος του συνεδρίου.

Η πρόοδος της επιστήμης και της τεχνολογίας έφεραν επανάσταση στην οδοντιατρική, ανατρέποντας δεδομένα και επιβάλλοντας νέα, συνεχώς όμως εξελισσόμενα και μεταβαλλόμενα. Δεν θα ήταν υπερβολή να πούμε ότι η οδοντιατρική είναι μια από τις ταχύτερα εξελισσόμενες επιστήμες. Ο σύγχρονος οδοντίατρος καλείται να παρακολουθήσει δεκάδες συνέδρια, σεμινάρια και ημερίδες σε διαφορετικά γνωστικά αντικείμενα, ώστε να είναι ενημερωμένος για τις νέες εξελίξεις, ενώ βομβαρδίζεται από προτάσεις για εκπαίδευση σε νέες τεχνικές, υλικά, φάρμακα, εργαλεία και συσκευές.

Στη σημερινή εποχή των εξειδικεύσεων η στενή και συγχρόνως περίπλοκη σχέση ασθενούς-οδοντιάτρου διαταράσσεται. Αρχίζει η περιπλάνηση του ασθενούς από ειδικό σε ειδικό, όπου παραπέμπεται από το γενικό οδοντίατρο για κάποιο εξειδικευμένο πρόβλημα, ή όπου συχνά επιλέγει μόνος του να απευθυνθεί μετά από πρόταση, υπόδειξη ή σύσταση συγγενών, φίλων ή γνωστών του.

Ο ασθενής νιώθει να βρίσκεται σε έναν λαβύρινθο. Αναζητώντας δεύτερη, τρίτη, τέταρτη γνώμη, δέχεται διαφορετικές προτάσεις και σχέδια θεραπείας, που αδυνατεί να αξιολογήσει μόνος του και να αποφασίσει. Αρχίζει να αμφιβάλλει και δυσπιστεί για τις προτεινόμενες λύσεις και για το επιστημονικό υπόβαθρο των «εξειδικευμένων» που τις προτείνουν.

Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις ασθενών που προσπαθώντας να βρουν το μίτο που θα τους οδηγήσει στην έξοδο από το πρόβλημά τους, αποφασίζουν να ακολουθήσουν δικής τους εμπνεύσεως θεραπευτικά ή επεμβατικά σχήματα, τα οποία θεωρούν ότι παρέχουν «μια κάποια λύση», αφού παροδικά φαίνεται να αποδίδουν ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Με έναν ασθενή που επισκέπτεται συγχρόνως 2-3-4 ειδικούς, είναι δύσκολο να υπάρχει εκείνη η ψυχική προσέγγιση που είναι απαραίτητη για τη σωστή συνεργασία με το γιατρό και για μια επιτυχημένη θεραπεία. Το ρόλο αυτό μπορεί να παίξει μόνο ο γενικός οδοντίατρος, που μπορεί να συμβάλει στην επανάκτηση της κλονισμένης εμπιστοσύνης του ασθενούς, στην επαναπροσέγγισή του και στην πλήρη αποκατάσταση της διαταραγμένης ψυχικής επικοινωνίας στη σχέση γιατρού - ασθενούς.

Ο ρόλος του γενικού οδοντιάτρου δεν θα μπορούσε να είναι άλλος από αυτόν του επιτελάρχη στον αμυντικό σχεδιασμό και στα πεδία των μαχών, που δίνει όλο το οδοντιατρικό στράτευμα, με στόχο τη διατήρηση και την αποκατάσταση της στοματικής υγείας.

Είναι ένας ρόλος πρωταγωνιστικός και όχι ρόλος κομπάρσου».

Στο πνεύμα της εποχής η ομιλία του υπεύθυνου του επιστημονικού προγράμματος Φοίβου Προύντζου

Στην ομιλία του ο κ. Προύντζος υπήρξε επίκαιρος όσο ποτέ, λέγοντας χαρακτηριστικά: *«Σαν κλάδος έχουμε την ιδιαιτερότητα να ασκούμε ένα από τα ταχύτερα αναπτυσσόμενα επαγγέλματα. Η οδοντιατρική στις μέρες μας αναπτύσσεται με τέτοιους ρυθμούς, που για να την «προκάνουμε» είμαστε υποχρεωμένοι να τρέχουμε πίσω της λαχανιασμένοι. Διαφορετικά, σε κάποια φάση της επιστημονικής μας διαδρομής θα νιώθουμε ξεκομμένοι, ανήμποροι να προσφέρουμε σωστά και υπεύθυνα τις υπηρεσίες μας. Αναμφίβολα τα συνέδρια και οι ημερίδες, εντασσόμενα στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, αποτελούν σημαντική παράμετρο ενημέρωσης. Το 11ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο που διοργανώθηκε από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Κορινθίας συνέπεσε με την απρόβλεπτη οικονομική στενότητα της χώρας μας και ασφαλώς συνέβαλε στη γνωστή από αρχαιοτάτων χρόνων ρήση «ου παντός ανδρός ο πλους εις Κόρινθον».*

Έχω όμως και άλλοτε υποστηρίξει ότι η επιτυχία ενός επιστημονικού συνεδρίου δεν πρέπει να σχετίζεται με τα πανηγυρικά μόνο χαρακτήρα έσοδά του. Πρέπει να βαθμολογείται με διαφορετικά κριτήρια. Ένα από αυτά που ανεβάζουν την ποιοτική του στάθμη είναι το πρόγραμμά του και ιδιαίτερα το κατευθυνόμενο, που αποτελεί τη σπονδυλική του στήλη και αντικατοπτρίζει τη φιλοσοφία εκείνων που το κατάρτισαν.

Στα πλαίσια μιας τέτοιας λογικής καταβλήθηκε προσπάθεια ώστε η θεματολογία να μη βρίσκεται σε διάσταση με την καθημερινότητα της μαχόμενης οδοντιατρικής, αλλά να αγγίζει τους επιστημονικούς και επαγγελματικούς προβληματισμούς της.

Για το λόγο αυτό δεν προτιμήθηκαν ερευνητικές ενότητες υψηλής εξειδίκευσης. Δεν είμαστε της γνώμης ότι αυτές πρέπει συλλήβδην να απορρίπτονται, πιστεύουμε όμως ότι είναι χρήσιμες σε εκδηλώσεις με συνέδρους αναλόγων αναζητήσεων.

Θέλω να μου επιτρέψετε δύο λόγια για την επιλογή του κεντρικού θέματος, που αφήνει ίσως με τη διατύπωσή του περιθώρια για αναγνώσεις που οδηγούν στη σκέψη ότι ο γενικός οδοντίατρος βρίσκεται σε επαγγελματική αντιπαράθεση με τον εξειδικευμένο συνάδελφό του, ενώ το νόημά του είναι διαφορετικό. Αποσκοπεί «εν μέσω» των διαφοροποιήσεων που έχουν επιφέρει οι ειδικότητες στην παραδοσιακή οδοντιατρική, να καταφανεί ο δικός του ρόλος. Ένας ρόλος που προσομοιάζει με το ρόλο του θεράποντα της γενικής ιατρικής που δεν εκχωρεί στον ειδικό την ευθύνη της γενικότερης υγείας των ασθενών του.

Δεν διέφυγε πιστεύω της προσοχής σας, ότι πολλές εισηγήσεις, αλλά και δύο από τα τρία στρογγυλά τραπέζια, έχουν για περιεχόμενο το ιατρικό σφάλμα. Είπα στην αρχή ότι η θεματολογία ενός συνεδρίου οφείλει να αντικατοπτρίζει την κλινική πραγματικότητα της δουλειάς μας και εξακολουθώ να πιστεύω ότι το ιατρικό λάθος αποτελεί μέρος αυτής της πραγματικότητας. Λάθος δεν κάνει όποιος δεν κάνει τίποτα ή δεν λέει την αλήθεια, κοινό όμως μεταξύ μας μυστικό είναι ότι σαν ομιλητές αποφεύγουμε να αναφερόμαστε στα δικά μας λάθη, ακόμη και όταν το αρχείο μας είναι πλούσιο από τέτοια. Το λάθος όμως αποτελεί πηγή γνώσης, τόσο για τους εμάς, όσο και για τους νεότερους που διδάσκονται από αυτό χωρίς να χρεώνονται οι ίδιοι το κόστος διάπραξής του.

Ένα κρυφό στοιχείο «τριβής» υπήρξε η επιλογή των ομιλητών. Το Πανεπιστήμιο ήταν και παραμένει ο χώρος όπου διδάσκεται η γνώση και καλλιεργείται η έρευνα. Αυτονόητο είναι ότι οι πανεπιστημιακοί έχουν μεγαλύτερη αναγνωρισιμότητα και στο μεγαλύτερο ποσοστό αποτελούν τους εισηγητές της εκδήλωσης.

Ωστόσο, από εμένα προσωπικά, η επιλογή τους δεν έγινε με αποκλειστικό κριτήριο τον υψηλό ακαδημαϊκό τους τίτλο. Ο σύνεδρος που δεν είναι πια φοιτητής, γνωρίζοντας πόσο συχνά απονέμονται πια τίτλοι, υπέρτεροι της πραγματικής μας αξίας, δεν επιθυμεί να προσερχόμαστε στο βήμα για λόγους αυταρέσκειας. Προτιμά εκείνους που μέσα από την τεκμηριωμένη προσέγγιση του θέματος μεταγγίζουν «τη σοφία τους» με τρόπο προσηνή και εύληπτο, χωρίς να εκλαμβάνουν τις διαφάνειές τους σαν πλάκες με εντολές του Μωυσή.

Και θα κλείσω με ένα θέμα που έχει μέσα μου σωρεύσει πίκρα και είμαι σίγουρος ότι σε πολλούς έχει αφήσει τη στυφή του γεύση. Πρόκειται για την κοινωνική θέση του οδοντογιατρού ή, αν θέλετε, γενικότερα του υγειονομικού. Του ανθρώπου δηλαδή που έχει την ευθύνη του υπέρτατου και αδιαπραγμάτευτου αγαθού της ζωής που είναι η υγεία. Πιστεύω λοιπόν ότι στις ημέρες που διανύουμε η αναγνώριση του ανθρώπου αυτού από την κοινωνία δεν είναι εκείνη που του αξίζει.

Αν δούμε το θέμα ιστορικά, θα διαπιστώσουμε ότι από τους Ομηρικούς ακόμη χρόνους ο γιατρός εθεωρείτο «ανήρ πολλών αντάξιος άλλων», γιατί προσέφερε ζωή όταν άλλοι την αφαιρούσαν. Αργότερα στα χρόνια του Ιπποκράτη ο γιατρός είχε αναγορευτεί σε «ισόθεο φιλόσοφο». Αλλά και στους σύγχρονους χρόνους, ο γιατρός είχε αναπτύξει με την κοινωνία μια ειδική ανθρώπινη σχέση που εκφραζότανε με το κτητικό «μου». «Γιατρέ μου» έλεγε ο συνάνθρωπός μας και δεν ξέρω άλλον κλάδο που να έχει αξιώσει τέτοια αμεσότητα, γιατί ποτέ μου δεν άκουσα να λέει κάποιος «μηχανικέ μου» ή «δικηγόρε μου».

Δυστυχώς σήμερα, λίγο απέχουμε από το να κρύβουμε έναν τίτλο που τον φέρναμε με περηφάνια. Μην με ρωτήσετε το γιατί, ξέρετε όμως καλύτερα από μένα το ρόλο που έπαιξε η ίδια η πολιτεία στην απαξίωσή μας αυτή. Παραγοντίσκοι που απέκτησαν ταυτότητα από την κομματική τους λίστα, έδωσαν στη δημοσιότητα τη γνωστή λίστα των φοροφυγάδων τάχα μεγαλογιατρών, παίζοντας ενορχηστρωμένα το επικοινωνιακό παιχνίδι, που δημιούργησε στον πολίτη την αντίληψη ενός ταξικού εχθρού με την απλούστευση ότι ο γιατρός σωρεύει πλούτο από τη δυστυχία των συνανθρώπων του. Είναι εύκολο σκεπάζοντας δικές μας πομπές να διαπομπεύουμε έναν ολόκληρο κλάδο, δεν είναι όμως καθόλου ηθικό να σε αποκαλούν λειτουργό και να σε αντιμετωπίζουν σαν αλειτούργητο.

Θα μου πείτε ίσως, δεν υπήρξαν ανάμεσά μας και κάποιοι που δεν στάθηκαν στο ύψος των περιστάσεων; Αντί για απάντηση, και θα κλείσω με αυτό, θα σας θυμίσω τον αφορισμό του Νικηφόρου Βρεττάκου: «Όταν οι αθάνατοι έχουν περιαγάγει τη διαφθορά σε θεσμό, οι κοινοί θνητοί εξαναγκάζονται να μετέχουν στις διαδικασίες της διαφθοράς».

Ο επίκ. καθηγητής Φοίβος Προύντζος με την τιμητική πλακέτα που του απονεμήθηκε από τον ΟΣΚ μαζί με τον Επαμεινώνδα Κατσούλα. Δεξιά, η ταμίας του Δ.Σ. του ΟΣΚ Κονδυλία Παπαγεωργίου.

Αριστερά, ο συντονιστής του επιστημονικού προγράμματος Αριστείδης Τσαγκρής, έχοντας δίπλα του τον πρόεδρο του ΟΣΚ Επαμ. Κατσούλα, τον αντιπρόεδρο του Δ.Σ. του ΟΣΚ Αθαν. Φαρμάκη και την ταμία Κονδυλία Παπαγεωργίου.

Ο πρόεδρος του ΟΣΚ Επαμ. Κατσούλας, έχοντας αριστερά τις Vlasta Merglová και Romana Ivancakova και αριστερά τον επίκ. καθηγητή και πρόεδρο του Συλλόγου Παιδιατρικής Οδοντιατρικής στην Τσεχική Δημοκρατία Βασ. Τσιγκουνάκη.

ενεργειών και υπευθύνου του προγράμματος Φυσικής του πειράματος CMS στο Ευρωπαϊκό Κέντρο Πυρηνικών Ερευνών (CERN) **Παρασκευά Σφήκα**. Η ομιλία του Παρασκευά Σφήκα μας μετέφερε σε έναν άλλο κόσμο, εκεί όπου άπειρα ερωτήματα ψάχνουν ακόμη να βρουν τη λύση τους. Ο κ. Σφήκας, με αμεσότητα και εύληπτο τρόπο, περιέγραψε το τεράστιο εγχείρημα του καινούργιου επιταχυντή LHC στο CERN, αφήνοντας πραγματικά τους ακροατές μαγεμένους από τα όσα, αδιανόητα για τους περισσότερους από εμάς, άκουσαν.

Σάββατο, 19 Ιουνίου: δύο στρογγυλά τραπέζια - πλούσια η θεματολογία

Η δεύτερη ημέρα του Παμπελοποννησιακού Συνεδρίου ξεκίνησε με στρογγυλό τραπέζι και το θέμα *«Τεκμηρίωση για την αποφυγή λαθών στη χορήγηση φαρμάκων κατά την οδοντιατρική κλινική πράξη»*, με συντονίστρια την αναπληρώτρια καθηγήτρια της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ **Άννα Πατρικίου** και συμμετέχοντες την αναπληρώτρια καθηγήτρια της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ **Μαρία Γεωργοπούλου**, την επίκουρη καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ **Ελένη Γκάγκαρη**, τον οδοντίατρο **Αντώνη Ζαμπέλη** και τον ιατρό, διδάκτορα του Πανεπιστημίου Αθηνών **Ιωάννη Μελακόπουλο**.

Η διαφορική διάγνωση και κατ' επέκταση η διάγνωση, αποτελούν θεμέλιο λίθο και πεμπτουσία για όλες τις κλινικές και όχι μόνο, ειδικότητες της οδοντιατρικής και ιατρικής. Ο **Βύρωνας Δρούκας**, καθηγητής της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, είχε την ομιλία *«Διαφοροδιαγνωστική Προσέγγιση και θεραπευτική Αντιμετώπιση Προβλημάτων του Στοματογναθικού Συστήματος»*.

Ακολούθησε ο **Γιώργος Χ. Λάσκαρης**, αναπληρωτής καθηγητής στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών με το θέμα *«Νοσήματα του στόματος που απειλούν την ζωή του ασθενούς»*. Η επιλογή του θέματος είχε ως στόχο να αναδείξει το μεγάλο φάσμα σοβαρών νόσων που χειρίζεται ο στοματολόγος και το σπουδαίο ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει στην πρόκληση αυτή. Μια σειρά από παραδείγματα ορθοδοντικών αισθητικών παρεμβάσεων αποδεικνύουν τις δυνατότητες και την εξέλιξη της σύγχρονης ορθοδοντικής, όπως σημείωσε ο αναπληρωτής καθηγητής της οδοντιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών **Νίκος Β. Χαραλαμπάκης** στην ομιλία του με τίτλο *«Αισθητικές παρεμβάσεις της σύγχρονης ορθοδοντικής»*

Λίγο πριν από το δεύτερο διάλειμμα της δεύτερης ημέρας του συνεδρίου, ο λέκτορας προσθετολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ **Νίκος Πολυχρονάκης** ασχολήθηκε με τις *«Επένθετες οδοντοστοιχίες επί φυσικών δοντιών και επί εμφυτευμάτων»*.

Το πρόγραμμα του συνεδρίου συνεχίστηκε ομαλά, και μετά το ελαφρύ γεύμα που παρατέθηκε και την επίσκεψη στην έκθεση, ο ομότιμος καθηγητής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης **Παύλος Γαρέφης** ανέλυσε το θέμα *«Προσθετικές*

Ο πρόεδρος της Ε.Ο.Ο. Αθανάσιος Κατσίκης

Ο φυσικός υψηλών ενεργειών Παρασκευάς Σφήκας κατά την ομιλία του πάνω στο ειδικό θέμα "Η φύση του κενού"

αποκαταστάσεις: Ο δύσκολος δρόμος από το ιδεώδες στο εφικτό». Ο κ. Γαρέφης προσπάθησε να βρει την ισορροπία μεταξύ του ζητούμενου, λαμβάνοντας υπόψη τις απαιτήσεις των ασθενών που σε πολλές περιπτώσεις είναι υπερβολικές και χωρίς αντικειμενικό λόγο ακραία υπερβατικές, και του εφικτού, όπου όμως υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις απόδοσης σε σχέση με το αντικειμενικά καλό.

Το λόγο πήρε στη συνέχεια ο αναπληρωτής καθηγητής Προσθετολογίας και οδοντιατρικών υλικών της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ **Νίκος Καφούσιας**. Η ομιλία του αφορούσε *«Το λάθος, παράμετρος αποτυχίας στην Προσθετική επί εμφυτευμάτων και το μερίδιο ευθύνης Οδοντιάτρου – Οδοντοτεχνίτη»*. Όπως παραδέχτηκε και ο ίδιος, ο χρόνος που έχει περάσει, η έρευνα που έχει μεσολαβήσει και η κλινική εμπειρία μας επιτρέπει να διδαχθούμε τόσο από την πρόοδο της επιστήμης, όσο και από τα λάθη.

Στην περίπτωση του «λάθους» στην οδοντιατρική εστίασε και ο οδοντίατρος **Δημήτρης Ζαμπάρας** στην ομιλία του που ακολούθησε με τίτλο *«Το λάθος ως παράμετρος αποτυχίας στη χειρουργική των εμφυτευμάτων»*. Παρέθεσε, ξεχωριστά αλλά και σε συνδυασμό, λάθη κλινικής και ακτινολογικής διάγνωσης (εκτίμησης περιστατικού), κατάρτισης σχεδίου θεραπείας, επιλογής υλικών, τοποθέτησης εμφυτευμάτων και χειρουργικών τεχνικών.

Έτσι φτάσαμε σε ένα ακόμη στρογγυλό τραπέζι για την *«Ενδοδοντική θεώρηση ιατρογενών σφαλμάτων στην οδοντιατρική πράξη»*, με συντονιστή τον επίκουρο καθηγητή Ενδοδοντίας Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ **Φοίβος Προύντζο** και με εισηγητές την λέκτορα Ενδοδοντίας ΕΚΠΑ **Γιάννα Οικονόμου**, τον επίκουρο καθηγητή ενδοδοντίας **Νίκο Κατσαρό** και τον οδοντίατρο **Άρη Τσαγκρή**. Στο στρογγυλό αυτό τραπέζι περιγράφτηκαν τα συνηθέστερα αίτια πρόκλησης του ιατρογενούς σφάλματος, αναπτύχθηκαν οι δυνατότητες αντιμετώπισής του και αναφέρθηκαν οι ιατρονομικές προεκτάσεις που πιθανά εμπεριέχει.

Η δεύτερη ημέρα του συνεδρίου ολοκληρώθηκε με το θέμα ελεύθερης ανάπτυξης *«Το στόμα: Προφανείς λειτουργίες και ασαφείς επιρροές»*, το οποίο παρουσίασε η αναπληρώτρια καθηγήτρια της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών **Ανθούλα Διαμάντη-Κηπιώτη**.

Φτάνοντας προς την ολοκλήρωση του Συνεδρίου

Η λέκτορας Ενδοδοντίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών **Ιωάννα Οικονόμου** άνοιξε την Τρίτη και τελευταία ημέρα των εργασιών του 11ου Παμπελοποννησιακού Συνεδρίου με την ομιλία της *«Αναζωπύρωση χρόνιας περιακρορριζικής φλεγμονής. Συσχετιζόμενοι παράγοντες, αντιμετώπιση»*.

Ακολούθησαν ο οδοντίατρος, Διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Αθηνών **Σπύρος Λιάπατας** με το θέμα *«Ασυμπτωματική ατελής ενδοδοντική θεραπεία. Πότε και γιατί πρέπει να επαναλαμβάνεται»* και έπειτα ο αναπληρωτής καθηγητής της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ Ιωάννης Τζούτζας με το θέμα *«Το Οδοντιατρικό Αμάλγαμα σήμερα. Αθώο λόγω αμφιβολιών ή ένοχο με αποχρώσες ενδείξεις»*, στο οποίο παρουσίασε διεξοδικά τις προεκτάσεις από τη χρήση του αμαλγάματος και έδωσε τις απαραίτητες διευκρινίσεις και επιστημονικά τεκμηριωμένες οδηγίες για την «αποποινικοποίηση» της χρήσης του υλικού αυτού.

Το τρίτο στρογγυλό τραπέζι που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του συνεδρίου με τον τίτλο *«Η έκρηξη της αισθητικής οδοντιατρικής σήμερα (Δυνατότητες, τεχνικές αλλά και προβληματισμοί για τη ακεραιότητα των οδοντικών ιστών)»*, συντόνισε ο αναπληρωτής καθηγητής της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ **Γεράσιμος Δουβίτσας**, σε συνεργασία με τον επίκουρο καθηγητή **Βασίλη Χρονόπουλο**. Με δεδομένο ότι ο οδοντίατρος οφείλει να εντάσσει, κατά τον σχεδιασμό των αποκαταστάσεων των οδοντικών προβλημάτων, αισθητικές παραμέτρους και ενώ οι ασθενείς έχουν πλέον διαμορφώσει άλλα κριτήρια και απαιτήσεις κατά την αναζήτηση οδοντιατρικής περίθαλψη, συζητήθηκαν τα όρια της επιλογής της σωστής, κάθε φορά τεχνικής, αλλά και του πλέον κατάλληλου αισθητικού υλικού, με την παρουσίαση μιας σειράς αντιπροσωπευτικών περιστατικών.

Μετά το διάλειμμα και την επίσκεψη στην οδοντιατρική έκθεση, το 11ο Παμπελοποννησιακό Συνέδριο ολοκληρώθηκε με τρεις ακόμη πολύ ενδιαφέρουσες ομιλίες: του επίκουρου καθηγητή και προέδρου του Συλλόγου Παιδιατρικής Οδοντιατρικής στην Τσεχική Δημοκρατία **Βασίλειου Τσιγκουνάκη** και της αναπληρώτριας καθηγήτριας, προϊστάμενης του τμήματος Παιδιατρικής Οδοντιατρικής Σχολής στο Νοσοκομείο και την Ιατρική Σχολή στο Pilsen, Charles University στην Πράγα **Merglová Vlasta** με θέμα *«Αιτιολογία και πρόληψη τραυματικών βλαβών των μόνιμων δοντιών στα παιδιά»*. Ακολούθησε η ομιλία της επίκουρης καθηγήτριας και προϊστάμενης του τμήματος Παιδιατρικής Οδοντιατρικής Σχολής στο Νοσοκομείο και την Ιατρική Σχολή του Hradec Krlové, Charles University στην Πράγα **Ivancakova Romana** για τις *«Τραυματικές βλάβες των σκληρών οδοντικών ιστών σε μόνιμα δόντια»* και τέλος του **Βασίλειου Τσιγκουνάκη** και της **Merglová Vlasta** για τις *«Τραυματικές βλάβες των περιοδοντικών ιστών σε παιδιά-Οι επιπλοκές»*.

Ο ρόλος του γενικού οδοντιάτρου «εν μέσω» και των πρακτικών σεμιναρίων

Φυσικά δεν θα πρέπει να παραλείψουμε τα έξι πρακτικά σεμινάρια που διενεργούνταν παράλληλα με τις εργασίες του Συνεδρίου τις δύο πρώτες ημέρες. Την Παρασκευή η εταιρεία Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος πραγματοποίησε πρακτικό σεμινάριο για τις όψεις πορσελάνης, η Ultradent για τη χημικομηχανική επεξεργασία ριζικών σωλήνων με το μηχανοκινούμενο υβριδικό σύστημα Endo-EZE TiLOS, η εταιρεία Τσαπράζης Α.Ε. για την απλή και αποτελεσματική χρήση των σύνθετων ρητινών σε οπίσθια δόντια και το AALZ Greece to Laser Safety Course. Το Σάββατο η εταιρεία Μαυραειδόπουλος διενήργησε το πρακτικό σεμινάριο των εμφυτευμάτων XIVE της DENTSPLY-FRIADENT και η Οδοντεμπορική το σεμινάριο με αντικείμενο τις αισθητικές αποκαταστάσεις ρητινών.

Η ανταπόκριση των συμμετεχόντων σε αυτά ήταν αξιοσημείωτη, γεγονός που καταδεικνύει την αναγκαιότητα του συνδυασμού των θεωρητικών αρχών και κανόνων με την πρακτική εφαρμογή τους.

Ιδιαίτερη αναφορά χρειάζεται να γίνει τέλος στην εμπορική έκθεση που λειτούργησε κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου, όπου οι οδοντίατροι είχαν την ευκαιρία να ενημερωθούν για όλες τις τελευταίες εξελίξεις πάνω στους τομείς των οδοντιατρικών υλικών και μηχανημάτων.

Το 11ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο μας άφησε τις καλύτερες εντυπώσεις από πλευράς θεματολογίας, επιστημονικού επιπέδου, οργάνωσης και φιλοξενίας εκ μέρους του Οδοντιατρικού Συλλόγου Κορινθίας, ανεβάζοντας ακόμη πιο υψηλά τον πήχη των οδοντιατρικών περιφερειακών συνεδρίων.

Ανταύγειες Οδοντικής Αισθητικής και όχι μόνο...

Του **Γεράσιμου Δουβίτσα** Αναπληρωτή καθηγητή Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Η οδοντική αποκατάσταση σήμερα είναι συνυφασμένη με την αισθητική.
Η ανάπτυξη υλικών που συγκολλώνται στις οδοντικές επιφάνειες άλλαξε ριζικά την κατεύθυνση της διάγνωσης και, φυσικά, της αισθητικής αποκατάστασης των σκληρών οδοντικών ιστών.
Ο οδοντίατρος, με μια σημαντική ελευθερία κινήσεων και επιλογών και πάντα στο πλαίσιο αποδεκτών βιολογικών αρχών, μπορεί να εφαρμόζει δημιουργικές αισθητικές τεχνικές, χωρίς να θυσιάζει υπερβολική ποσότητα ιστών αλλά και χωρίς να περιορίζει τις μελλοντικές επιλογές του.
Αναγκαία προϋπόθεση για την εφαρμογή στην κλινική πράξη όλων αυτών αποτελεί αφενός η ανάπτυξη της αισθητικής μας αντίληψης και αφετέρου η γνώση των τεχνικών που απαιτούν οι κλινικές εφαρμογές.

Περιστατικό

Ανδρας με χειλεο-υπερώιο σχιστία, μετά από πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος, στην ηλικία των 19 χρόνων αναζητούσε, πλέον, αισθητική αποκατάσταση του χαμόγελου και των δοντιών του.
Μετά από πολλαπλές επισκέψεις σε οδοντιατρεία κατέληξε στο ιατρείο μας, όπου ήταν απόλυτα ενημερωμένος για τις εναλλακτικές θεραπείες που θα μπορούσαν να ακολουθηθούν, για την αντιμετώπιση του προβλήματος, όπως ενδοδοντικές θεραπείες στον 21, 23 και κεραμική γέφυρα μέχρι και να μη γίνει καμία απολύτως θεραπεία.

Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ότι υπήρχε έλλειψη του αριστερού πλάγιου τομέα της άνω γνάθου και μετακίνηση του κυνόδοντα στη θέση του πλαγίου τομέα.
Παράλληλα η δυνατότητα του χαμόγελου, παρά τις συνεχείς κατά παραγγελία προσπάθειες, δεν έδωσε άλλη εικόνα από αυτή που απεικονίζεται στην Εικ. 1.
Ακολούθησε η λήψη και ανάλυση της εικόνας των έξι πρόσθιων δοντιών, η λήψη αποτυπωμάτων, η κατασκευή των εκμαγείων και το διαγνωστικό κέρωμα και, λαμβάνοντας υπόψη το βεβαρημένο του περιστατικού αλλά και την ανατομική ατέλεια της περιοχής, λόγω της σχιστίας, αποφασίστηκε η συντηρητική αποκατάσταση του ελλείποντος δοντιού με σύνθετη ρητίνη.

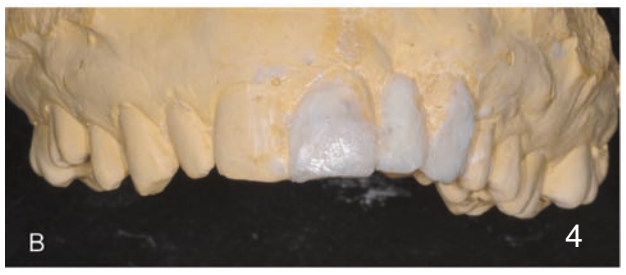
Μετά την ενημέρωση και την έγκριση του ασθενούς, για το συγκεκριμένο σχέδιο θεραπείας, ακολούθησε η εφαρμογή των απαιτούμενων παρεμβάσεων για την αποκατάσταση της αισθητικής των δοντιών και του χαμόγελου.

Η κλινική αντιμετώπιση του περιστατικού δίνεται με τις παρακάτω εικόνες.

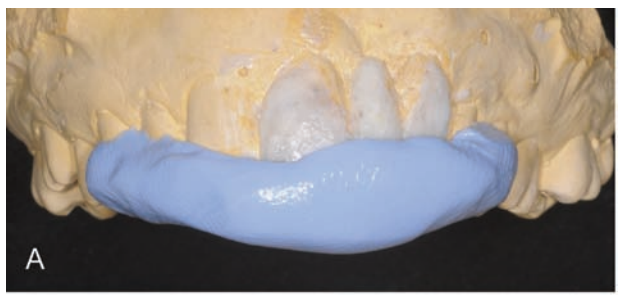
Εικ. 1. Αρχική απεικόνιση του χαμόγελου. Στις κατ΄ επανάληψη παραγγελίες μου και προσπάθειες εκ μέρους του ασθενούς για την επίτευξη ενός πιο ολοκληρωμένου χαμόγελου, αυτό δεν κατέστη δυνατόν. Όπως ο ίδιος δήλωσε, αυτό ήταν πάντα το χαμόγελό του.

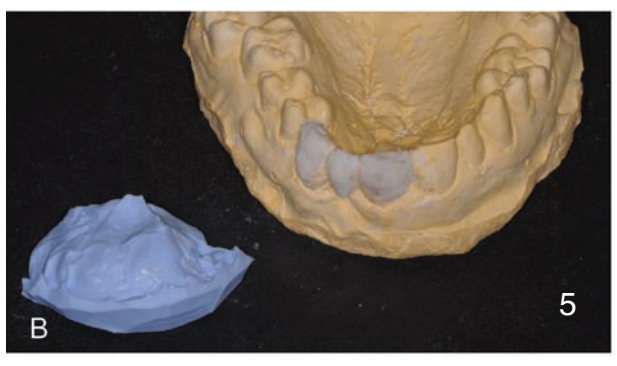
Εικ. 2. Αρχική απεικόνιση των δοντιών. Παρατηρήστε τη μετακίνηση των τομέων προς το αριστερό ημιμόριο και του κυνόδοντα στη θέση του ελλείποντος πλάγιου τομέα.

Εικ. 3. Συμμετρική σχεδίαση της επιθυμητής λύσης για την αισθητική απόδοση των πρόσθιων δοντιών της άνω γνάθου. Παρατηρήστε τον χώρο που πρέπει να δημιουργηθεί για την τοποθέτηση του πλάγιου τομέα στο αριστερό ημιμόριο (22).

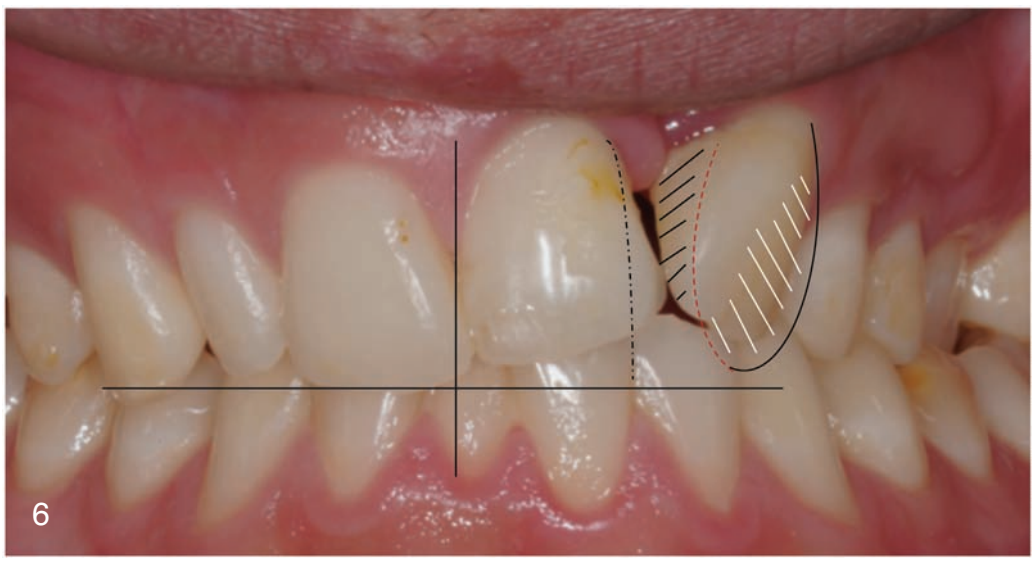


Εικ. 4. Το γύψινο εκμαγείο των δοντιών (Α) και το διαγνωστικό κέρωμα (Β).





Εικ. 5. Κατασκευή κλειδιού σιλικόνης (Α) από το εκμαγείο του διαγνωστικού κερώματος, το οποίο θα χρησιμοποιηθεί για την ανακατασκευή των δοντιών και το κλειδί σιλικόνης, μετά την αφαίρεση του προστομιακού τμήματος (Β).



Εικ. 6. Σχεδίαση της διάνοιξης του χώρου. Η άπω επιφάνεια του κεντρικού τομέα τροχίστηκε, ενώ στην εγγύς επιφάνεια του κυνόδοντα παρασκευάστηκε πατούρα επί της αδαμαντίνης πάχους περίπου 1 χιλ., επί της οποίας διαμορφώθηκε ως πρόβολο με σύνθετη ρητίνη ο πλάγιος τομέας. Η άπω-προστομιακή επιφάνεια του κυνόδοντα επικαλύφθηκε με σύνθετη ρητίνη

Εικ. 7. Τα δόντια μετά την αποκατάσταση. Ο πλάγιος τομέας έχει τοποθετηθεί ως πρόβολο επί του κυνόδοντα, αφήνοντας ελεύθερο το σημείο επαφής με τον κεντρικό τομέα, για τη διέλευση του οδοντικού νήματος.

Εικ. 8. Το χαμόγελο μετά την αποκατάσταση των δοντιών, όπως απεικονίστηκε αβίαστα και με την πρώτη εντολή, πριν ακόμη ο ασθενής δει την αποκατάσταση των δοντιών του.

Επιστήμη και Τέχνη των

Όψεων Πορσελάνης

Galip Gürel

Επιμέλεια για την ελληνική γλώσσα
Νικήτας Σ. Συκαράς
Λέκτορας Προσθετολογίας

Το επιτυχημένο σύγγραμμα The science and art of porcelain laminate veneers του γνωστού συγγραφέα Galip Gürel περιγράφει και αναλύει τα κλινικά και εργαστηριακά στάδια κατασκευής των όψεων πορσελάνης που αποτελούν μια συντηρητική προσθετική εφαρμογή της σύγχρονης οδοντιατρικής για την αισθητική και λειτουργική αποκατάσταση. Εκτός από την ανάλυση αισθητικών παραμέτρων, όπως είναι η σχεδίαση του χαμόγελου, τονίζεται και περιγράφεται η σημασία της λειτουργίας και σύγκλεισης των δοντιών, καθώς επίσης και η σπουδαιότητα και διαχείριση των μαλακών ιστών για την αισθητικά επιτυχημένη προσθετική παρέμβαση. Στις 528 σελίδες του αναλύονται διεξοδικά όλες οι παράμετροι που αφορούν τις όψεις πορσελάνης μαζί με 1.200 φωτογραφίες που βοηθούν τον αναγνώστη στην περαιτέρω κατανόηση του περιεχομένου.

Επικοινωνήστε μαζί μας και θα τα λάβετε ταχυδρομικώς στο ιατρείο σας

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ

Ζωοδόχου Πηγής 54 106 81 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3809 495 e-mail: odvima@otenet.gr www.dentalsite.gr

Τιμή 210€

Χαμογελώντας ξανά

Αποκατάσταση δοντιών με τη χρήση υαλοκεραμικού διπυριτικού λιθίου σε ασθενή με ατελή αδαμαντινογένεση (Dentinogenesis Imperfecta)

Prof. Dr Daniel Edelhoff, Μόναχο, Oliver Brix, DT, Βισμπάντεν και Josef Schweiger, DT, Μόναχο, όλοι από τη Γερμανία.

Οι σύγχρονες τεχνικές κατασκευής και τα τελευταίας γενιάς υλικά αποκαταστάσεων επιτρέπουν στον οδοντίατρο να ακολουθήσει θεραπευτικές στρατηγικές που περιλαμβάνουν μακροχρόνια μεταβατική φάση αποκατάστασης για την επαναδημιουργία λειτουργίας και αισθητικής. Η σύνθετη αποκατάσταση οδοντικής δομής με έντονη δυσχρωμία σε ένα νέο ασθενή παρουσιάζεται με το ακόλουθο κλινικό περιστατικό. Χάρη στη χρήση μακροχρόνιων μεταβατικών, κατασκευασμένων με διαδικασίες CAD/CAM χρησιμοποιώντας πολυμερές υψηλής απόδοσης, η ομάδα θεραπείας ήταν σε θέση να μελετήσει το σχέδιο αποκατάστασης κατά τη φάση ανάπτυξης του ασθενούς. Ως αποτέλεσμα, αυτή η προσέγγιση διασφάλισε την υψηλή προβλεψιμότητα της τελικής αποκατάστασης, που κατασκευάστηκε από υαλοκεραμικά διπυριτικού λιθίου (LS2).

Προεγχειρητική κατάσταση

Ο 16χρονος ασθενής εμφανίστηκε με ατελή αδαμαντινογένεση (Dentinogenesis Imperfecta) τύπου ΙΙ (Εικ. 1). Κατά την οδοντική αποκατάσταση αυτού του ασθενούς, η θεραπευτική ομάδα ήρθε αντιμέτωπη με μια σειρά από προκλήσεις: για παράδειγμα, το νεαρό της ηλικίας του ασθενούς (φάση ανάπτυξης), η απαίτηση του ασθενούς για άμεση λύση, η κατάλληλη αναδημιουργία της μορφολογίας των δοντιών και η πλήρης ρύθμιση της κάθετης διάστασης, όπως επίσης η μόνιμη συγκόλληση της αποκατάστασης στην κατεστραμμένη οδοντική δομή.

Θεραπευτικό σχέδιο και κλινική διαδικασία

Λόγω της παραμόρφωσης της οδοντίνης, η συγκόλληση στην αδαμαντίνη παρουσίαζε προβλήματα σε πολλές περιοχές (Εικ. 2α-β). Για το λόγο αυτό, η προσέγγιση ελάχιστης παρέμβασης με συγκόλληση των αποκαταστάσεων έπρεπε να εγκαταλειφθεί ως λύση αποκατάστασης. Για την αισθητική και λειτουργική αποκατάσταση της οδοντοφυΐας αυτού του νεαρού ασθενούς, καθορίστηκαν οι εξής θεραπευτικού στόχοι: κατάλληλη αναδημιουργία της οδοντικής μορφολογίας με πρόσθια κυνοδοντική προστασία και προσαρμογή της κάθετης διάστασης.

Εικ. 1. Προεγχειρητική κατάσταση: Η εκτεταμένη βλάβη της οδοντοφυΐας επηρεάζει την αισθητική εμφάνιση των δοντιών και τη λειτουργία τους.

Εικ. 2 α-β. Προεγχειρητική κατάσταση: Οι πρώτοι γομφίοι και των δύο γνάθων δείχνουν το μεγάλο βαθμό καταστροφής ως συνέπεια της απόπτωσης τμημάτων (chipping) της αδαμαντίνης.

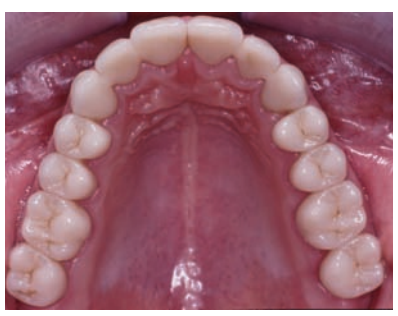
Για την ανάλυση και το σχεδιασμό αυτού του περιστατικού, το οδοντοτεχνικό εργαστήριο είχε στη διάθεσή του εξωστοματικές (πορτρέτα) και ενδοστοματικές φωτογραφίες, αλγινικά αποτυπώματα και των δύο γνάθων, καταγραφή της κεντρικής σχέσης, όπως επίσης και μια αυθαίρετη καταγραφή με τόξο μεταφοράς. Μετά από τεχνική και κλινική ανάλυση, ο ασθενής και η οικογένειά του, μαζί με την κλινική ομάδα, αποφάσισαν το ακόλουθο θεραπευτικό σχέδιο: Στεφάνες κατασκευασμένες από υαλοκεραμικό διπυριτικού λιθίου (LS2) για την μόνιμη αποκατάσταση των δοντιών. Οι πρόσθιες αποκαταστάσεις κατασκευάστηκαν με τεχνική διαστρωμάτωσης (IPS e.max® Press MO 0/IPS e.max® Ceram) και οι οπίσθιες αποκαταστάσεις με την τεχνική του επιφανειακού χρωματισμού (IPS e.max Press LT A2). Καθώς οι σημαντικές αισθητικές και λειτουργικές αλλαγές έπρεπε να συνδυαστούν με την προσαρμογή της κάθετης διάστασης, η κλινική ομάδα αποφάσισε την ακόλουθη κλινική διαδικασία:

1. Κατασκευή διαγνωστικού κερώματος για να βοηθήσει στη δημιουργία της μορφολογίας του δοντιού, η οποία θα είναι αισθητική και λειτουργική ταυτόχρονα.
2. Ενδοστοματική αξιολόγηση της αισθητικής του διαγνωστικού κερώματος με τη βοήθεια διαγνωστικής μήτρας.
3. Μεταφορά της αύξησης της κάθετης διάστασης, η οποία καθορίστηκε με το διαγνωστικό κέρωμα σε έναν τροποποιημένο νάρθηκα Michigan για μια περίοδο λειτουργικής αξιολόγησης 8 εβδομάδων.
4. Οδοντικές παρασκευές με καθοδήγηση της διαγνωστικής μήτρας, λήψη λεπτομερειακής αποτύπωσης και καταγραφή της σχέσης άνω και κάτω γνάθου με νάρθηκα Michigan.
5. Κατασκευή μακροχρόνιων μεταβατικών αποκαταστάσεων ακριβείας, αρχικά με ηλεκτρονική σάρωση του διαγνωστικού κερώματος και κατόπιν με χρήση διαδικασιών CAD/CAM και υψηλής απόδοσης πολυμερούς υλικού (Εικ. 3).
6. Δοκιμή των μακροχρόνιων μεταβατικών αποκαταστάσεων το λιγότερο για 12 μήνες με δυνατότητα τροποποιήσεων.
7. Μετά την επιτυχημένη μεταβατική φάση, ακολουθεί η αποκατάσταση των δοντιών στην άνω γνάθο: καταγραφή της σχέσης άνω και κάτω γνάθου, λήψη αποτυπώσεων και κατασκευή ολοκεραμικών στεφανών στο οδοντοτεχνικό εργαστήριο (Εικ. 4).
8. Δοκιμή και συγκόλληση με αδροποίηση (Variolink® II) των μονίμων στεφανών, κατασκευασμένων από IPS e.max Press για την άνω γνάθο.
9. Ίδια διαδικασία και για την κατασκευή των IPS e.max Press στεφανών για την κάτω γνάθο (Εικ. 5 α-β)

Η μακροχρόνια μεταβατική φάση επέτρεψε στη θεραπευτική ομάδα να εξετάσει επαρκώς την προσαρμοσμένη κάθετη διάσταση και ως εκ τούτου να διασφαλίσει ένα υψηλό επίπεδο προβλεψιμότητας για τις τελικές αποκαταστάσεις. Τα ευρήματα αυτής της προ-θεραπευτικής φάσης ενσωματώθηκαν επιτυχώς στην υαλοκεραμική αποκατάσταση. Ο ασθενής ήταν ενθουσιασμένος με το αποτέλεσμα τόσο στον τομέα της αισθητικής, όσο και της λειτουργικότητας.

Εικ. 3. Για την εκτίμηση του σχεδίου αποκατάστασης, οι μεταβατικές αποκαταστάσεις κατασκευάστηκαν από πολυμερές υψηλών επιδόσεων με τεχνολογία CAD/CAM.

Εικ. 4. Οι μακροχρόνιες μεταβατικές αποκαταστάσεις απομακρύνθηκαν και η σχέση άνω και κάτω γνάθου καταγράφηκε με προσωρινό υλικό αποκατάστασης, βασισμένο σε Bis-GMA (C&B Provilink). Αυτή η καταγραφή χρησιμοποιήθηκε ακολούθως ως αναφορά στο δεύτερο τεταρτημόριο.



Εικ. 5 α-β. Αποκαταστάσεις κατασκευασμένες από IPS e.max Press μετά τη συγκόλληση με Syntac/Variolink II.

Εικ. 6. Μετεγχειρητική εικόνα μετά την τοποθέτηση των μόνιμων αποκαταστάσεων. Τα διαφορετικά μήκη των πρόσθιων δοντιών ανταποκρίνονται στο νεαρό της ηλικίας του ασθενούς.

Στοιχεία επαφής

Prof. Dr. Daniel Edelhoff
Tenured Associate Professor

Josef Schweiger
Dental Technician

Department of Prosthodontics and Dental Materials Ludwig Maximilian University of Munich, Goetherstrasse 70, 80336 Munich, Germany
daniel.edelhoff@med.uni-muenchen.de

Oliver Brix
Dental Technician
Innovatives Dental Design
Dwight-D-Eisenhower- Str 9
65197 Wiesbaden, Germany
oliver-brix@t-online.de

Γναθοπροσωπική Χειρουργική & Εμφυτεύματα

Μόνιμη στήλη της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν», Διευθυντής: καθηγητής Ε. Βαϊρακτάρης

Τη στήλη αυτή επιμελούνται, πέρα από εμένα, συνεργάτες της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και άλλοι εκλεκτοί συνάδελφοι διάφορων ειδικοτήτων, ειδικών κάθε φορά στα περιγραφόμενα θέματα.
Ταυτόχρονα, θα θέλαμε να ανοίξουμε έναν ανοιχτό διάλογο μαζί σας, τόσο ως προς τη θεματολογία όσο και ως προς ενδεχόμενα ερωτήματα που θα σας δημιουργηθούν από την περιγραφή του κάθε θέματος.
Η στήλη αυτή φιλοδοξεί να δίνει απαντήσεις σε επιστημονικούς προβληματισμούς σας στο πεδίο της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και των Εμφυτευμάτων και να συμβάλει στην κλινική σας πράξη.
Με συναδελφικούς χαιρετισμούς, ***Λευτέρης Βαϊρακτάρης***
e-mail: lvairakt@med.uoa.gr

Παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχία των εμφυτευμάτων

*Η βιβλιογραφία για όλα αυτά που αναφέρονται κατωτέρω βρίσκεται στη διάθεση του κάθε ενδιαφερομένου (**e-mail επικοινωνίας: lvairakt@med.uoa.gr**).*

Ε. Βαϊρακτάρης* MD, DDS, Dr, Dr, **Δ. Αυγουστίδης**** MD, **Θ. Νισύριος**** MD, **Σ. Βασιλείου**** MD, DDS, Dr
* Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών, διευθυντής της Κλινικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Νοσοκομείου «Αττικόν»
** Επιστημονικοί συνεργάτες, Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Νοσοκομείο «Αττικόν», Ιατρική Σχολή Παν/μίου Αθηνών

Λόγω της μεγάλης έκτασης του θέματος, στο προηγούμενο τεύχος του «Ο.Β.» παραθέσαμε το **πρώτο από τα τρία μέρη** του άρθρου **«Παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχία των εμφυτευμάτων»**. Στο παρόν τεύχος δημοσιεύουμε το **δεύτερο μέρος**.

Μέρος 2ο

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει, ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων εμπλέκεται στην οστεοενσωμάτωση των εμφυτευμάτων και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να ακολουθείται ένα αυστηρό πρωτόκολλο τόσο προεγχειρητικά, όσο και διεγχειρητικά, ξεχωριστό για την κάθε περίπτωση. Το πρωτόκολλο αυτό πρέπει να συνεκτιμά:

Α) **Τον παράγοντα «ασθενή».** Εδώ λαμβάνονται υπόψη συστηματικοί, τοπικοί, ανατομικοί παράγοντες κ.ά.

Β) **Τον παράγοντα «ιατρό»**, ο οποίος, αφού εκτιμήσει όλα τα δεδομένα, θα πρέπει να είναι σε θέση να επιλέξει το κατάλληλο εμφύτευμα και να προβεί στο σχεδιασμό της προσθετικής εργασίας και, βέβαια,

Γ) **Τον παράγοντα «εμφύτευμα»**, καθότι συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των εμφυτευμάτων επηρεάζουν την επιτυχημένη οστεοενσωμάτωση.

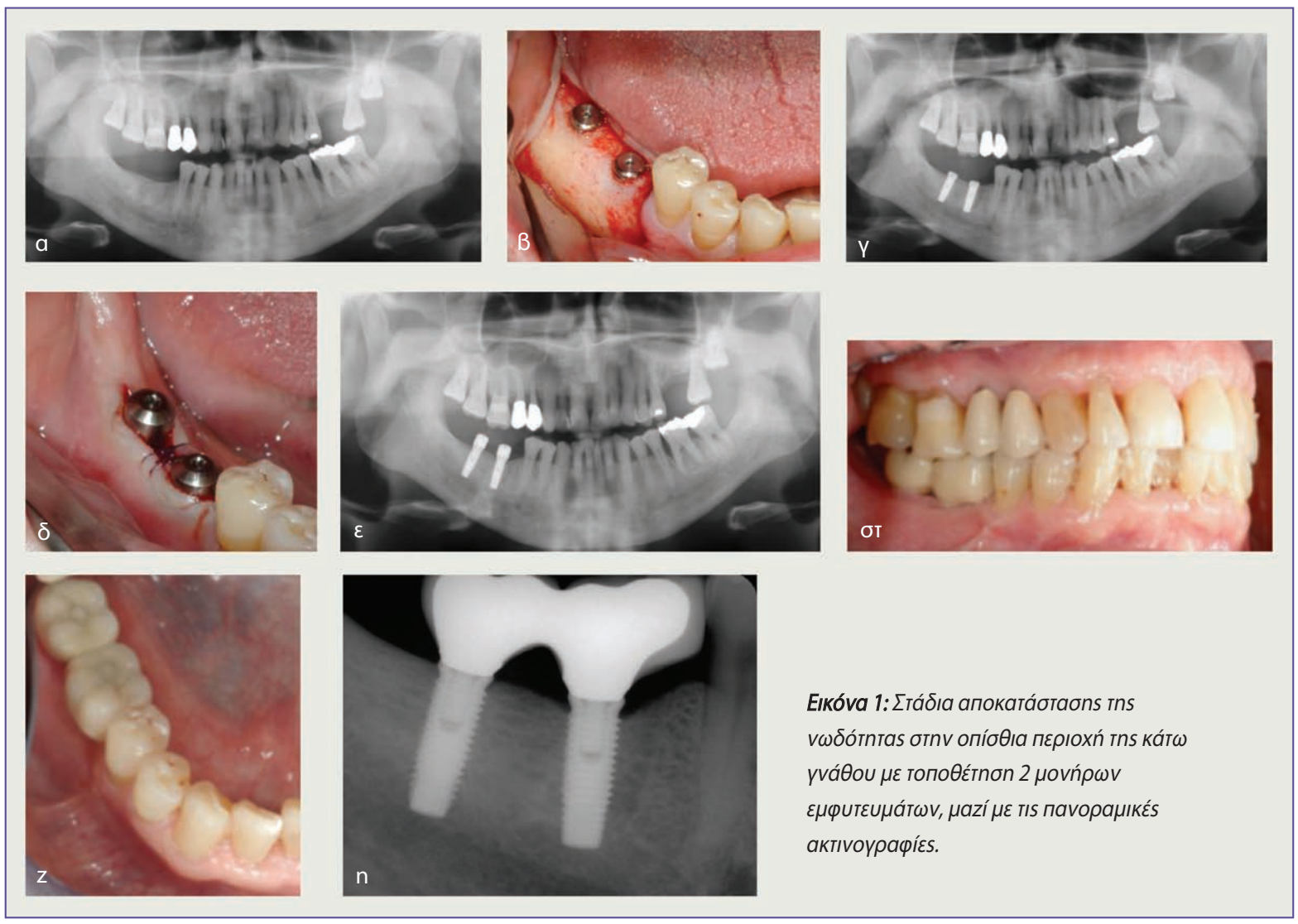
Στο προηγούμενο άρθρο μας αναλύσαμε τους παράγοντες που αφορούν τον ασθενή. Στο τωρινό μας άρθρο θα αναφερθούμε στους παράγοντες που αφορούν τον ιατρό.

Β) Ο παράγοντας «ιατρός»

Το επίπεδο της χειρουργικής εμπειρίας αλλά και η επιδεξιότητα του χειρουργού έχουν συσχετιστεί με το αποτέλεσμα της θεραπείας με εμφυτεύματα ήδη από το 1994. Τα πρώτα εμφυτεύματα που τοποθετούνται από τον οδοντίατρο εμφανίζουν διπλάσιο κίνδυνο πρώιμης αποτυχίας συγκριτικά με τα επόμενα. Οι λόγοι για τους οποίους μπορεί να συμβαίνει αυτό είναι οι εξής: α) είτε ο χειρουργός λόγω απειρίας να μην έχει προβεί στην κατάλληλη επιλογή ασθενή ή στον κατάλληλο σχεδιασμό θεραπείας είτε να έχει κάνει κακή αξιολόγηση της θέσης εμφύτευσης προεγχειρητικά και β) να μην έχουν τηρηθεί κάποιοι βασικοί κανόνες κατά το στάδιο της τοποθέτησης του εμφυτεύματος.

Β.1. Ο ρόλος του ιατρού κατά την προεγχειρητική εκτίμηση

Κατά την **προεγχειρητική εκτίμηση** ο ιατρός θα πρέπει να είναι σε θέση να αξιολογήσει κάθε πιθανό εύρημα, όπως: Ι) **το ατομικό ιστορικό του ασθενή (Παράγοντας «ασθενής»)**, το οποίο μελετήσαμε εκτενώς στο προηγούμενο άρθρο, ΙΙ) **την κλινική του εξέταση**, ΙΙΙ) **τον ακτινολογικό έλεγχο** και IV) **τη μελέτη των εκμαγείων του ασθενούς**, ενώ καλείται να αποφασίσει και για την ανάγκη V) **κατασκευής ατομικού χειρουργικού νάρθηκα**. Με τον τρόπο αυτό θα μπορέσει να προβεί στον κατάλληλο σχεδιασμό της χειρουργικής θεραπείας.



Εικόνα 1: *Στάδια αποκατάστασης της νωδότητας στην οπίσθια περιοχή της κάτω γνάθου με τοποθέτηση 2 μονήρων εμφυτευμάτων, μαζί με τις πανοραμικές ακτινογραφίες.*

Β.1.1. Κλινική εξέταση

Περιλαμβάνει την εξέταση της σχέσης των δύο γνάθων και της οδοντικής σύγκλεισης, την αξιολόγηση πιθανών διαταραχών της κροταφογναθικής διάρθρωσης (ΚΓΔ), την εξέταση της ιδιαίτερης μορφολογίας και της ποσότητας του οστού στη θέση που θα τοποθετηθούν τα εμφυτεύματα, καθώς και την εξέταση του βλεννογόνου του στόματος και των φυσικών δοντιών.

Αν διαπιστωθεί προεγχειρητικά ότι η σχέση των γνάθων και της οδοντικής σύγκλεισης είναι προβληματική, θα πρέπει να τροποποιηθεί για την καλύτερη λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος. Μια μόνιμη βαριά διαταραχή της ΚΓΔ, ενδεχομένως αποκλείει την τοποθέτηση εμφυτευμάτων.

Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η ποσότητα του διαθέσιμου οστού στην περιοχή της εμφύτευσης, διότι αυτή θα καθορίσει την επιλογή του μήκους και του εύρους του εμφυτεύματος που θα χρησιμοποιηθεί. Αναλυτικά η εξέταση αυτή περιλαμβάνει:

α. ***Το ύψος του διαθέσιμου οστού.*** Η μέτρησή του αρχίζει από την κορυφή της φατνιακής ακρολοφίας. Θα πρέπει τα εμφυτεύματα να έχουν μια απόσταση ασφαλείας, 1-2 mm, από διάφορες ανατομικές δομές, όπως το έδαφος του ιγμορείου, ο πόρος του κάτω φατνιακού νεύρου κ.ά. Όπου είναι εφικτό τοποθετούνται μακρά εμφυτεύματα, για να υπάρχει αυξημένη επιφάνεια επαφής με το οστούν. Το ελάχιστο επιθυμητό μήκος εμφυτεύματος είναι 10 mm, ενώ θα πρέπει κατά το δυνατόν η σχέση εμφυτεύματος - στεφάνης να είναι 1:1. Τελευταία κυκλοφορούν, όλο και πιο συχνά, εμφυτεύματα μικρότερου μήκους, όπως 8 mm, ενώ σε ειδικές περιπτώσεις (αποφυγή ανύψωσης του εδάφους του ιγμορείου) έχουν προταθεί και εμφυτεύματα 6 mm. Πάντως, δεν έχουν ακόμη γίνει ευρείες κλινικές μελέτες για την πορεία αυτών των εμφυτευμάτων.

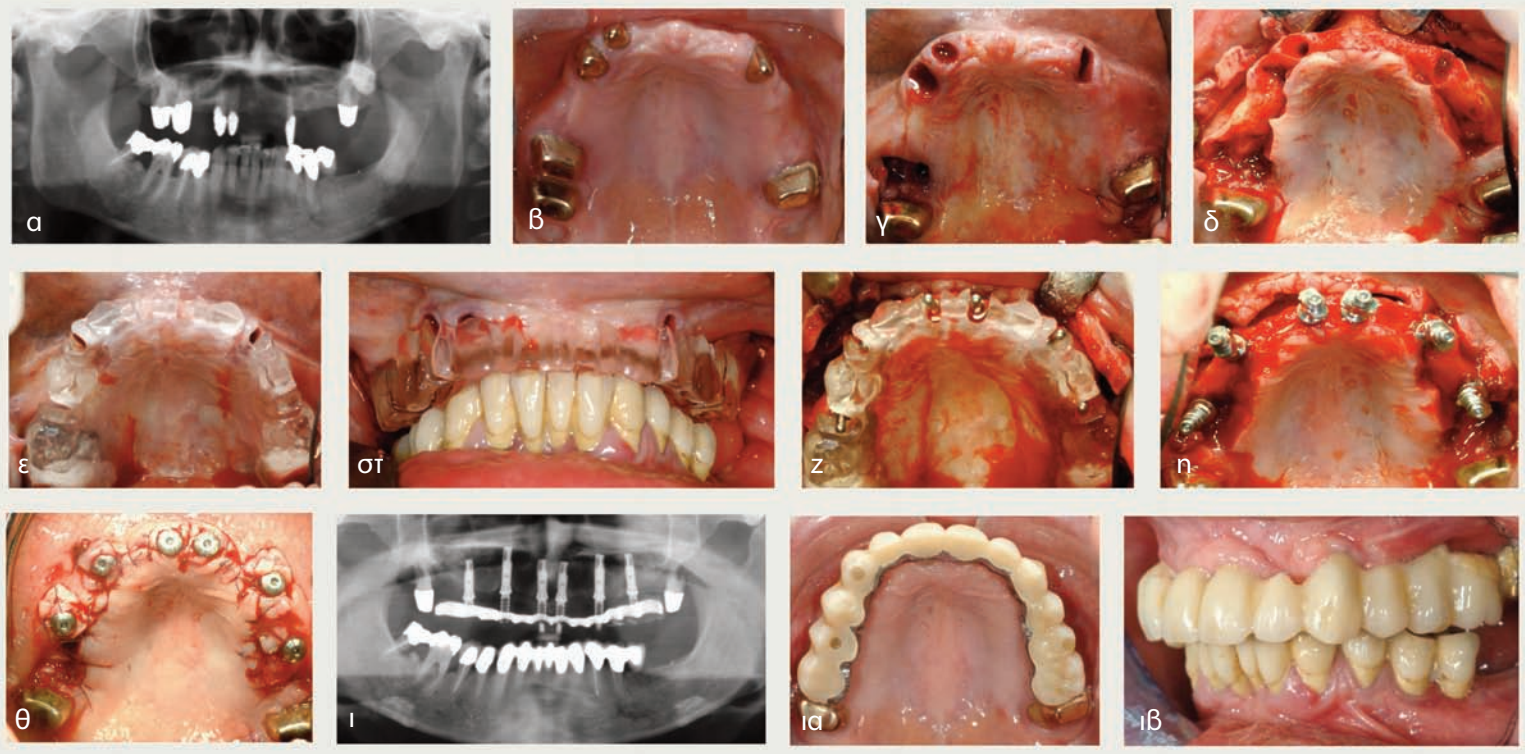
β. ***Το εύρος του οστού.*** Είναι η απόσταση μεταξύ του παρειακού και του υπερώιου ή γλωσσικού οστικού πετάλου στην κορυφή της φατνιακής ακρολοφίας. Συνήθως απαιτείται εύρος ακρο-

λοφίας 5-7 mm, διότι μετά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος θα πρέπει να παραμείνει οστικό πέταλο παρειακά και γλωσσικά εύρους από 0,5 έως 1 mm.

Υπάρχει ειδικό εργαλείο με το οποίο μπορούμε απλά να μετρήσουμε αυτό το εύρος. Εάν παρ' όλα αυτά δεν έχουμε κάποιον ειδικό μετρητή προς τούτο, ένας πολύ απλός τρόπος υπολογισμού είναι: να μετρηθεί αρχικά το συνολικό εύρος της ακρολοφίας με τη βοήθεια διαβήτη, ακολούθως το εύρος του βλεννογόνου που καλύπτει το οστούν παρειακά και γλωσσικά ή υπερώια με τη βοήθεια βελόνας που φέρει stop, τα μεγέθη των βλεννογόνων να αθροιστούν και να γίνει η αφαίρεση του εν λόγω αθροίσματος από το συνολικό εύρος της ακρολοφίας που προσδιορίστηκε με τη βοήθεια του διαβήτη. Το αποτέλεσμα θα μας δώσει το εύρος του διαθέσιμου οστού και κατ' επέκταση θα μας οδηγήσει στην επιλογή του εύρους εμφυτεύματος. Βεβαίως το εύρος του εμφυτεύματος που θα χρησιμοποιηθεί μπορεί να υπολογιστεί και άμεσα κατά τη φάση του χειρουργείου.

γ. ***Μορφή και περίγραμμα οστού.*** Το οστούν θα πρέπει να έχει ιδανική μορφή για να μπορέσουν τα εμφυτεύματα να ανταποκριθούν στις αισθητικές και λειτουργικές απαιτήσεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην κάτω γνάθο σε ποσοστό 2,4% υπάρχει κοίλανση του οστού στα κατώτερα τμήματα γλωσσικά, ενώ σε ποσοστό 28,1% παρατηρείται κλίση του γλωσσικού οστικού πετάλου. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται προσοχή κατά την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων, διότι υπάρχει κίνδυνος διάτρησης του οστικού φλοιού γλωσσικά.

δ. ***Ποσότητα και ποιότητα του οστού.*** Η ποσότητα



Εικόνα 2: Τα στάδια αποκατάστασης της νωδότητας στην άνω γνάθο με άμεση εμφύτευση μετά από εξαγωγή δοντιών με τη βοήθεια χειρουργικού νάρθηκα και άμεση φόρτιση των εμφυτευμάτων.

του οστού σε οβελιαίο (επιμήκη) άξονα καθορίζει τον μέγιστο αριθμό των εμφυτευμάτων που μπορούν να τοποθετηθούν. Η ελάχιστη απόσταση μεταξύ των κέντρων δύο εμφυτευμάτων θα πρέπει να είναι 7 mm, οπότε ανάλογα με τη διάμετρο του εμφυτεύματος, θα πρέπει να υπάρχει μεταξύ τους μια απόσταση 3-4 mm. Η απόσταση μεταξύ του εμφυτεύματος και ενός φυσικού δοντιού θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 1 mm.

Οι Lekholm και Zarb ταξινόμησαν το οστούν των γνάθων ως προς την ποσότητα σε κατακόρυφο άξονα και την ποιότητά του. **Ως προς την ποσότητα σε κατακόρυφο άξονα** το οστούν κατατάσσεται σε πέντε τύπους:

- στον **τύπο Α** η ακρολοφία είναι άθικτη,
- στον **τύπο Β** υπάρχει ελάχιστη απορρόφηση,
- στον **τύπο C** εμφανίζεται προχωρημένη απορρόφηση που φθάνει μέχρι τη βάση των φατνίων,
- στον **τύπο D** αρχίζει να απορροφάται οστούν και στη βάση των φατνίων, ενώ τέλος
- στον **τύπο Ε** η απορρόφηση είναι πολύ προχωρημένη ώς τη βάση του φατνίου.

Ως προς την ποιότητά του, το οστούν κατατάσσεται σε τέσσερις τύπους:

- στον **τύπο Ι** η γνάθος αποτελείται αποκλειστικά από ομοιογενές συμπαγές οστούν,
- στον **τύπο ΙΙ** από παχύ συμπαγές οστούν που περιβάλλει έναν πυρήνα σπογγώδους οστού,
- στον **τύπο ΙΙΙ**, λεπτό συμπαγές οστούν περιβάλλει παχύτερο πυρήνα σπογγώδους, ενώ

• στον **τύπο IV,** λεπτό συμπαγές πέταλο περιβάλλει αραιό σπογγώδες οστούν.

Από κλινική άποψη, ο συνδυασμός π.χ. οστού τύπου Β και ποιότητας ΙΙ είναι ευνοϊκός για τοποθέτηση εμφυτευμάτων, ενώ μικρότερες πιθανότητες επιτυχίας εμφανίζονται σε οστούν τύπου D ή Ε με ποιότητα IV.

Ο ασφαλέστερος τρόπος για την εκτίμηση της ποιότητας του οστού γίνεται κατά τη διάνοιξη του φρεατίου τοποθέτησης του εμφυτεύματος. Ωστόσο, ο χειρουργός θα πρέπει να έχει υπόψη του και τα αποτελέσματα της παρακάτω μελέτης, η οποία εκτίμησε τη μορφή και την ποιότητα του οστού σε διάφορες θέσεις και αξιολόγησε την επιβίωση εμφυτευμάτων που τοποθετήθηκαν στην κάτω γνάθο συγκριτικά με την επιβίωση αυτών που τοποθετήθηκαν στην άνω. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, τύπος οστού Α και ποιότητας ΙΙ υπάρχει στην πρόσθια περιοχή της κάτω γνάθου και στην περιοχή των προγομφίων της άνω γνάθου, γι' αυτό και θεωρούνται οι πλέον κατάλληλες για κοχλιωτά εμφυτεύματα. Η πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου έχει ίδια ποιότητα με την αντίστοιχη της κάτω, αλλά η ποσότητα του οστού εδώ είναι συνήθως ανεπαρκής, λόγω της χειλεοϋπερώιας απορρόφησης της άνω γνάθου. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα η επιβίωση των εμφυτευμάτων στην πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου να είναι μικρότερη από αυτή των εμφυτευμάτων στην πρόσθια περιοχή της κάτω γνάθου. Βέβαια μπορούν να χρησιμοποιηθούν στενότερα εμφυτεύματα, αλλά κάποιες φορές η παρουσία του απιοειδούς στομίου της ρινός περιορίζει το μήκος τους. Πτωχότερη πρόγνωση έχει η οπίσθια περιοχή της άνω γνάθου, η οποία έχει συνήθως ποιότητα οστού τύπου IV και η παρουσία του γναθιαίου κόλπου περιορίζει το μήκος των εμφυτευμάτων σε πολλές περιπτώσεις.

Τέλος, η κλινική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει τον πλήρη έλεγχο της στοματικής κοιλότητας για την ύπαρξη παθολογικών καταστάσεων. Η ύπαρξη λειχήνα αποτελεί απόλυτη αντένδειξη για εμφυτεύματα, ενώ η ξηροστομία διευκολύνει τη φλεγμονή των ούλων και πιθανόν να υποκρύπτει κάποιο συστηματικό νόσημα αυτοάνοσης αιτιολογίας, όπως το σύνδρομο Sjögren. Αν υπάρχουν τερηδονισμένα δόντια ή ουλίτιδα, θα πρέπει να προηγηθεί η θεραπεία τους πριν από την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων. Επίσης και η αφαίρεση κύστεων, κοκκιωμάτων, ριζών δοντιών κ.ά. είναι αναγκαία. Κάποιες φορές η παραμονή των ριζών των δοντιών στη φατνιακή απόφυση μέχρι την έναρξη της θεραπείας με εμφυτεύματα, βοηθάει στη διατήρηση του όγκου του οστού δημιουργώντας καλύτερες συνθήκες για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων στη συγκεκριμένη περιοχή, εάν οι ρίζες δεν έχουν δημιουργήσει άλλα προβλήματα (π.χ. κύστεις, αποστήματα κ.ά.).

Β.1.2. Ακτινολογικός έλεγχος

Χρήσιμες στην εμφυτευματολογία είναι η πανοραμική ακτινογραφία, η υπολογιστική τομογραφία, η πλάγια κεφαλομετρική ακτινογραφία και η οπισθοφατνιακή.

Πανοραμική Ακτινογραφία. Στην πανοραμική ακτινογραφία θα γίνει προεγχειρητικός έλεγχος προκειμένου να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν: ρίζες δοντιών, έγκλειστα δόντια, κύστεις, όγκοι και άλλες παθολογικές καταστάσεις. Επιπλέον προσδιορίζεται και η σχέση της κορυφής της φατνιακής ακρολοφίας με διάφορα ανατομικά μόρια, όπως είναι το ιγμόρειο άντρο, η ρινική κοιλότητα και το κάτω φατνιακό νεύρο **(βλ. εικόνα 1)**.

Μειονεκτήματα της πανοραμικής ακτινογραφίας αποτελούν: η αδυναμία εκτίμησης του παρειογλωσσικού εύρους της ακρολοφίας και επιπλέον η αδυναμία ακριβούς μέτρησης για την επιλογή του κατάλληλου μήκους εμφυτεύματος (διότι υπάρχει μεγέθυνση της εικόνας από 1:1,2 έως 1:1,7). Προκειμένου να γίνει εφικτή η τελευταία μέτρηση, μπορεί να τοποθετηθεί στο στόμα του ασθενούς ακρυλικός νάρθηκας με ενσωματωμένες μεταλλικές σφαίρες (τοποθετημένες στη θέση εμφύτευσης) πριν από τη λήψη της πανοραμικής ακτινογραφίας. Επειδή η διάμετρος αυτών των σφαιρών είναι γνωστή, μπορεί έμμεσα να υπολογιστεί το ποσοστό της μεγέθυνσης και ως εκ τούτου η ακριβής διάσταση του ύψους του οστού.

Βεβαίως, υπάρχουν διαφάνειες που απεικονίζουν τα εμφυτεύματα στην πραγματική τους διάσταση και σε διάφορες μεγεθύνσεις. Η εφαρμογή των εν λόγω διαφανειών πάνω στο ακτινογραφικό φιλμ (αφού έχει επιλεγεί η ίδια μεγέθυνση με αυτήν της ακτινογραφίας) μπορεί να μας δώσει με αρκετά μεγάλη προσέγγιση το μεγαλύτερο μήκος του εμφυτεύματος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί.

Προβληματισμός υπάρχει και στη μετεγχειρητική παρακολούθηση των εμφυτευμάτων. Σε επιτυχή έκβαση της οστεοενσωμάτωσης θα πρέπει να μην παρατηρείται κινητικότητα του εμφυτεύματος κλινικά, ενώ ακτινογραφικά να μην υπάρχει διεύρυνση (διαύγαση) του περιεμφυτευματικού χώρου. Κάθετη απώλεια οστού 1-2 mm ή και λιγότερο για τον πρώτο χρόνο και από 0,1 έως 0,2 mm για κάθε επόμενο χρόνο θεωρείται αποδεκτή. Ωστόσο, στην πανοραμική ακτινογραφία δεν μπορεί να γίνει ακριβής εκτίμηση αυτών των μεγεθών λόγω της προαναφερθείσας παραμόρφωσης. Εναλλακτική λύση είναι η εκτίμηση της οστικής απώλειας με βάση τα σπειράματα (στα κοχλιωτά εμφυτεύματα). Η ακρίβεια της μέτρησης εξαρτάται από τη γωνία του επιμήκους άξονα του εμφυτεύματος με το παρειακό ή γλωσσικό οστικό πέταλο, ώστε η προσπίπτουσα ακτίνα να είναι όσο το δυνατόν κάθετη στον εν λόγω άξονα κατά τη λήψη της ακτινογραφίας. Απόκλιση από την κάθετη γωνία μέχρι 9° είναι αποδεκτή, ενώ σε μεγαλύτερη από 13° υπάρχει αλληλοεπικάλυψη των σπειραμάτων και ασάφεια.

Υπολογιστική τομογραφία (Dental Scan). Η υπολογιστική τομογραφία αποτελεί σημαντική απεικονιστική μέθοδο, επειδή σε αυτήν δεν παρατηρείται αλληλοεπικάλυψη των διάφορων

Μέχρι τώρα η επιδεξιότητα και η ικανότητα ενός έμπειρου οδοντιάτρου ήταν ο επικρατέστερος τρόπος κρίσης της σταθερότητας ενός εμφυτεύματος.

Σήμερα υπάρχει κι άλλος τρόπος- εξαιρετικά ακριβής και εντελώς αντικειμενικός.

Είναι η συσκευή Osstell Mentor , μία μοναδική ψηφιακή ανακάλυψη, η οποία μετράει και αναλύει την σταθερότητα του εμφυτεύματος μέσω της αντήχησης της συχνότητας (RFA).

Η επίβλεψη της οστεοενσωμάτωσης ποτέ δεν ήταν ευκολότερη. Μπορείτε να παίρνετε πιο σίγουρες αποφάσεις για την φόρτιση των εμφυτευμάτων και να λαμβάνετε προειδοποίηση για τυχόν προβλήματα οστεοενσωμάτωσης. Η ποιότητα της θεραπείας επιβεβαιώνεται συνεχώς.

Το Osstell Mentor σας δίνει μια ακριβή μέτρηση της σταθερότητας του κάθε εμφυτεύματος, κάθε φορά.

Ο αντικειμενικός τρόπος μέτρησης εμφυτευματικής σταθερότητας.

OSSTELL

Γενικός Αντιπρόσωπος
ΜΑΥΡΑΕΙΔΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Τζωρτζ 12,106 77 Αθήνα
Τηλ.: 210 3837334, 210 3830432, Fax: 210 3831604 e-mail: mavr@acci.gr http:www.mavraidopoulos.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Κ. ΦΛΩΡΟΣ & ΥΙΟΣ Ο.Ε. Εγνατίας 88, 546 23 Θεσ/νίκη, Τηλ.: 2310 224203,2310 244078
ΚΥΠΡΟΣ: J&C. DENMED LTD, P.O. Box 8410 LIMASSOL 3734, Τηλ.: 0035725-583480, Fax: 0035725-584441

ανατομικών μορίων και επιπλέον παρέχει απόλυτη ευκρίνεια. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε νωδότητα της άνω γνάθου, προκειμένου να διερευνηθεί η έκταση του ιγμορείου άντρου και η επάρκεια του ύψους του εναπομείναντος οστού, ενώ για την κάτω γνάθο βοηθά στη μελέτη της πορείας του πόρου του κάτω φατνιακού νεύρου.

Πρόβλημα δημιουργείται όταν υπάρχουν μεταλλικά στοιχεία (στεφάνες, γέφυρες, καρφίδες κ.λπ.) στη γνάθο, τα οποία προκαλούν ασάφεια της εικόνας (artifacts). Τα οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα δεν δημιουργούν artifacts, ίσως λόγω του λείου περιγράμματός τους.

Με την υπολογιστική τομογραφία μπορεί επιπλέον να γίνει και εκτίμηση της παρειογλωσσικής διάστασης του οστού, καθώς και αδρή αξιολόγηση της ποιότητάς του. Η προεγχειρητική εκτίμηση της ποιότητας είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την αποφυγή τοποθέτησης εμφυτευμάτων σε οστούν με πτωχή πρόγνωση.

Μειονέκτημα αυτής της απεικόνισης είναι το υψηλό της κόστος και η μεγαλύτερη δόση ακτινοβολίας στην οποία εκτίθεται ο ασθενής, για αυτό και δεν αποτελεί εξέταση ρουτίνας.

Κεφαλομετρική ακτινογραφία. Η κεφαλομετρική ακτινογραφία βοηθάει στη διερεύνηση της σχέσης των δύο γνάθων. Απεικονίζεται σε αυτή με ακρίβεια το γενειακό τρήμα στην πρόσθια περιοχή της κάτω γνάθου, ενώ μπορεί επίσης να εκτιμηθεί η σχέση του ιγμορείου και της ρινικής κοιλότητας με την κορυφή της φατνιακής ακρολοφίας. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην προσθετική των εμφυτευμάτων, διότι με τη χρήση προκατασκευασμένων οδοντοστοιχιών κατά τη λήψη της ακτινογραφίας μπορούν να γίνουν ακριβείς μετρήσεις της προαναφερθείσας σχέσης των γνάθων.

Οπισθοφατνιακή ακτινογραφία. Η οπισθοφατνιακή ακτινογραφία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε περιπτώσεις μονήρων εμφυτευμάτων. Ο έλεγχος περιλαμβάνει την ύπαρξη κάποιας παθολογικής κατάστασης, την εκτίμηση της ποιότητας του οστού και τη σχέση της θέσης εμφύτευσης με κάποια ανατομική δομή. Ωστόσο, οι Klinge και συν. σε μελέτη τους ανέφεραν ότι στο 25% των ακτινογραφιών δεν απεικονιζόταν ο πόρος του κάτω φατνιακού νεύρου. Επιπλέον για τις περιπτώσεις που απεικονιζόταν ο πόρος πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις της απόστασης από το ανώτερο σημείο της ακρολοφίας μέχρι το άνω τμήμα του πόρου του κάτω φατνιακού νεύρου από τις οποίες προέκυψε ότι μόνο το 53% αυτών εμφάνιζε ακρίβεια με απόκλιση της τάξης του 1 mm.

Συμπερασματικά, κυρίως η πανοραμική ακτινογραφία και επικουρικά η κεφαλομετρική και η οπισθοφατνιακή ακτινογραφία βοηθούν στην αρχική εκτίμηση του ασθενούς για το σχεδιασμό της θέσης εμφύτευσης και τον έλεγχο ύπαρξης παθολογικής κατάστασης. Μετά την απόφαση για τη θέση εμφύτευσης η αξονική τομογραφία, σε ειδικές περιπτώσεις, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στον έλεγχο της αρχικής αξιολόγησης της ποιότητας και της ποσότητας του οστού.

Β.1.3. Εκμαγεία μελέτης

Η ανάρτηση των εκμαγείων σε αρθρωτήρα και η εξέταση της οδοντικής σύγκλεισης και των κινήσεων της κάτω γνάθου αποτελούν ουσιαστικό στάδιο κατά την προεγχειρητική εκτίμηση, ιδίως σε εκτεταμένη ή ολική νωδότητα. Εξετάζεται το πάχος και η φορά της ακρολοφίας ως προς τους άξονες των υπαρχόντων δοντιών και των ανταγωνιστών τους στην άλλη γνάθο και τελικά σχεδιάζεται η επιθυμητή και εφικτή θέση τοποθέτησης των εμφυτευμάτων από προσθετολογικής πλευράς. Τα εκμαγεία είναι απαραίτητα επίσης για την κατασκευή χειρουργικών ναρθήκων.

Β.1.4. Χειρουργικός νάρθηκας.

Ο χειρουργικός νάρθηκας, ο οποίος κατασκευάζεται από ακρυλικό, αποσκοπεί στην ακριβή και με κατάλληλη κλίση τοποθέτηση των εμφυτευμάτων στην προεπιλεγμένη θέση εμφύτευσης κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Χρησιμοποιείται κυρίως σε εκτεταμένη νωδότητα **(βλ. εικόνα 2)**. Δεν είναι απαραίτητος σε περίπτωση τοποθέτησης 2 ή 4 εμφυτευμάτων στην πρόσθια περιοχή της άνω ή κάτω γνάθου για συγκράτηση ολικής οδοντοστοιχίας, ενώ είναι χρήσιμος αν η αποκατάσταση στην ίδια περίπτωση γίνει με ακίνητη προσθετική εργασία.

Ο χειρουργικός νάρθηκας περιέχει οπές στις προσχεδιασμένες θέσεις εμφύτευσης. Διεγχειρητικά εισερχόμενη η φρέζα μέσα σε κάθε οπή κατευθύνεται από αυτή στη δημιουργία φρεατίου για την υποδοχή του εμφυτεύματος, όχι μόνο στη σωστή θέση, αλλά και με την κατάλληλη κλίση, όπως ακριβώς αποφασίστηκε προεγχειρητικά.

Ο χειρουργικός νάρθηκας θα πρέπει να επικάθεται σταθερά στη φατνιακή ακρολοφία. Για τον σκοπό αυτό γίνεται επέκταση του στην υπερώα και στο γναθιαίο κύρτωμα στην άνω γνάθο, ενώ αντιστοίχως στην κάτω γνάθο επεκτείνεται και όσο το δυνατόν προς την οπίσθια περιοχή. Ανάλογα με τη φορά αναστροφής του κρημνού κατά την επέμβαση, θα πρέπει αντίστοιχα να ελευθερώνεται (παρασκευάζεται) ο νάρθηκας για να επικάθεται ακριβώς πάνω στην ακρολοφία. Η απελευθέρωση του νάρθηκα και από τις δύο πλευρές –γλωσσικά ή υπερώια και παρειακά– διευκολύνει διεγχειρητικά την επισκόπηση της φοράς της ακρολοφίας και των παρακειμένων δοντιών, ενώ όταν ο νάρθηκας χρησιμοποιείται για αποκατάσταση ολικής νωδότητας π.χ. της κάτω γνάθου, η παραμονή των μασητικών επιφανειών στην περιοχή των γομφίων καθορίζει από τον έλεγχο της σύγκλεισης τη σωστή του θέση και συμβάλλει στη σταθερότητά του.

Συμπερασματικά, ο νάρθηκας βοηθά αποτελεσματικά στη σωστή τοποθέτηση των εμφυτευμάτων, εφόσον διεγχειρητικά επιτευχθεί η σταθερότητα και η σωστή τοποθέτηση του πάνω στη φατνιακή ακρολοφία. Μπορεί επίσης μετά από κατάλληλη προσαρμογή να χρησιμοποιηθεί και η οδοντοστοιχία του ασθενούς σαν χειρουργικός νάρθηκας.

Μετά την ολοκλήρωση του προεγχειρητικού ελέγ-

χου, θα πρέπει να γίνει λεπτομερής ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τη διάγνωση, τη χειρουργική θεραπεία, την προσθετική αποκατάσταση, τις προτεινόμενες εναλλακτικές λύσεις και τους κινδύνους της θεραπείας. Μετά την ενημέρωση, με την ενυπόγραφη συγκατάθεση του ασθενούς ο γιατρός θα προχωρήσει στη θεραπεία.

Β.2. Βασικοί κανόνες που θα πρέπει να έχει υπόψη του ο ιατρός αμέσως πριν και κατά το στάδιο του χειρουργείου

Η τήρηση ενός αυστηρού πρωτοκόλλου, το οποίο **α)** θα περιλαμβάνει χορήγηση χημειοπροφύλαξης, **β)** θα εξασφαλίζει άσηπτες συνθήκες και **γ)** θα σέβεται τον χειρισμό των ιστών, ο οποίος θα πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν ατραυματικά, προσέχοντας ακόμη να περιορίζεται με διακλυσμούς η θερμοκρασία που αναπτύσσεται κατά τη διάνοιξη του φρεατίου τοποθέτησης του εμφυτεύματος, εξασφαλίζει τη μείωση φλεγμονής που αναπτύσσεται μεταγχειρητικά. Επιπλέον, με τον τρόπο αυτό μειώνεται και ο κίνδυνος μόλυνσης και ανάπτυξης χρόνιας φλεγμονής, παράγοντες που δρουν ανασταλτικά στην οστεοενσωμάτωση.

Β.2.1. Χορήγηση χημειοπροφύλαξης

Δεν υπάρχει ομοφωνία αν θα πρέπει να χορηγείται προληπτική αντιβίωση σε κάθε επέμβαση, καθώς και για τη διάρκεια χορήγησης. Σε συγκριτική μελέτη δύο ομάδων ασθενών (που στη μία χορηγήθηκε αντιβίωση προ- και μετεγχειρητικά, ενώ στην άλλη δεν δόθηκε αντιβίωση), δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τις πρώιμες ή τις απώτερες λοιμώξεις μετεγχειρητικά, καθώς και για την ίδια την επιβίωση των εμφυτευμάτων. Για τον λόγο αυτό οι συγγραφείς δεν συνιστούν προληπτική χορήγηση αντιβιοτικών σε βάση ρουτίνας.

Αντίθετα, άλλοι συγγραφείς αναφέρουν καλύτερα αποτελέσματα στους ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκαν αντιβιοτικά. Η διάρκεια χορήγησης εξαρτάται από την κρίση του χειρουργού. Οι Binahmed και συν. σε συγκριτική μελέτη τους αναφέρουν ότι η μακροχρόνια χορήγηση δεν παρουσίασε πλεονεκτήματα και συνιστούν μία μόνο δόση προεγχειρητικά. Αντιβιοτικό επιλογής είναι η αμοξυκιλίνη ή η πενικιλίνη, ενώ σε περίπτωση αλλεργίας στην πενικιλίνη χορηγείται κλινδαμυκίνη.

Β.2.2. Αντισηψία

Η επέμβαση θα πρέπει να γίνει με άσηπτες συνθήκες στο χειρουργείο ή σε ιατρείο το οποίο διαθέτει την κατάλληλη υποδομή. Πριν από την επέμβαση ο ασθενής κάνει πλύσεις του στόματος με χλωρεξιδίνη. Επιπλέον γίνεται πλύση του δέρματος της περιοχής, συνήθως με ιωδιούχο ποβιδόνη, και τοποθετούνται αποστειρωμένα οθόνια, τα οποία καλύπτουν επίσης και τις διάφορες συσκευές που θα χρησιμοποιηθούν.

Β.2.3. Ο έλεγχος της θερμοκρασίας

Ήδη από την εμφάνιση των σύγχρονων εμφυτευμάτων ο Brånemark εγκαθίδρυσε ένα αυστηρό χειρουργικό πρωτόκολλο προκειμένου να διασφαλιστεί ο ελάχιστος πιθανός τραυματισμός της θέσης εμφύτευσης. Κατά τη διάνοιξη του φρεατίου τοποθέτησης του εμφυτεύματος, η όλη διαδικασία θα πρέπει να γίνεται με συγκεκριμένη ροπή και πίεση και απαραίτητα μαζί με συνεχή καταιονισμό ύδατος, ώστε να αποτραπεί η υπερθέρμανση του οστού. Έχει δειχθεί από πειραματικές μελέτες ότι η ανάπτυξη θερμοκρασίας 47°C για ένα λεπτό, αποτελεί κρίσιμο όριο πάνω από το οποίο επέρχεται η νέκρωση του οστού εξαιτίας υπερθέρμανσης. Η θερμοκρασία αυτή επιτυγχάνεται γρήγορα, ειδικά κατά τη δημιουργία φρεατίου στην περιοχή του οστικού φλοιού.

Το χειρουργικό micromotor των εμφυτευμάτων έχει υψηλή ροπή και δουλεύει σε χαμηλές ταχύτητες, ενώ παράλληλα διαθέτει και σύστημα ψύξεως. Για την ψύξη τοποθετείται ορός σε υποδοχή του micromotor, ο οποίος διοχετεύεται μέσω της χειρολαβής στη φρέζα για τον άφθονο καταιονισμό του οστού και την πρόληψη του θερμικού εγκαύματος. Τούτο υποκαθίσταται συχνά με συνεχή καταιονισμό ορού με σύρριγγα. Το micromotor ακόμη μπορεί να έχει σύστημα εξωτερικής ή εσωτερικής ψύξεως. Στην πρώτη περίπτωση ο ορός εκτοξεύεται στην κορυφή της φρέζας κατά την περιστροφή της, ενώ στη δεύτερη περίπτωση ο ορός διέρχεται μέσα από την ίδια τη φρέζα στο σημείο κοπής και διαβρέχει το οστούν. Η εσωτερική ψύξη δεν υπερέχει της εξωτερικής ψύξης όσον αφορά τη μείωση της θερμοκρασίας που αναπτύσσεται στο οστούν. Χρησιμοποιείται ειδική γωνιακή χειρολαβή, η οποία μειώνει τις στροφές του micromotor (συνήθως σε αναλογία 1:10, ενώ η μεγαλύτερη αναλογία είναι 1:100).

Κατά την παρασκευή του φρεατίου στα περισσότερα στάδια χρησιμοποιείται συνήθως ταχύτητα περίπου 1.000 στροφών το λεπτό με άφθονο καταιονισμό ύδατος, ενώ για τη δημιουργία σπειραμάτων στα μη αυτοκοχλιούμενα εμφυτεύματα η ταχύτητα είναι περίπου 50 στροφές το λεπτό.

Β.3. Άμεση αξιολόγηση της συγκράτησης του εμφυτεύματος

Διάφορες πειραματικές μελέτες έχουν δείξει ότι η εξασφάλιση μικροκινητικότητας κατά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος στην πραγματικότητα βοηθά στην προαγωγή νέου οστού. Άλλωστε υπάρχουν ενδείξεις ότι απαιτείται κάποιος χώρος αρχικά ανάμεσα στην επιφάνεια του οστού και του εμφυτεύματος για τη μετανάστευση και τον πολλαπλασιασμό των οστεοβλαστών στη θέση του αρχικού αιματικού θρόμβου. Ωστόσο, περιεμφυτευματικός χώρος μεγαλύτερος από 500 μm και υπέρμετρη κινητικότητα δρουν καταστροφικά για την οστεοενσωμάτωση.

Μετά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος επέρχεται σε μικρό διάστημα αύξηση της κινητικότητάς του, μέχρι να ολοκληρωθεί η διαδικασία οστικού ανασχηματισμού. Επομένως, κατά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος θα πρέπει ο ιατρός να μπορεί να ελέγχει τη σταθερότητά του. Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ένα ανώτατο όριο μικροκινήσεων

του εμφυτεύματος, πάνω από το οποίο ευνοείται η ανάπτυξη ινώδους ιστού σε βάρος της οστεοενσωμάτωσης, το οποίο διάφοροι συγγραφείς τοποθετούν στα 100 μm και άλλοι στα 150 μm. Μικροκινήσεις της τάξης των 30 μm ευνοούν ιδιαίτερα την ανάπτυξη οστού πάνω σε αδρές επιφάνειες εμφυτευμάτων.

Βασιζόμενη σε αυτά τα δεδομένα, η αρχική μηχανική σταθερότητα του εμφυτεύματος θα πρέπει να εξασφαλίζεται ήδη από τη δημιουργία του φρεατίου της εμφύτευσης. Εάν η αρχική συγκράτηση δεν είναι ικανοποιητική από διάφορους λόγους (τοποθέτηση του εμφυτεύματος σε περιοχή με κακή ποιότητα οστού, υπερπαρασκευή του φρεατίου ή εάν έχει γίνει εξαγωγή δοντιού αμέσως πριν από την εμφύτευση), θα πρέπει να εξασφαλίζουμε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα επούλωσης και βέβαια να αποφεύγουμε την άμεση φόρτιση.

Παρακάτω, θα αναφερθούμε στις δύο κλινικές μεθόδους μέτρησης της κινητικότητας των εμφυτευμάτων: **α. τη μέθοδο RFA** και **β. τη μέθοδο MM.**

Β.3.1. Ανάλυση Συχνότητας Συντονισμού (Resonance Frequency Analysis) ή μεθοδος RFA.

Τη μέθοδο αυτή παρουσίασαν πρώτοι ο Meredith και οι συνεργάτες του το 1996 και βασίζεται στην ανάλυση συχνοτήτων συντονισμού για την ανίχνευση περιεμφυτευματικής οστικής απώλειας της τάξης των 0-5 mm, η οποία είναι δυνατό να προκαλέσει μικροκινητικότητα του εμφυτεύματος. Η ανάλυση επιτυγχάνεται με τη βοήθεια μιας συσκευής, η οποία αποτελείται από έναν πομπό, έναν αναλυτή συχνότητας και ένα φορητό υπολογιστή. Ο πομπός εισέρχεται στο στόμα και συνδέεται με το εμφύτευμα με μία βίδα. Ένας πιεζοηλεκτρικός κρύσταλλος διεγείρει το σύμπλεγμα εμφυτεύματος-πομπού αρχικά με συχνότητα 2-15 Hz, η οποία σταδιακά αυξάνεται στα 25 Hz. Ένας δεύτερος πιεζοηλεκτρικός κρύσταλλος μεταδίδει το σήμα στον υπολογιστή. Συχνότητα 1 σημαίνει ελάχιστη σταθερότητα του εμφυτεύματος, ενώ η συχνότητα 100 αντιπροσωπεύει τη μέγιστη σταθερότητα. Με τη μέθοδο RFA μπορεί να μελετηθεί η σταθερότητα των εμφυτευμάτων, ακόμα και κατά τον χρόνο τοποθέτησής τους και να εκτιμηθεί ποιο από αυτά παρουσιάζει κίνδυνο απόρριψης. Μπορεί να αξιολογηθεί επίσης και η συμπεριφορά εμφυτευμάτων που τοποθετούνται σε οστικά μοσχεύματα.

Ύστερα από τις έρευνες των Meredith και των συνεργατών του η μέθοδος αυτή κυκλοφόρησε για χρήση στην κλινική πράξη το 2000 αρχικά με την ονομοσία **Osstell®** και στη συνέχεια εξελίχθηκε και αντικαταστάθηκε από το σύστημα **Osstell Mentor®**.

Παράλληλα, μια άλλη ερευνητική ομάδα από το Πανεπιστήμιο της Taiwan εισήγαγε ένα αντίστοιχο σύστημα ανίχνευσης μικροκινητικότητας των εμφυτευμάτων με την ονομασία **Implomates® (Bio TechOne)**.

Με τη βοήθεια της τεχνικής RFA πραγματοποιήθηκε η ανάλυση της βιολογικής συμπεριφοράς εμφυτευμάτων σε περιοχές της άνω γνάθου στις οποίες είχε τοποθετηθεί λαγόνιο μόσχευμα. Στα εμφυτεύματα που παρουσίασαν δυσμενή πρόγνωση και απορρίφθηκαν, η συχνότητα συντονισμού που καταγράφηκε κατά το χρόνο τοποθέτησης τους ήταν μικρότερη κατά 5.6 μονάδες, συγκριτικά με αυτή των εμφυτευμάτων που εμφάνισαν επιτυχή έκβαση. Η παράμετρος αυτή είναι χρήσιμη για την πρόγνωση των εμφυτευμάτων που τοποθετούνται με χρήση μοσχεύματος, αμέσως μετά την τοποθέτησή τους.

Β.3.2. Η μέθοδος μέτρησης κινητικότητας (Mobility Measurement) ή μέθοδος MM

Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στην ανίχνευση μακροκινητικότητας με τρόπο αντίστοιχο με αυτόν που ακολουθείται για τα περιοδοντικά προσβεβλημένα δόντια. Χαρακτηριστικός εκπρόσωπος αυτής της μεθόδου είναι το σύστημα **Periotest® (Siemens)**. Το σύστημα αυτό σχεδιάστηκε για τον ποσοτικό προσδιορισμό της απορρόφησης μιας δύναμης που ασκείται πάνω στο δόντι από τους περιοδοντικούς συνδέσμους. Το αποτέλεσμα που προκύπτει αποτελεί ένα μέτρο εκτίμησης της σταθερότητας του περιοδοντικά προσβλεβλημένου δοντιού και κατ' επέκταση και του εμφυτεύματος. Το Periotest® περιλαμβάνει μία φορητή συσκευή χειρός με ένα μεταλλικό στέλεχος, το οποίο εφάπτεται στο υπό εξέταση δόντι και παράγει ένα ηχητικό σήμα, και από μία ψηφιακή οθόνη στην οποία ταυτόχρονα με το ηχητικό σήμα εμφανίζεται το αποτέλεσμα της μέτρησης με κλίμακα από -8 (μικρή κινητικότητα) έως +50 (μεγάλη κινητικότητα).

Β.3.3. Σύγκριση των δύο μεθόδων (RFA και MM)

Όσον αφορά τη σύγκριση των δύο μεθόδων φαίνεται ότι η μέθοδος RFA υπερτερεί, καθότι εμφανίζει τα εξής πλεονεκτήματα:

α) μπορεί να ελέγξει τη μηχανική σταθερότητα του εμφυτεύματος ακόμα και επί περιεμφυτευματικής απώλειας οστού μικρότερης του 1 mm,

β) τα αποτελέσματα της μεθόδου, όπως έχει επιβεβαιωθεί από ιστομορφομετρικές αναλύσεις, σχετίζονται με το ποσοστό της ακάλυπτης από οστούν επιφάνειας του εμφυτεύματος, από τη σκληρότητα του οστού και τη μηχανική ακαμψία του εμφυτεύματος και, τέλος,

γ) η μέτρηση με τη μέθοδο RFA μπορεί να γίνει οποιαδήποτε στιγμή, τόσο διεγχειρητικά, όσο και μετεγχειρητικά.

Στο επόμενο άρθρο θα αναφερθούμε στα χαρακτηριστικά των σύγχρονων εμφυτευματικών συστημάτων και πώς αυτά επηρεάζουν την επιτυχία της θεραπείας.

ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ - ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ
ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΝ ΟΚΤΩΒΡΙΟ

Η Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών σάς καλεί να δηλώσετε συμμετοχή στα Μετεκπαιδευτικά μαθήματα για Εμφυτεύματα, είτε ως εκπαιδευόμενος είτε ως εκπαιδευτής.

Η προσπάθεια αυτή στοχεύει στην καλύτερη εκπαίδευση των συναδέλφων, που αποτελεί έναν από τους βασικούς τομείς της Κλινικής μας, και θα πραγματοποιείται Τετάρτη ή Παρασκευή απόγευμα, περιλαμβάνοντας θεωρία και χειρουργεία.

Ο αριθμός των συναδέλφων θα είναι περιορισμένος. Η συμμετοχή είναι δωρεάν. Οι ενδιαφερόμενοι παρακαλούνται όπως αποστείλουν με φαξ, στο νούμερο 210-64.43.803, τα κάτωθι στοιχεία:

Επώνυμο:.....

Διεύθυνση:.....

.....Τ.Κ.....

Τηλ. Ιατρείου:.....Τηλ. Οικίας: .....

Κινητό.....e-mail.....

Πτυχίο Πανεπιστημίου.....

Έτος αποφοιτήσεως .....

Επιστημονικά ενδιαφέροντα.....

☐ Χειρουργική ☐ Προσθετική ☐ Αμφότερα

Ενδιαφέρον για επιστημονική εξέλιξη (Δημοσιεύσεις, Διδακτορικό): ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Εμπειρία σε χειρουργική στόματος: ☐ μικρή ☐ μέτρια ☐ μεγάλη

Εμπειρία σε υπολογιστές: ☐ μικρή ☐ μέτρια ☐ μεγάλη

Ξένη γλώσσα

1.....επίπεδο.....

2.....επίπεδο.....

Ο Διευθυντής της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής
Καθηγητής **Ε. Βαϊρακτάρης**

Όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε για τα εμφυτεύματα

Από την ενημέρωση, στην εμφύτευση, την προσθετική αποκατάσταση μέχρι την αποφυγή λαθών και ανεπιθύμητων συμβαμάτων

Τρία πολύτιμα βοηθήματα για κάθε οδοντίατρο που ασχολείται ή που σκέφτεται να ασχοληθεί με τα εμφυτεύματα

Η κλινική εμπειρία των συγγραφέων εμπλουτίζει το βιβλίο με πρακτικές συμβουλές και υποδείξεις, που είναι διάσπαρτες στο κείμενο και στις πλεξάντες των εικόνων

Τιμή 85€

Χειρουργική Οδοντικών Εμφυτευμάτων

Βήμα προς Βήμα οι διαδικασίες

Το βιβλίο των **Daniel Buser, Jun-Young Cho** και **Alvin Yeo** τώρα και στα ελληνικά, μεταφρασμένο από τον πλέκτορα **Νικήτα Σ. Συκαρά.**

Κυκλοφόρησε από τις εκδόσεις «Ο.Β.» η ελληνική έκδοση του μεγάλης απήχησης συγγράμματος του οίκου Guintessence «Surgical Manual of Implant Dentistry». Οι συγγραφείς του πρωτότυπου βιβλίου, καταξιωμένοι στο χώρο της οδοντικής εμφυτευματολογίας, παρουσιάζουν με εύληπτο τρόπο τις βασικές αρχές για την επιλογή της θέσης και του τύπου του εμφυτεύματος, επεξηγώντας λεπτομερώς τις χειρουργικές διαδικασίες και τεχνικές για την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων.

Το βιβλίο έχει πλούσια εικονογράφηση με σχεδιαγράμματα υψηλής ακρίβειας και κλινικές εικόνες εξαιρετικής ανάλυσης.

Την ελληνική έκδοση έχει επιμεληθεί ο πλέκτορας Προσθετολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών κ. **Νικήτας Σ. Συκαράς,** ο οποίος έχει βαθιά γνώση του αντικειμένου και έχει φροντίσει να το μεταφέρει στην ελληνική γλώσσα με τρόπο πιστό και εύγλωττο, διευκολύνοντας τους Έλληνες αναγνώστες.

Στο βιβλίο παρουσιάζονται:
- Η τοποθέτηση ενδοστικών εμφυτευμάτων
- Η τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε κανονικές περιοχές και σε θέσεις με οστικό έλλειμμα
- Βήμα προς βήμα οι τεχνικές για την ανάπλαση σκληρών και μαλακών ιστών
- Η κλειστή και ανοικτή ανύψωση ιγμορείου
- Το σχέδιο θεραπείας και η επιλογή των εμφυτευμάτων
- Η μονήρης και εκτεταμένη νωδότητα
- Η άμεση τοποθέτηση εμφυτεύματος
- Η τοποθέτηση εμφυτεύματος με ταυτόχρονη καθοδηγούμενη οστική ανάπλαση

Η ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

Το επιτυχημένο σύγγραμμα του **CARL MISCH** - Μετάφραση: **Πελοπίδας Λομβαρδάς**

Μερικά από τα θέματα που πραγματεύεται το ολοκληρωμένο αυτό σύγγραμμα
- Η επιλογή των περιστατικών και το σχέδιο θεραπείας
- Οι δυνατότητες και οι περιορισμοί της προσθετικής αποκατάστασης
- Η επιλογή των υλικών και των μεθόδων
- Η σύγκλεισα στις επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις
- Η διατήρηση του αποτελέσματος
- Η αντιμετώπιση των επιπλοκών

Είναι ήδη ένα κλασικό βιβλίο που αποτελεί σημείο αναφοράς για την προσθετική των εμφυτευμάτων, τη στιγμή που νέες τεχνικές και υλικά διαρκώς εμφανίζονται και δημιουργούν σύγχυση στον κλινικό.

Τιμή 130€

Επιπλοκές και αποτυχίες εμφυτευμάτων - Αίτια και τρόποι αντιμετώπισης

Απόδοση στα ελληνικά του αναπληρωτή καθηγητή Νίκου Καφούσια

Εισαγωγή στην Προσθετική των εμφυτευμάτων

Προσθήκη για την ελληνική έκδοση του αναπληρωτή καθηγητή Νίκου Καφούσια

Τιμή 80€

Όλο και περισσότεροι οδοντίατροι –αλλά και ασθενείς– εμπιστεύονται τα οδοντικά εμφυτεύματα, με αποτέλεσμα ο αριθμός των εμφυτευμάτων που τοποθετούνται σήμερα να είναι μεγαλύτερος από ποτέ άλλοτε. Οι ενδείξεις για την τοποθέτησή τους συνεχώς διευρύνονται, ενώ οι προοπτικές επιτυχίας όλο και αυξάνονται. Εν μέσω αυτής της εμφυτευματολογικής «έκρηξης» οι συγγραφείς αυτού του συμβουλευτικού εγχειριδίου ασχολούνται στο πρώτο μέρος με τις αιτίες των εμφυτευματολογικών αποτυχιών, στο δεύτερο μέρος με τα νομικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν κατά τη θεραπεία με εμφυτεύματα και στο τρίτο μέρος –το οποίο έχει γραφτεί μόνον για την ελληνική έκδοση– με την προσθετική επί εμφυτευμάτων, όπου παρατίθεται και άτλαντας κλινικών περιστατικών.

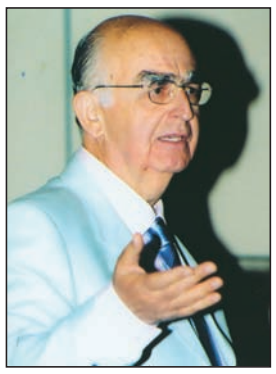
Οι συγγραφείς παραθέτουν κριτήρια για την επιτυχία των οδοντικών εμφυτευμάτων και συμβουλές για την αποφυγή αποτυχιών. Σε αυτή τη βάση ερμηνεύουν τις γενικές αιτίες των αποτυχιών και ασχολούνται λεπτομερώς με τις πιθανές πηγές χειρουργικών και προσθετικών λαθών. Επικεντρώνονται επίσης στις επιπλοκές που μπορούν να δημιουργηθούν λόγω φλεγμονών και περιγράφουν, με βάση κλινικά παραδείγματα, πώς αντιμετωπίζονται ακραίες καταστάσεις.

Αναφέρονται επίσης στα νομικά προβλήματα που μπορούν να προκύψουν κατά τη θεραπεία με εμφυτεύματα και έχουν σχεδιάσει έναν πρακτικό, σαφή και εφαρμόσιμο οδηγό για τη σωστή διαδικασία που πρέπει να ακολουθείται κατά την ενημέρωση του ασθενούς, με ακριβή τεκμηρίωση και λεπτομερή περιγραφή του σχεδίου θεραπείας, προκειμένου να αποκλειστούν εκ των προτέρων πιθανές νομικές διεκδικήσεις.

Στο κεφάλαιο «Εισαγωγή στην προσθετική των εμφυτευμάτων» γίνεται αναφορά στα σύγχρονα δεδομένα των υλικών και του σχεδιασμού των εμφυτευμάτων, αναφορά στη σύγκλεισα των επιεμφυτευματικών κατασκευών και ακολουθεί κλινικός και εργαστηριακός άτλαντας προσθετικών αποκαταστάσεων

Επικοινωνήστε μαζί μας και θα τα λάβετε ταχυδρομικώς στο ιατρείο σας

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Ζωοδόχου Πηγής 54 106 81 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3809 495 e-mail: odvima@otenet.gr www.dentalsite.gr



Τα Μυστικά του Στόματος...

Γιώργος Χ. Λάσκαρης
Στοματολόγος. Ιατρός - Οδοντίατρος
Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών
Επισκέπτης Καθηγητής Παν. Λονδίνου
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Στοματολογίας

Επικοινωνία:
τηλ. 210-72.91.667
e-mail: glaskari@yahoo.gr
site : www.georgelaskaris.gr

Ξηροστομία

Ο σπουδαίος ρόλος του σιάλου σε βασικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού τονίστηκε στο προηγούμενο άρθρο μας για τη σιαλόρροια. Στον αντίποδα της σιαλόρροιας βρίσκεται η ξηροστομία. Ξηροστομία είναι το αίσθημα ξηρότητας στο στόμα που προκαλείται από ποσοτική μείωση του σιάλου και μερικές φορές και από ποιοτική διαταραχή. Η ξηροστομία μπορεί να είναι υποκειμενικό σύμπτωμα για τον ασθενή ή και αντικειμενικό σημείο που διαπιστώνει και ο ιατρός. Αποτελεί ένα διαρκώς αυξανόμενο πρόβλημα που αποδίδεται, πρώτον, στην αύξηση του μέσου όρου ζωής του ανθρώπου και, δεύτερον, στη συχνή και μερικές φορές ανεξέλεγκτη χρήση φαρμάκων, για διάφορους λόγους, που έχουν ως ανεπιθύμητη δράση τη μειωμένη παραγωγή σάλιου. Υπολογίζεται ότι το 20-30% του πληθυσμού άνω των 60 ετών, ιδιαίτερα γυναίκες, παραπονούνται για αίσθημα ξηρότητας στο στόμα. Είναι τόση η σημασία του σάλιου ώστε ο λαός έχει υιοθετήσει διάφορες εκφράσεις για να αποτυπώσει δυσμενείς καταστάσεις. Παροιμιώδης είναι η πρόσφατη αποστροφή υπουργού, που χειρίζεται δύσκολα οικονομικά και εργασιακά θέματα, ότι «δεν υπάρχει σάλιο στα ταμεία…» υπονοώντας ότι «στέγνωσαν» όλα.

Ξηροστομία είναι το αίσθημα ξηρασίας στο στόμα που μπορεί να είναι αποτέλεσμα είτε ποσοτικής μείωσης της παραγωγής, είτε διαταραχής στη σύνθεση (ποιότητα) του σάλιου, είτε τέλος συνέπεια αυξημένης απώλειας υγρών (αφυδάτωση) από τον ανθρώπινο οργανισμό. Ιατρικά μπορεί να είναι υποκειμενικό σύμπτωμα που αισθάνεται ο ασθενής ή και αντικειμενικό σημείο που διαπιστώνει και ο ιατρός. Στη σύγχρονη κοινωνία αποτελεί ένα συνεχώς αυξανόμενο πρόβλημα, πολλές φορές βασανιστικό, αφού το σάλιο συμμετέχει σε πολλές φυσιολογικές λειτουργίες, όπως αναπτύξαμε στο προηγούμενο άρθρο μας για τη **σιαλόρροια.** Η διόγκωση του προβλήματος αποδίδεται αφενός στην αύξηση του μέσου όρου ζωής του ανθρώπου και αφετέρου στη συχνή και πολλές φορές καταχρηστική χρήση φαρμάκων που έχουν ως ανεπιθύμητη δράση τη μείωση της παραγωγής σάλιου. Υπολογίζεται ότι πάνω από το 20-30% του πλη-

Πίνακας I
Φάρμακα που προκαλούν ξηροστομία

I. Αντιχολινεργικά
- Ατροπίνη
- Αντιμουσκαρινικά
- Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά
- Αγχολυτικά
- Αντιισταμινικά
- Αντιεμετικά
- Αντιυπερτασικά
- Αντιπαρκινσονικά

II. Συμπαθομιμητικά
- Αποσυμφορητικά
- Βρογχοδιασταλτικά
- Αμφεταμίνες
- Κατασταλτικά ορέξεως

III. Άλλα
- Λίθιο
- Διουρητικά
- Αναστολείς πρωτεασών
- Ομεπραζόλη
- Διδανοσίνη (νουκλεοειδικό ανάλογο αναστολής ανάστροφης τρανσκριπτάσης)
- Χημειοθεραπευτικά (π.χ. Carboplatin, 5-fluorouracil, paclitaxel, κ.ά.)
- Ρετινοειδή

Πάνω από 500 φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ξηροστομία.

Πίνακας II
Ξηροστομία από ακτινοβολία

- Ο βαθμός ξηροστομίας εξαρτάται από το βαθμό έκθεσης και τη δόση της ακτινοβολίας των μεγάλων σιαλογόνων αδένων
- Αμφοτερόπλευρη ακτινοβόληση των παρωτίδων, π.χ. για ρινοφαρυγγικό νεόπλασμα, προκαλεί μεγάλη και μόνιμη ξηροστομία
- Ακτινοβλεννογονίτις
- Αυξημένος τερηδονισμός δοντιών

Πίνακας III
Ξηροστομία από χημειοθεραπεία

- Ξηροστομία απαντά στο 70-80%
- Η βαρύτητα της ξηροστομίας σχετίζεται από τον συνολικό αριθμό των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων
- Τα πιο συχνά φάρμακα που προκαλούν ξηροστομία είναι: carboplatin, paclitaxel, 5- fluoruracil
- Συχνά ο ίδιος ασθενής υποβάλλεται και σε ακτινοβολία

Πίνακας IV
Συστηματικά νοσήματα

- Σύνδρομο Sjögren
- Νόσος μοσχεύματος έναντι του ξενιστή, χρόνια
- Σακχαρώδης διαβήτης, μη ρυθμιζόμενος
- Άποιος διαβήτης
- Λοίμωξη HIV
- Σαρκοείδωση-σύνδρομο Heerfordt
- Συστηματική αμυλοείδωση
- Κυστική ίνωση
- Αιμοχρωμάτωση
- Ηπατίτις-C
- Ψυχικά νοσήματα
- Νεφρική ανεπάρκεια
- Αφυδάτωση (διάρροια, συχνουρία, έμετοι)

Πίνακας V
Σύνδρομο Sjögren

I. **Πρωτοπαθές:** Προσβολή κυρίως στόματος και οφθαλμών
II. **Δευτεροπαθές:** Εκτός στόματος και οφθαλμών συνυπάρχει και νόσος κολλαγόνου, κυρίως ρευματοειδής αρθρίτις, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, σκληρόδερμα κ.ά.

Σημεία και συμπτώματα στο στόμα
- Ξηρασία και λέπτυνση βλεννογόνου
- Δυσκολία μάσησης και κατάποσης
- Πολυτερηδονισμός δοντιών
- Διόγκωση σιαλογόνων αδένων
- Βακτηριακές λοιμώξεις σιαλογόνων αδένων
- Καντιντίαση
- Μη-Hodgkin λέμφωμα >5%
- Άλλα

Πίνακας VI
Λοιπά νοσήματα με ξηροστομία

- Πρωτοπαθής χολική κίρρωση
- Εξωδερμική δυσπλασία
- Αγενεσία σιαλογόνων αδένων

Η ομάδα αυτή προκαλεί συνήθως ήπια ξηροστομία

Πίνακας VII
Επιπλοκές στο στόμα από ξηροστομία

- Ξηρός ατροφικός βλεννογόνος
- Γλωσσοδυνία
- Αυξημένος τερηδονισμός δοντιών
- Ουλίτις
- Μειωμένη συγκράτηση οδοντοστοιχιών
- Λοιμώξεις σιαλογόνων αδένων
- Αυξημένη συχνότητα καντιντίασης
- Διαταραχές γεύσης
- Δυσκολία μάσησης και κατάποσης
- Δυσκολία στην ομιλία

Πίνακας VIII
Θεραπευτική αντιμετώπιση ξηροστομίας

Γενικές αρχές
- Καλή στοματική υγιεινή
- Υποκατάστατα σιάλου
- Μάσηση μαστίχας χωρίς ζάχαρη
- Δισκία διέγερσης σιάλου
- Ειδικές οδοντόπαστες (χωρίς sodium louoril sulfate)
- Φθοριούχα διαλύματα στα δόντια
- Αποφυγή καπνίσματος και αλκοόλ
- Πρόσληψη ικανής ποσότητας νερού
- Αντιμυκητιασικά
- Βελονισμός (μετά από ακτινοβολία)
- Ηλεκτροδιέγερση σιαλογόνων αδένων

Πίνακας IX
Τοπικά βελτιωτικά ξηροστομίας

I. Τοπική
- Υποκατάσταση σιάλου (π.χ. Xerotin, Unimoist, Oralbalance, Xerodent, λοιπά). Μορφές χρήσης: spray, gel, στοματόπλυμα, οδοντόπαστα.
- Παστίλιες ή δισκία διέγερσης σιαλογόνων αδένων, π.χ. SST, Salivix
- Μάσηση μαστίχας ή τσίχλας χωρίς ζάχαρη.

Πίνακας X
Θεραπευτική αντιμετώπιση ξηροστομίας

II. Συστηματική
- **Σιαλαγωγά φάρμακα**

- Pilocarpine, Cevimeline (διεγείρουν M3 μουσκαρινικούς υποδοχείς)
- Anethole trithone
- Bromhexine
- Pyridostigmine

- **Φάρμακα για τη συστηματική νόσο**

- Κορτικοστεροειδή
- Azathioprine
- Cyclophosphamide
- Hydroxychloroquine
- Thalidomide
- Interferon-α
- Infiximab
- Άλλα

θυσμού στις προηγμένες κοινωνίες παραπονούνται για ξηροστομία.

Η ημερήσια παραγωγή σάλιου υπολογίζεται σε 1-1½ λίτρο και παράγεται κατά 90% από τους 3 μεγάλους σιαλογόνους αδένες (παρωτίδα, υπογνάθιο, υπογλώσσιο) και κατά 10% από τους 600-700 μικρούς σιαλογόνους αδένες που βρίσκονται διάσπαρτοι στο στόμα. Η ποσότητα και η ποιότητα του σάλιου ρυθμίζονται από το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα. Διέγερση του συμπαθητικού προκαλεί μειωμένη παραγωγή σάλιου με υψηλή συγκέντρωση πρωτεϊνών που προκαλεί το αίσθημα ξηρότητας, ενώ η διέγερση του παρασυμπαθητικού προκαλεί άφθονη παραγωγή σάλιου με χαμηλή συγκέντρωση πρωτεϊνών. Η αιτιολογία της ξηροστομίας είναι πολυαιτιολογική. Βασικά τα αίτια ταξινομούνται **σε 4 ομάδες: Ι. Ιατρογενή, ΙΙ. Τοπικά αίτια στο στόμα, ΙΙΙ. Δυσπλασίες των σιαλογόνων αδένων και IV. Συστηματικά αίτια.**

Μια από τις συχνότερες αιτίες είναι η λήψη φαρμάκων. Έχει υπολογιστεί ότι πάνω από 500 φάρμακα μπορεί να ευθύνονται για ξηροστομία. Στον Πίνακα Ι βρίσκονται ταξινομημένες οι πιο σημαντικές ομάδες φαρμάκων αυτής της κατηγορίας. Η ακτινοβολία για θεραπευτικούς λόγους στην περιοχή της κεφαλής αποτελεί μία ακόμη συχνή αιτία ξηροστομίας (Πίνακας ΙΙ). Τέλος, στα ιατρογενή αίτια κατατάσσεται και η ξηροστομία από λήψη χημειοθεραπευτικών φαρμάκων (Πίνακας ΙΙΙ). Δεύτερη σε συχνότητα ομάδα ξηροστομίας είναι εκείνη που προκαλείται από συστηματικά νοσήματα (Πίνακας IV). Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το σύνδρομο Sjögren που τα βασικά του χαρακτηριστικά παρατίθενται στον Πίνακα V. Τέλος, στον Πίνακα VI παρατίθενται συστηματικά νοσήματα, δυσπλασίες και γενετικά νοσήματα που σπάνια ευθύνονται και για ξηροστομία. Ανεξαρτήτως αιτιολογίας η ξηροστομία προκαλεί διάφορα προβλήματα και επιπλοκές στο στόμα που καταγράφονται στον Πίνακα VII.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ξηροστομίας είναι ένα από τα πιο δύσκολα προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει ο Στοματολόγος. Στον Πίνακα VIII παρατίθενται οι γενικές αρχές αντιμετώπισης και στον Πίνακα IX τα τοπικά μέσα. Τέλος στον πίνακα X υπάρχουν τα φάρμακα που χορηγούνται συστηματικά είτε για αύξηση παραγωγής σάλιου είτε για την αντιμετώπιση της συστηματικής νόσου που συνδέεται με την ξηροστομία.

Συμπερασματικά, η ξηροστομία είναι ένα συχνό καθημερινό πρόβλημα που προκαλεί σοβαρές διαταραχές στο στόμα και στη γενική υγεία του ασθενούς. Μπορεί να αποτελεί τοπικό πρόβλημα ή μέρος συστηματικού νοσήματος. Η αντιμετώπισή της απαιτεί ενδελεχή κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο για προσδιορισμό του αιτίου και στη συνέχεια την ανάλογη θεραπευτική προσέγγιση που μπορεί να είναι τοπική ή/και συστηματική.

Παρά την πρόοδο που έχει επιτελεστεί στους τομείς της έρευνας, της κλινικής προσέγγισης και της θεραπείας, παραμένει ένα μείζον πρόβλημα και μια πρόκληση για τον ιατρό. Περισσότερη έρευνα και κατανόηση στην παθογένεια των νόσων των σιαλογόνων αδένων ελπίζεται ότι θα οδηγήσει στο μέλλον σε νέες γονιδιακές θεραπείες και βιοτεχνολογικά φάρμακα.

Ελληνική Εταιρεία Κλινικής Στοματολογίας
Ημερίδα Στοματολογίας 16/10/2010

Θεσσαλονίκη, Ξενοδοχείο Nikopolis, Πυλαία-Θεσσαλονίκη

Η Ελληνική Εταιρεία Κλινικής Στοματολογίας και η Α΄ Δερματολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης διοργανώνουν Ημερίδα Στοματολογίας με διεθνή συμμετοχή και με θέμα: «**Ο Στοματολόγος κοντά στον Οδοντίατρο και Ιατρό σε Επίκαιρα Στοματολογικά Προβλήματα**». Η ημερίδα θα πραγματοποιηθεί το **Σάββατο, 16 Οκτωβρίου 2010, ώρα 09:15-14:30, στο ξενοδοχείο Nikopolis (Ασκληπιού 16-18, Πυλαία-Θεσσαλονίκη).**

Πρόγραμμα

Διάλεξη: Παπαγρηγοράκης Εμμ.: *Η Μύρτις: πρόσωπο με πρόσωπο με το παρελθόν.*

ΜΕΡΟΣ Ι

Εισηγητές:

- **Γεωργακοπούλου Ε.:** *Διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα μελανών βλαβών στο στόμα.*
- **Γκάγκαρη Ε.:** *Αποφλοιωτική ουλίτις: μια συχνή διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση για τον οδοντίατρο.*
- **Scully C.:** *Ο ρόλος των ιών HPV στην καρκινογένεση του στόματος.*
- **Αντωνιάδης Δ.:** *Κλινική και εργαστηριακή προσέγγιση της λευκοπλακίας.*

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

Εισηγητές:

- **Ιωαννίδης Δ.:** *Νοσήματα χειλέων: Γέφυρα συνεργασίας στοματολόγου και δερματολόγου.*
- **Λάσκαρης Γ.:** *Εκδηλώσεις στο στόμα σεξουαλικώς μεταδιδόμενων λοιμώξεων.*
- **Στουφή Ε.:** *Ο ανοσοκατασταλμένος ασθενής στο Οδοντιατρείο.*

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ Βραχείς Εισηγήσεις Θεραπευτικής (5΄)

Εισηγητές:

- **Καψοκέφαλος Π.:** *Θεραπεία πρωτοπαθούς ερπητικής ουλοστοματίτιδας.*
- **Λούμου Π.:** *Θεραπεία ομαλού λειχήνα.*
- **Ματιάκης Α.:** *Θεραπεία ξηρού φατνίου.*
- **Καλιακάτσου Φ.:** *Θεραπεία ελκονεκρωτικής ουλίτιδας.*
- **Δούκα Μαρίνα:** *Θεραπεία ξηροστομίας.*
- **Λάσκαρης Γ.:** (Συντονιστής), Ελεύθερες ερωτήσεις και συζήτηση σε θέματα θεραπείας νόσων στόματος.

Η συμμετοχή είναι δωρεάν.

Ο Πρόεδρος **Γιώργος Λάσκαρης** Η Γεν. Γραμματέας **Ελεάνα Στουφή**

Mediterranean Dental Implant Academy
Ελληνογερμανικός Οδοντιατρικός Σύνδεσμος
Akademie Praxis und Wissenschaft
DGI Deutsche Gesellschaft für Implantologie

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Curriculum Εμφυτευματολογίας Athens Περιεχόμενα

Σεμινάριο 1 (Ημέρα 1+2)	Εισαγωγή στην Εμφυτευματολογία.
Σεμινάριο 2 (Ημέρα 3+4)	Διαγνωστική, σχεδιασμός και χειρουργικές επεμβάσεις.
Σεμινάριο 3 (Ημέρα 5+6)	Ενσωμάτωση της Εμφυτευματολογίας στο οδοντιατρείο και επίδειξη χειρουργικών επεμβάσεων. Το μονήρες εμφύτευμα και επίδειξη χειρουργικών επεμβάσεων.
Σεμινάριο 4 (Ημέρα 7+8)	Ανάπλαση Μέρος Ι
Σεμινάριο 5 (Ημέρα 9+10)	Εμφυτεύματα και προσθετική αποκατάσταση
Σεμινάριο 6 (Ημέρα 11+12)	Διευθέτηση των μαλακών ιστών και κατασκευή προσθετικών αποκαταστάσεων με αισθητικά κριτήρια
Σεμινάριο 7 (Ημέρα 13+14)	Η φροντίδα των εμφυτευμάτων
Σεμινάριο 8 (Ημέρα 15+16)	Ανάπλαση Μέρος ΙΙ
Σεμινάριο 9 (Ημέρα 17+18)	Φιλοξενία σε ειδική κλινική ή ιατρείο στη Γερμανία ή Αυστρία
Σεμινάριο 10 (Ημέρα 19)	Βοήθεια στη μελέτη και στην αποκατάσταση με εμφυτεύματα μιας απλής περίπτωσης
Σεμινάριο 11 (Ημέρα 20)	Τελική εξέταση με παρουσίαση πέντε ολοκληρωμένων περιπτώσεων και απόκτηση της πιστοποίησης (Certification in Implant Dentistry)

Οι ομιλητές είναι γνωστές διεθνώς προσωπικότητες στο χώρο της Εμφυτευματολογίας, επιλέγονται δε οι αυθεντίες για κάθε γνωστικό αντικείμενο. Μεταξύ αυτών είναι οι: Dr. K.L. Ackermann (Filderstadt), Prof. Dr. G. Gomez-Roman (Tübingen), Prof. DDr. R. Haas (Wien), Dr. G. Iglhaut (Memmingen), Prof. Dr. F. Khoury (Olsberg), Dr. A. Kirsch (Filderstadt), Prof. Dr. Dr. F. Neukam (Erlangen), Prof. Dr. E.-J. Richter (Würzburg), Prof. Dr. Dr. H. Schliphake (Göttingen), Dr. S. Schmidinger (Seefeld), Dr. Dr. R. Streckbein (Limburg), Prof. DDr. G. Watzek (Wien) κ.ά.

Έναρξη του έβδομου κύκλου στην Αθήνα: 20 & 21 Νοεμβρίου 2010

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Τηλ.: 21 06 43 76 01 (9-13) & 21 07 29 09 63 • Fax: 21 06 42 39 56
web site: www.zahn.gr • e-mail: info@zahn.gr

Mediterranean Dental Implant Academy
Ελληνογερμανικός Οδοντιατρικός Σύνδεσμος
Akademie Praxis und Wissenschaft
DGI Deutsche Gesellschaft für Implantologie

CONTINUUM
ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ & ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΕΠΙ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ 1 — 30 & 31 Οκτωβρίου 2010
Θέμα: Εισαγωγή στην Εμφυτευματολογία, Αξιολόγηση ευρημάτων, Διαγνωστική και Σχεδιασμός στην Εμφυτευματολογία
Ομιλητής: Dr. Horst Dieterich

ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ 2 — 15 & 16 Ιανουαρίου 2011
Θέμα: Προσθετικές υπερκατασκευές στην μερικώς νωδή γνάθο λαμβάνοντας υπ' όψη την αισθητική
Ομιλητής : Prof. Dr. German Gomez-Roman

ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ 3 — 12 & 13 Φεβρουαρίου 2011
Θέμα: Προσθετική επί εμφυτευμάτων στην σχεδόν νωδή και νωδή γνάθο
Ομιλητής : Dr. Josef Diemer

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Τηλ.: 21 06 43 76 01 (9-13) & 21 07 29 09 63 • Fax: 21 06 42 39 56
web site: www.zahn.gr • e-mail: info@zahn.gr

Η αποτύπωση στις ολικές οδοντοστοιχίες

Του **Ηρακλή Χ. Καρκαζή**
Αναπληρωτή καθηγητή
Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΜΕΡΟΣ ΙΙ. ΤΕΧΝΙΚΕΣ

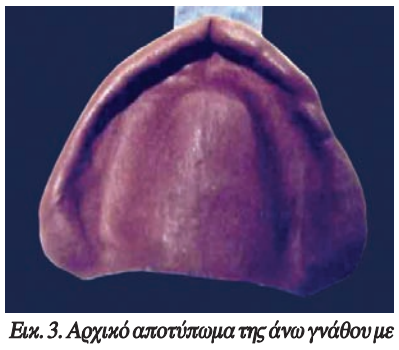
Στο πρώτο μέρος του άρθρου αυτού ασχοληθήκαμε με την ανατομία των επιφανειών έδρασης καθώς και το μυϊκό περιβάλλον μιας ολικής οδοντοστοιχίας. Στο δεύτερο μέρος θα περιγράψουμε τις βασικές αρχές και τεχνικές αποτύπωσης. Ανατρέχοντας στην πλούσια σχετική βιβλιογραφία διαπιστώνουμε ότι οι τεχνικές αποτύπωσης για ολικές οδοντοστοιχίες ομαδοποιούνται σε τρει βασικές κατηγορίες ανάλογα με την ασκούμενη στους υποκείμενους ιστούς πίεση. Έτσι έχουμε τεχνικές *με άσκηση πίεσης*, τεχνικές *χωρίς άσκηση πίεσης* και τέλος τεχνικές με *εκλεκτική πίεση* της αποτυπούμενης επιφάνειας [1,2,3,4,5,6]. Στις κατηγορίες αυτές εμπεριέχονται και παραλλαγές, όπως η *λειτουργική αποτύπωση με κλειστό στόμα* κ.λπ. Είναι προφανές ωστόσο ότι η κατάταξη αυτή έχει θεωρητικό μάλλον χαρακτήρα, δεδομένου ότι στην πράξη είναι αδύνατον να εφαρμόσουμε μια συγκεκριμένη τεχνική χωρίς άθελά μας να υπεισέλθουμε στα χαρακτηριστικά μιας άλλης. Η τεχνική που περιγράφουμε στη συνέχεια εντάσσεται στην τρίτη κατηγορία, δηλαδή εκείνη της εκλεκτικής πίεσης και χωρίς να είναι μοναδική χαρακτηρίζεται από τη μακρόχρονη κλινική της τεκμηρίωση αλλά και την *υψηλή διδακτική της αξία*. Με άλλα λόγια η κατανόηση της τεχνικής αυτής θα επιτρέψει στον οδοντίατρο να μετακινηθεί αργότερα με ασφάλεια και σε άλλα νεότερα υλικά ή τεχνικές παραλλαγές, χωρίς όμως να παραβιάζει τις βασικές αρχές. Η διαδικασία της αποτύπωσης περιλαμβάνει δύο στάδια, τη λήψη του *αρχικού* και τη λήψη του *οριστικού* αποτυπώματος.

Λήψη αρχικού αποτυπώματος

Πρόκειται για ιδιαίτερα σημαντικό στάδιο που σκοπό έχει την δημιουργία του αρχικού εκμαγείου επί του οποίου θα κατασκευαστεί το ατομικό δισκάριο. Παράκαμψη του σταδίου αυτού θα οδηγήσει εκ του ασφαλούς σε ένα ανακριβές εκμαγείο εργασίας και άρα σε μια οδοντοστοιχία με ελλειμματικά ή αντιθέτως υπερεκτατικά όρια. Τα υλικά και τα εργαλεία που απαιτούνται για το αρχικό αποτύπωμα με τη μέθοδο που περιγράφουμε είναι τα δισκάρια αλουμινίου που προσφέρονται συνήθως σε τρία μεγέθη (μεγάλο, μεσαίο, μικρό), πένσα, ψαλίδι και λίμα για την προσαρμογή των ορίων, πλάκες θερμοπλαστικού υλικού, λυχνία οινοπνεύματος και μπολ με ζεστό νερό (περίπου 60° C) ή καλύτερα ειδική συσκευή (υδατόλουτρο - water bath) με ρυθμιζόμενη θερμοκρασία. Αφού επιλέξουμε το κατάλληλο για τον ασθενή μας δισκάριο και κάμψουμε τη λαβή του για την παράκαμψη των χειλιών, αρχίζουμε την προσαρμογή των ορίων πρώτα με την πένσα και στη συνέχεια με το ψαλίδι και τη λίμα (Εικ. 1, 2). Βασική μας επιδίωξη είναι η κάλυψη όλων των απαραίτητων ανατομικών στοιχείων (γναθιαία ογκώματα, οπισθογόμφια προσκεφάλαια, όριο σκληρά και μαλθακής υπερώας, έσω λοξή γραμμή) και η οριοθέτηση των πτερυγίων έτσι ώστε να απέχουν 2-3 χιλιοστά από το βαθύτερο σημείο της ουλοπαρειακής και ουλοχειλικής αύλακας. Ακολουθεί η τοποθέτηση του θερμοπλαστικού υλικού στο δισκάριο αφού προηγουμένως παραμείνει για λίγη ώρα στο υδατόλουτρο για να καταστεί εύπλαστο. Το θερμοπλαστικό υλικό διευθετείται ομοιόμορφα στο δισκάριο και επανατοποθετείται στο νερό για να διατηρήσει την πλαστικότητά του. Η τοποθέτηση του δισκαρίου στο στόμα και η λήψη του αρχικού αποτυπώματος γίνεται ακολουθώντας μερικούς βασικούς κανόνες. Για την άνω γνάθο το δισκάριο πιέζεται πρώτα στην περιοχή της υπερώας και ακολούθως στην πρόσθια περιοχή για την αποφυγή διολίσθησης του υλικού προς τον φάρυγγα. Ακολουθούν ισχυρές κινήσεις απομύζησης και έλξη των παρειών και των χειλέων προς τα κάτω, με παράλληλο οπτικό έλεγχο της εκτόπισης του πλεονάζοντος θερμοπλαστικού από τα όρια του δισκαρίου. Για την κάτω γνάθο το δισκάριο πιέζεται ταυτόχρονα στις περιοχές των προγομφίων. Ο οδοντίατρος έλκει στη συνέχεια τις παρειές και τα χείλη προς τα άνω και έξω και τέλος ο ασθενής καλείται να κινήσει τη γλώσσα του προς όλες τις κατευθύνσεις για την αποτύπωση της ουλογλωσσικής αύλακας. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται ώστε όλοι οι χειρισμοί που προαναφέραμε να γίνονται με σταθεροποιημένο το δισκάριο στη θέση του (Εικ. 3, 4).

Εικ. 1. Δισκάριο αλουμινίου της άνω γνάθου. Εσωτερική επιφάνεια.

Εικ. 2. Δισκάριο αλουμινίου άνω γνάθου. Διακρίνεται η διπλή κάμψη της λαβής για την παράκαμψη του χείλους.



Εικ. 3. Αρχικό αποτύπωμα της άνω γνάθου με θερμοπλαστικό υλικό.

Εικ. 4. Αρχικό αποτύπωμα κάτω γνάθου με θερμοπλαστικό υλικό.

Αξιολόγηση του αρχικού αποτυπώματος

Λαμβάνοντας υπόψη την παχύρρευστη σύσταση του θερμοπλαστικού υλικού αλλά και τους περιορισμούς στην προσαρμογή των μεταλλικών δισκαρίων, τα αρχικά αποτυπώματα στερούνται της μεγάλης ακρίβειας που αναμένουμε από τα οριστικά αποτυπώματα. Θα πρέπει ωστόσο να προσέξουμε τη συμμετρική κατανομή του υλικού που προϋποθέτει σωστό προσανατολισμό του δισκαρίου στο στόμα, την αποφυγή αναδιπλώσεων ή κενών που μαρτυρούν την ανεπαρκή επαφή ή καθυστερημένη τοποθέτηση του δισκαρίου με αποτέλεσμα την πρόωρη σκλήρυνση του θερμοπλαστικού, καθώς και την αποκάλυψη τμημάτων του δισκαρίου ως αποτέλεσμα ανεπαρκούς προσαρμογής των ορίων. Στις περιπτώσεις σοβαρών σφαλμάτων είναι προτιμότερο να επαναλάβουμε την αποτύπωση δεδομένου ότι οι επανειλημμένες απόπειρες διόρθωσης είναι χρονοβόρες αλλά και αναποτελεσματικές.

Πλεονεκτήματα μεθόδου

Βασικά πλεονεκτήματα της μεθόδου που περιγράψαμε είναι α) η δυνατότητα ικανοποιητικής προσαρμογής του δισκαρίου από αλουμίνιο στα συγκεκριμένα ανατομικά δεδομένα του κάθε στόματος, πράγμα ανέφικτο με τα έτοιμα δισκάρια του εμπορίου και β) η δυνατότητα επιδιορθώσεων και τοπικών παρεμβάσεων στο αποτύπωμα που απορρέει από την αντιστρεπτή υφή του θερμοπλαστικού υλικού.

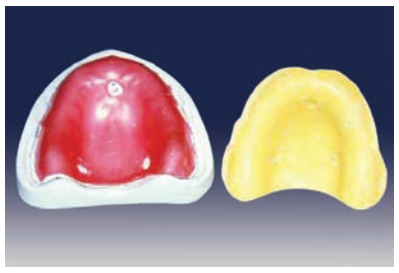
Εναλλακτικές μέθοδοι αρχικής αποτύπωσης

Ως εναλλακτική μέθοδος περιγράφεται η αντικατάσταση του θερμοπλαστικού από παχύρρευστη σιλικόνη. Τα αποτελέσματα είναι εξίσου ικανοποιητικά με μόνο ίσως μειονέκτημα τη σπατάλη υλικού στην περίπτωση επανάληψης του αποτυπώματος. Η τεχνική αυτή προσφέρει τη δυνατότητα περαιτέρω βελτίωσης του αποτελέσματος με λεπτόρρευστη σιλικόνη (διορθωτικό αποτύπωμα) (Εικ. 5). Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί ότι η παλαιά και δημοφιλής μέθοδος του αλγινικού με δισκάριο του εμπορίου, παρά τη φαινομενική της απλότητα, σπάνια αποδίδει την ακρίβεια που εξασφαλίζουμε με την τεχνική που περιγράψαμε.

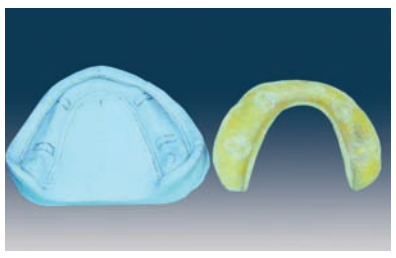
Εικ. 5. Αρχικό αποτύπωμα άνω γνάθου με δισκάριο αλουμινίου και συνδυασμό παχύρρευστης και λεπτόρρευστης σιλικόνης (σε δύο χρόνους).

Κατασκευή ατομικών δισκαρίων και τμηματική θέρμανση

Η λήψη του οριστικού αποτυπώματος προϋποθέτει την κατασκευή των ατομικών δισκαρίων. Ανάλογα με τις ανατομικές ιδιαιτερότητες των νωδών ακρολοφιών τα ατομικά δισκάρια δυνατόν να περιλαμβάνουν διάκενο δύο περίπου χιλιοστών για τη διευθέτηση του αποτυπωτικού υλικού (δισκάρια χώρου) ή να εφάπτονται απευθείας στον υποκείμενο βλεννογόνο (δισκάρια επαφής)[7,8]. Τα ατομικά δισκάρια θα πρέπει να καλύπτουν τις προς αποτύπωση ανατομικές περιοχές ενώ τα όριά τους να αφίστανται 2-3 χιλιοστά από το βαθύτερο σημείο της ουλοπαρειακής ή ουλοχειλικής αύλακας παρακάμπτοντας τους χαλινούς. Η τεχνική της περιφερικής απόφραξης με τμηματική θέρμανση (αναφέρεται και ως μυϊκή διαμόρφωση) απαιτεί δισκάρια χώρου, ενώ για τις εξαιρετικά απορροφημένες ακρολοφίες της κάτω γνάθου προτείνουμε τα δισκάρια επαφής με συνολική πίε-

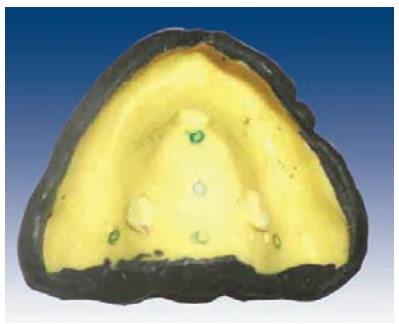


Εικ. 6. Τρόπος κατασκευής ατομικού δισκαρίου χώρου της άνω γνάθου. Η επίστρωση ενός φύλλου κεριού εξασφαλίζει το χώρο μεταξύ δισκαρίου και βλεννογόνου και οριοθετεί το μήκος των πτερυγίων. Οι τρύπες στο κερί αντιστοιχούν στις θέσεις για τη δημιουργία των σημείων ανάσχεσης.



Εικ.7. Ατομικό δισκάριο χώρου της κάτω γνάθου. Στο εκμαγείο είναι σημειωμένες οι θέσεις ανάσχεσης.

Εικ. 8. Ραβδία θερμοπλαστικού κεριού χαμηλής τήξεως για τμηματική θέρμανση.



Εικ. 9. Ολοκληρωμένη τμηματική θέρμανση στο ατομικό δισκάριο της άνω γνάθου. Στο εσωτερικό του δισκαρίου διακρίνονται τα σημεία διάνοιξης των οπών διαφυγής.

ση της αποτυπούμενης επιφάνειας (Εικ. 6, 7). Για την τμηματική θέρμανση χρησιμοποιούνται θερμοπλαστικά ραβδία χαμηλής τήξεως, λυχνία οινοπνεύματος και νερό θερμοκρασίας περίπου 45° C. Το θερμοπλαστικό υλικό, αφού λάβει την κατάλληλη σύσταση, τοποθετείται σταδιακά στα όρια των πτερυγίων και στην υπερώια απόληξη του άνω δισκαρίου και ο ασθενής πραγματοποιεί κινήσεις απομύζησης. Συχνά η υποβοήθηση της αποτύπωσης με ελεγχόμενη έλξη των χειλέων και των παρειών κρίνεται απαραίτητη. Στην περίπτωση απορροφημένης ακρολοφίας της κάτω γνάθου όπου θα χρησιμοποιηθεί δισκάριο επαφής, το θερμοπλαστικό υλικό εφαρμόζεται ομοιόμορφα στην εσωτερική επιφάνεια του δισκαρίου και όχι μόνο στην περιφέρεια (Εικ. 8, 9, 10, 11). Είναι προφανές ότι η τεχνική

Εικ.10. Εφαρμογή του θερμοπλαστικού υλικού σε όλη την εσωτερική επιφάνεια του ατομικού δισκαρίου της κάτω γνάθου. Πρόκειται για δισκάριο επαφής και αφορά ιδιαίτερα απορροφημένη ακρολοφία της κάτω γνάθου.

Εικ. 11. Απόξεση του θερμοπλαστικού υλικού στην περιοχή της έσω λοξής γραμμής. Με τον τρόπο αυτό αμβλύνονται οι πιέσεις στην συγκεκριμένη ευαίσθητη περιοχή και δημιουργείται χώρος για τη διευθέτηση του αποτυπωτικού υλικού.

της τμηματικής θέρμανσης προσφέρεται για ανέξοδες και επαναλαμβανόμενες επιδιορθώσεις μέχρι την εξασφάλιση του επιθυμητού αποτελέσματος.

Λήψη οριστικού αποτυπώματος

Την ολοκλήρωση της τμηματικής θέρμανσης ακολουθεί η απόξεση τυχόν περίσσειας του θερμοπλαστικού υλικού από την εσωτερική επιφάνεια των δισκαρίων και η διάνοιξη οπών διαφυγής στο δισκάριο της άνω γνάθου (Εικ. 11). Οι οπές συνήθως διανοίγονται στις θέσεις των μειζόνων υπερώιων τρημάτων και της τομικής θηλής και εξασφαλίζουν την αποφυγή υπερπίεσης στα υποκείμενα ανατομικά μόρια αλλά και τον εγκλωβισμό φυσαλίδων αέρα. Υλικό εκλογής για τη λήψη του οριστικού αποτελέσματος είναι το *ευγενολούχο φύραμα*. Σε περιπτώσεις ωστόσο έντονων εσοχών, εξωστόσεων κ.λπ. όπου απαιτείται ελαστικότητα του υλικού για την ατραυματική αφαίρεση του δισκαρίου από το στόμα προτιμώνται *ελαστικομερή υλικά*, όπως οι σιλικόνες μέσης ρευστότητας, οι μερκαπτάνες και ο πολυαιθέρας στη soft εκδοχή του[8]. Στη συνέχεια συνοψίζονται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των δύο αυτών κατηγοριών.

ΕΥΓΕΝΟΛΟΥΧΟ ΦΥΡΑΜΑ

- Γρήγορη σκλήρυνση
- Άριστη αποτύπωση
- Ανελαστικό
- Φτωχή γεύση
- Συγκόλληση στους περιστοματικούς ιστούς.

ΕΛΑΣΤΙΚΟΜΕΡΗ ΥΛΙΚΑ

- Άριστη αποτυπωτική ικανότητα
- Σταθερότητα διαστάσεων
- Δυνατότητα αποτύπωσης εσοχών
- Μεγαλύτερο κόστος

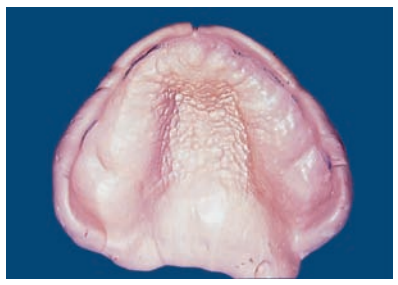
> “Η διάχυτη αντίληψη πως η ποιότητα ενός αποτυπώματος καθορίζεται από το είδος και μόνο του αποτυπωτικού υλικού που θα χρησιμοποιηθεί είναι παντελώς αστήρικτη. Η βαθιά γνώση των ανατομικών δεδομένων και των βασικών αρχών αποτύπωσης σε συνδυασμό με την κλινική εμπειρία και δεξιοτεχνία του επεμβαίνοντος είναι αυτά που θα καθορίσουν το αποτέλεσμα.”

• Ανάγκη συγκολλητικού παράγοντα

Η τεχνική της τελικής αποτύπωσης είναι σχετικά απλή και αρχικά περιλαμβάνει την προσεκτική επίστρωση του αποτυπωτικού υλικού στην εσωτερική επιφάνεια του δισκαρίου σε πάχος περίπου 3-4 χιλιοστών. Σε περίπτωση χρήσης ευγενολούχου φυράματος, καλό είναι να επαλείψουμε την περιστοματική περιοχή με βαζελίνη για τον ευκολότερο καθαρισμό του δέρματος από το υλικό. Οι χειρισμοί για την λήψη του οριστικού αποτυπώματος έχουν ως εξής:

Άνω γνάθος

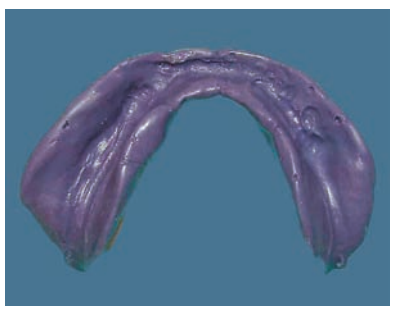
Το δισκάριο εισάγεται λοξά στο στόμα του ασθενούς, ακολούθως περιστρέφεται και, αφού λάβει τον σωστό προσανατολισμό (το χερούλι να αντιστοιχεί στη μέση γραμμή), πιέζουμε



Εικ. 12. Οριστικό αποτύπωμα της άνω γνάθου με ευγενολούχο φύραμα.

Εικ. 13. Οριστικό αποτύπωμα της κάτω γνάθου με ευγενολούχο φύραμα

Εικ. 14. Οριστικό αποτύπωμα της άνω γνάθου με πολυαιθέρα.



Εικ.15. Οριστικό αποτύπωμα της κάτω γνάθου με πολυαιθέρα.

προσεκτικά πρώτα στην οπίσθια περιοχή και μετά μπροστά, περιορίζοντας έτσι τη διαρροή του υλικού προς τον φάρυγγα. Το υλικό που διαρρέει προς τα πίσω πρέπει άμεσα να απομακρύνεται με ένα κάτοπτρο ή ξύλινη σπάθη. Μετά την έδραση του δισκαρίου ακολουθούν κινήσεις απομύζησης, οπτικός έλεγχος της ομοιόμορφης εκροής του υλικού από τις οπές διαφυγής και τα όρια και αναμονή για τη σκλήρυνση του υλικού.

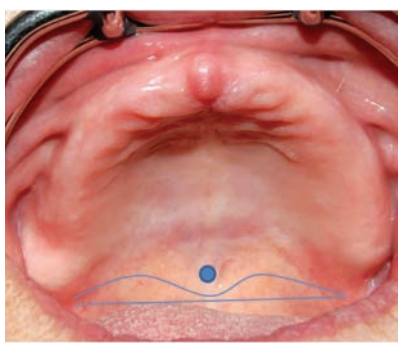
Το δισκάριο αφαιρείται από το στόμα και ελέγχεται για τυχόν υπερπιέσεις (εμφάνιση του θερμοπλαστικού υλικού), αναδιπλώσεις ή εγκλωβισμό φυσαλίδων (Εικ. 12).

Κάτω γνάθος

Ανάλογη είναι η μεθοδολογία για την αποτύπωση της κάτω φατνιακής ακρολοφίας. Το δισκάριο εισάγεται λοξά στο στόμα του ασθενούς, ακολούθως περιστρέφεται και, αφού λάβει τον σωστό προσανατολισμό (το χερούλι να αντιστοιχεί στη μέση γραμμή), πιέζουμε προσεκτικά στις περιοχές των προγομφίων ελέγχοντας την ομοιόμορφη εκροή του υλικού από την περιφέρεια. Ακολουθούν κινήσεις απομύζησης και ήπιες κινήσεις της γλώσσας προς όλες τις κατευθύνσεις με το δισκάριο σταθεροποιημένο στη θέση του. Αποτυχία καθήλωσης του δισκαρίου στη φάση αυτή οδηγεί κατά κανόνα σε λανθασμένο αποτύπωμα (Εικ. 13, 14, 15).

Οπισθοϋπερώια απόφραξη - Κλινικός εντοπισμός θέσης

Το εύρος, το βάθος και η θέση της απόφραξης καθορίζονται μετά την επισκόπηση της κλίσης της υπερώας και από την ψηλάφηση της περιοχής με τη βοήθεια ενός μεταλλικού εργαλείου με αποστρογγυλευμένο άκρο (π.χ. ένα εργαλείο λειάνσεως αμαλγάματος). Με την ψηλάφηση εντοπίζεται το όριο



Εικ. 16. Οριοθέτηση της οπισθοϋπερώιας απόφραξης. Η περιοχή αυτή σημειώνεται με μελανί μολύβι στο στόμα και μεταφέρεται μέσω του οριστικού αποτυπώματος στο εκμαγείο. Ακολουθεί η απόξεση της απόφραξης στο εκμαγείο, μετά την αποκήρωση και πριν από τον στοιβαγμό της ακρυλικής ρητίνης.

σκληράς και μαλθακής υπερώας με σαφώς μεγαλύτερη ακρίβεια από ό,τι η συνήθης φωνητική μέθοδος (προφορά του α). Την επισκόπηση και ψηλάφηση ακολουθεί το “μαρκάρισμα” της απόφραξης στο στόμα του ασθενούς με μελανί μολύβι και η προσεκτική μεταφορά του στο εκμαγείο μέσω του αποτυπώματος (Εικ. 16).

Οπισθοϋπερώια απόφραξη - Εργαστηριακό στάδιο κατασκευής

Τεχνικά η οπισθοϋπερώια απόφραξη διαμορφώνεται με απόξεση στο οριστικό εκμαγείο μετά την αποκήρωση και πριν από την όπτηση. Συνήθως λαμβάνει σχήμα πεταλούδας με το μέσον να αντιστοιχεί στην οπίσθια ρινική άκανθα. Σε εγκάρσια διατομή η απόξεση έχει μορφή κεκλιμένου επιπέδου, με το βαθύτερο σημείο να αντιστοιχεί στο οπίσθιο όριο, εκεί δηλαδή όπου η ευενδοτότητα του βλεννογόνου είναι μεγαλύτερη.

Διορθωτικό αποτύπωμα

Η μέθοδος που περιγράψαμε δίνει συνήθως άριστα αποτελέσματα. Στην περίπτωση ωστόσο μικρών σφαλμάτων, αμφιβολιών ή βλάβης του οριστικού εκμαγείου, έχουμε τη δυνατότητα περαιτέρω βελτίωσης του αποτελέσματος λαμβάνοντας ένα διορθωτικό αποτύπωμα, μετά την ολοκλήρωση της δοκιμής των δοντιών στο στόμα πριν από την όπτηση. Στην περίπτωση αυτή ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται:

α) στη λήψη του διορθωτικού αποτυπώματος σε δύο στάδια δηλαδή πρώτα της άνω και μετά της κάτω γνάθου πάντα με τις δύο βασικές πλάκες στο στόμα και τον ασθενή μας σε σύγκλειση (τεχνική κλειστού στόματος),

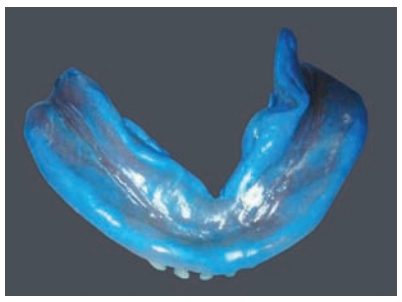
β) στον ενδελεχή έλεγχο των ορίων της βασικής πλάκας. Υπάρχει η δυνατότητα βελτίωσης είτε με εκτροχισμό είτε με εκ νέου τμηματική θέρμανση,

γ) στη διάνοιξη οπών διαφυγής για την αποφυγή εγκλωβισμού υπερβολικής ποσότητας αποτυπωτικού υλικού στη βασική πλάκα της άνω γνάθου.

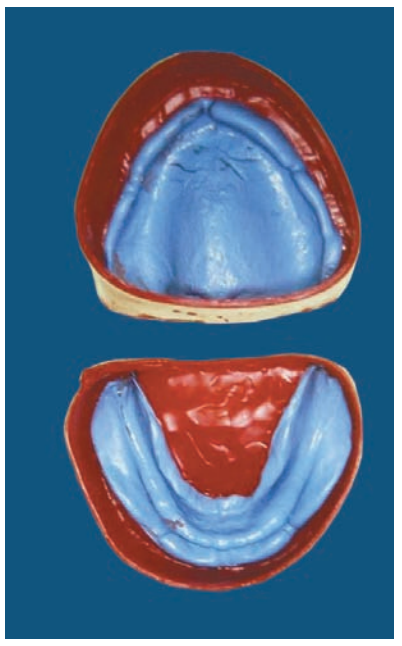
δ) στην αποφυγή κάλυψης των δοντιών με αποτυπωτικό υλικό λόγω τοποθέτησης υπερβολικής ποσότητας.

Εναλλακτική τεχνική λειτουργικής αποτύπωσης με χρήση μαλακού επιστρώματος

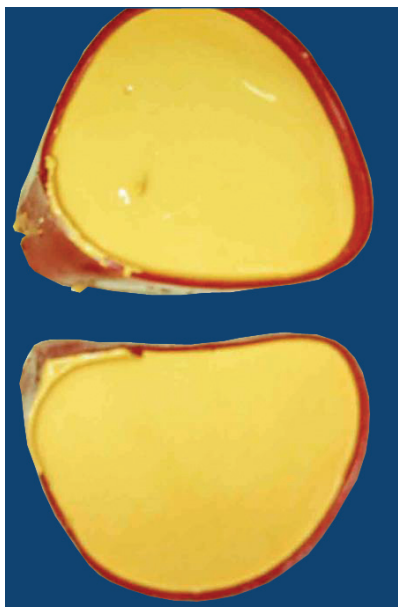
Σε εξαιρετικά απορροφημένη ακρολοφία της κάτω γνάθου μπορεί εναλλακτικά να χρησιμοποιηθεί με άριστα αποτελέσματα ένα υλικό αποκατάστασης των ιστών (Visco-gel, Hydrocast, CoeSoft κ.λπ.). Το υλικό τοποθετείται σε παχύρρευστη σύσταση στο



Εικ. 17. Λειτουργικό αποτύπωμα της κάτω γνάθου με υλικό αποκατάστασης των ιστών και λεπτόρρευστη σιλικόνη (σε δύο χρόνους).



Εικ. 8. Εγκιβωτισμός των οριστικών αποτυπωμάτων με κορδόνι και φύλλο κεριού. Ο έλεγχος της στεγανότητας των ορίων μπορεί να γίνει με νερό.



Εικόνα 19. Έγχυση της γύψου για την κατασκευή των οριστικών εκμαγείων. Η έγχυση γίνεται με ελαφρά δόνηση για την αποφυγή εγκλωβισμού φυσαλίδων αέρα.

εσωτερικό της κάτω βασικής πλάκας και ο ασθενής καλείται να εκτελέσει ήπιες μασητικές κινήσεις και κινήσεις της γλώσσας για περίπου δέκα λεπτά. Μετά την αρχική σκλήρυνση του υλικού η βασική πλάκα απομακρύνεται προσεκτικά από το στόμα και αφαιρούνται με νυστέρι οι περίσσειες. Ακολουθεί η λήψη ενός τελικού αποτυπώματος επένδυσης (*wash impression*) με λεπτόρρευστη σιλικόνη και τεχνική ανοικτού στόματος. Με τον τρόπο αυτό καταγράφονται όλες οι λεπτομέρειες, ενώ παράλληλα επιτυγχάνεται καλύτερη συμβατότητα της επιφάνειας του αποτυπώματος με τη γύψο του εκμαγείου (Εικ. 17).

Εγκιβωτισμός των οριστικών αποτυπωμάτων

Σκοπός του εγκιβωτισμού είναι η κατοχύρωση στο οριστικό εκμαγείο του εύρους και βάθους της ουλοπαρειακής αύλακας, του ορίου σκληράς και μαλθακής υπερώας αλλά και όλων των λεπτομερειών που καταγράψαμε στη φάση της τελικής αποτύπωσης. Από πλευράς τεχνικής ο εγκιβωτισμός περιλαμβάνει την περιβολή του αποτυπώματος με κορδόνι κεριού σε απόσταση 2-3 χιλιοστών από τα καταγεγραμμένα όρια και την περιμετρική κατακόρυφη συγκόλληση φύλλου κεριού υπό μορφήν εξωτερικού τοιχώματος, για τη συγκράτηση της γύψου (Εικ. 18, 19).

Μέρος της εργασίας αυτής παρουσιάστηκε στο σεμινάριο του ΣΥΝΟΑ στις 13/01/2010.

Βιβλιογραφία

1. Δημητρίου Π., Ζήσης Α., Καρκαζής Η., Πολυζώης Γ., Σταυράκης Γ. Κινητή Προσθετική. Ολικές Οδοντοστοιχίες. Τέταρτη έκδοση. Μπονισέλ. Αθήνα 2001
2. Καρκαζής Η., Πολυζώης Γ. Εισαγωγή στη Γηροδοντιατρική και Γναθοπροσωπική Προσθετική. Μπονισέλ. Αθήνα 2002.
3. Γιαννικάκης Σ. Ολικές οδοντοστοιχίες. Εργαστήριο. Μπονισέλ. Αθήνα 2003.
4. Παπαδόπουλος Τ. Η αποτύπωση στην προσθετική. Αθήνα. 1997
5. Heartwell C., Rahn A. Syllabus of Complete Dentures. 2nd Ed. Philadelphia. Lea & Febiger. 1974
6. Winkler S. Essentials of Complete Denture Prosthodontics. Philadelphia. Saunders. 1979
7. Καρκαζής Η., Δημητρίου Π. Κατασκευή ολικών οδοντοστοιχιών σε απορροφημένες φατνιακές ακρολοφίες. Στοματολογία 42: 197, 1985
8. Karkazis H. Residual ridge undercuts as an alternate method for the optimal extension of the complete denture base. Quintessence of Dental Technology. March/April 1987, 137-138

ΔΟΥΒΙΤΣΑ ΓΙΩΤΑ
ΑΡΧΙΤΕΚΤΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ
ΔΙΑΡΡΥΘΜΙΣΗ-ΔΙΑΚΟΣΜΗΣΗ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ
+30 6932 646817
giota_douvitsa@yahoo.gr

Άτλας Εφαρμογών Laser στην Οδοντιατρική

των D.J. Coluzzi, DDS και R.A. Convissar, DDS

Τώρα μπορείτε να το προμηθευτείτε μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα από τις Εκδόσεις «Ο.Β.».

Η διεύρυνση της χρήσης των laser και η πρόοδος στις αντίστοιχες εφαρμογές και τεχνικές άνοιξαν νέους ορίζοντες στην οδοντιατρική επιστήμη. Σήμερα τα laser χρησιμοποιούνται σε όλους τους τομείς της οδοντιατρικής, από μια απλή ουλεκτομή ώς την παρασκευή κοιλότητας και την αφαίρεση τερηδόνας. Σε σύγκριση με τις κλασικές μεθόδους, τα οδοντιατρικά laser επιτρέπουν ταχύτερη καταπολέμηση των παθογόνων μικροοργανισμών, αυξημένη αιμόσταση, περιορισμό των χρόνων επούλωσης και των μετεπεμβατικών επιπλοκών και μεγαλύτερη άνεση στον ασθενή.

Το βιβλίο Άτλας Εφαρμογών Laser στην Οδοντιατρική των D.J. Coluzzi, DDS και R.A. Convissar, DDS κυκλοφόρησε το 2007 και έκτοτε αναδείχθηκε σε αναντικατάστατο οδηγό κλινικής γνώσης για τον οδοντίατρο που ήδη χρησιμοποιεί εφαρμογές των laser ή σκοπεύει να επενδύσει στη νέα οδοντιατρική τεχνολογία.

Εμπλουτισμένος με 477 έγχρωμες φωτογραφίες και ακτινογραφίες, ο Άτλας Εφαρμογών Laser στην Οδοντιατρική παρουσιάζει, στις 230 σελίδες του, τις γενικές αρχές ενδοστοματικής χρήσης των laser, ενώ στα ειδικά του κεφάλαια αναλύονται κλινικά περιστατικά πριν και μετά τη θεραπεία, οι ενδείξεις και αντενδείξεις στην εφαρμογή των laser, οι ειδικές παράμετροι που διέπουν τη χρήση τους, αλλά και διάφορες μέθοδοι για την ελαχιστοποίηση των ποσοστών αποτυχίας κατά την οδοντιατρική θεραπεία.

Τιμή 140€

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Ζωοδόχου Πηγής 54 106 81 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3809 495 e-mail: odvima@otenet.gr www.dentalsite.gr

Ο Ronald Goldstein στην ημερίδα της ΕΑΑΟ - για τα νέα δεδομένα στη λεύκανση και στις αισθητικές αποκαταστάσεις

Γράφει ο
Χρήστος Κωνσταντινίδης
Οδοντ/τρος - M.Sc (Προσθετ.)

Δεν είναι εύκολο να βρεθεί κάποιος κοντά σε μια τόσο σημαντική προσωπικότητα όπως ο Ronald Goldstein. Αυτό το γεγονός οδήγησε 60 οδοντιάτρους στις 13 Ιουνίου να αφήσουν την ηρεμία της Κυριακής και τη δράση του Μουντιάλ και να προσέλθουν στην ημερίδα (με ομιλητή τον Goldstein)στο Sofitel. Από ό,τι φάνηκε όμως, ο «παππούς» της οδοντιατρικής κατάφερε να τους αποζημιώσει. Την ημερίδα διοργάνωσε η Ελληνική Ακαδημία Αισθητικής Οδοντιατρικής.

Το θέμα από το οποίο ξεκίνησε ήταν το πλέον αγαπημένο του, δηλαδή **η λεύκανση των δοντιών**. Τα white stripes δεν έχουν το αποτέλεσμα της λεύκανσης με νάρθηκες ή στο οδοντιατρείο. Το μειονέκτημα της τεχνικής τους είναι η χαμηλή συγκέντρωση του υπεροξειδίου και η περιορισμένη επιφάνεια δοντιών που καλύπτουν. Πολλές πλέον εταιρείες έχουν σκευάσματα για λεύκανση στο ιατρείο και το σπίτι. Ο Haywood (1997) έδειξε ότι η λεύκανση με νάρθηκες έχει πολύ καλά αποτελέσματα, αρκεί να αυξήσουμε το χρόνο ακόμη και μέχρι τους 6 μήνες. Ο χρόνος επηρεάζει το αποτέλεσμα της λεύκανσης και έτσι από μελέτες φαίνεται ότι μετά ενάμιση χρόνο μόλις το 74% του αποτελέσματος παραμένει, ενώ μετά επτά χρόνια το 40%. Οι υπασβεστιώσεις και οι αρχόμενες τερηδόνες είναι χρήσιμο να αντιμετωπίζονται πριν από τη λεύκανση με κάποιο από τα σκευάσματα πρόληψης (ion- D-MG).

Ο Ronald Goldstein, αφού έχει ασχοληθεί δεκαετίες με τη λεύκανση και θεωρητικά με όλα τα σκευάσματα, δήλωσε ότι όλα «δουλεύουν» το ίδιο, ουσιαστικά χωρίς καμιά διαφορά, με μόνη παράμετρο το χρόνο εφαρμογής του υλικού.

Στο δεύτερο μέρος της ομιλίας του αναφέρθηκε στις **αισθητικές αποκαταστάσεις**. Οι σύνθετες ρητίνες αποτελούν εδώ και πολλά χρόνια τον χρυσό κανόνα των αποκαταστάσεων, κερδίζοντας τη μάχη με τα ένθετα (έμμεσες τεχνικές), το αμάλγαμα φυσικά, αλλά ακόμη και τις όψεις πορσελάνης.

Το κλείσιμο των διαστημάτων είναι ένα πρόβλημα που μπορεί να χρήζει διαφορετικών λύσεων. Αν τα δόντια είναι κανονικού μεγέθους και σχηματισμού, τότε η ορθοδοντική είναι η βέλτιστη θεραπεία. Στις περιπτώσεις όμως που το μέγεθος των δοντιών είναι μικρότερο του ιδεώδους ή το σχήμα των δοντιών χρήζει βελτιώσεως, τότε η παρέμβαση με αποκαταστάσεις είναι η ιδανική λύση. Φυσικά η άμεση τεχνική με composite υπερέχει των laminate veneers. Η θεραπεία ξεκινά πάντα από τα πιο εγγύς δόντια, κλείνοντας πρώτα το εγγύς διάστημα και κατόπιν το άπω.

Η επιλογή του υλικού (composite) γίνεται ανάλογα με τις ιδιότητες του υλικού σε κάθε μια από τις βασικές ιδιότητες του χρώματος των περιστατικών (hue, value, color). Έτσι χρήσιμο είναι να έχουμε υλικά με διαφορετική αδιαφάνεια, οπαλινότητα κ.τ.λ., ώστε να προσαρμόζονται κατά περίπτωση με τα χαρακτηριστικά των φυσικών δοντιών. Η παρέμβαση σε ορθοδοντικές ανωμαλίες της αισθητικής ζώνης μπορεί να γίνει είτε με ορθοδοντική είτε με αποκαταστάσεις έμμεσες ή άμεσες.

«The best restoration is no restoration» Ronald Goldstein, 1970. Η τάση της ελάχιστης παρέμβασης σήμερα μας οδηγεί ολοένα και περισσότερο στην ορθοδοντική λύση. Ιδιαίτερα με την τεχνική invisalign όλο και περισσότερα περιστατικά κατευθύνονται προς την ορθοδοντική. Στο τέλος της θεραπείας οι νάρθηκες του invisalign χρησιμοποιούνται και για λεύκανση των δοντιών. Όταν η θεραπεία είναι με αποκαταστάσεις, θα πρέπει να υπάρχει με κάποιον τρόπο η έγκριση του ασθενούς, ώστε να μην υπάρχουν νομικά προβλήματα. Η ενδελεχής μελέτη του περιστατικού είναι απαραίτητη για την επιλογή του υλικού και της τεχνικής (πάχος ρητίνης, μονοχρω-

ματική vs πολυχρωματική) του σχήματος και του μεγέθους των αποκαταστάσεων (χρυσός κανόνας).

Οδηγοί για τη διόρθωση του τόξου είναι τα πιο προέχοντα δόντια στο φραγμό. Σε πιο σύνθετα περιστατικά είναι απαραίτητο το διαγνωστικό κέρωμα και η κατασκευή κλειδιών για την παρασκευή και την αποκατάσταση των δοντιών.

Κατά τη ρύθμιση της σύγκλεισης των προσθίων θα πρέπει να διατηρούμε τη σύγκλειση (των προσθίων) ή τον πρόσθιο οδηγό, για να μην έχουμε τη μετανάστευση των πρόσθιων δοντιών.

Η αποκατάσταση με ολοκεραμικές στεφάνες σήμερα είναι λύση για τα πρόσθια δόντια. Οι στεφάνες ζιρκονίου πλεονεκτούν από τις άλλες ολοκεραμικές στην αντοχή, μειονεκτούν όμως στη διαπερατότητα του φωτός αλλά και σε απόσταση της πορσελάνης από τον πυρήνα του ζιρκονίου. Η αφαίρεση των σπασμένων στεφανών ζιρκονίου γίνεται με παρασκευή αύλακας στη μασητική επιφάνεια και χρήση ειδικού μοχλού. Η συγκόλληση μπορεί να γίνει με ρητινώδεις κονίες ή ενισχυμένη υαλοϊονομερή κονία. Η γήρανση του φραγμού συνήθως συνοδεύεται με αλλοίωση του χρώματος, απώλεια μεσοδόντιων θηλών και αποτριβή των κοπτικών.

Το θεωρητικό μέρος ακολούθησε workshop στο οποίο ο Goldstein έδειξε στην πράξη τα μυστικά της τεχνικής και της πείρας του. Η ημερίδα είχε καλή διοργάνωση, στα επίπεδα που μας έχει συνηθίσει η ΕΑΑΟ και ο πρόεδρός της Ντίνος Κουντουράς. Στο πλαίσιο της πρόσκλησης μεγάλων ονομάτων η ΕΑΑΟ οργανώνει τον Σεπτέμβριο ημερίδα με ομιλητή τον «μάγο» Newton Fall jr.

Νέος πρόεδρος του ΔΟΑΤΑΠ ο καθηγητής ορθοδοντικής Αθανάσιος Ε. Αθανασίου

Έπειτα από απόφαση της υπουργού Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων κ. Άννας Διαμαντοπούλου και την διατύπωση σύμφωνης γνώμης της Διαρκούς Επιτροπής Μορφωτικών Υποθέσεων της Βουλής των Ελλήνων, πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου του Διεπιστημονικού Οργανισμού Αναγνώρισης Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης (ΔΟΑΤΑΠ) διορίστηκε ο κ. Αθανάσιος Ε. Αθανασίου, καθηγητής Ορθοδοντικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Ο ΔΟΑΤΑΠ είναι ο αρμόδιος Οργανισμός για την αναγνώριση των τίτλων σπουδών της αλλοδαπής πανεπιστημιακής και τεχνολογικής κατεύθυνσης και την παροχή πληροφοριών σχετικά με σπουδές Ανώτατης Εκπαίδευσης στην αλλοδαπή και την ημεδαπή. Ο Οργανισμός ιδρύθηκε με το Ν. 3328/2005 ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και συνέχεια του ΔΙ.Κ.Α.Τ.Σ.Α., εδρεύει στην Αθήνα, διατηρεί παράρτημα στη Θεσσαλονίκη και εποπτεύεται από τον υπουργό Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του ΔΟΑΤΑΠ συγκροτείται από τον πρόεδρο και 21 μέλη (14 μέλη ΔΕΠ των Πανεπιστημίων & 7 μέλη Ε.Π. των Τεχνολογικών Ιδρυμάτων).

Ο κλάδος της Οδοντιατρικής εκπροσωπείται από τον καθηγητή Αθανάσιο Ε. Αθανασίου (τακτικό μέλος) και τον καθηγητή Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Κωνσταντίνο Τσιχλάκη (αναπληρωματικό μέλος).

Στο προηγούμενο Δ.Σ., ο καθηγητής Α. Ε. Αθανασίου ήταν Αντιπρόεδρος του Οργανισμού.

Πρακτικό σεμινάριο σύγκλεισης

Η Στοματολογική Εταιρεία της Ελλάδος διοργανώνει το Σάββατο 16 Οκτωβρίου 2010 Πρακτικό Σεμινάριο Σύγκλεισης, από τις 09.00 ώς τις 14.00 στα γραφεία της Εταιρείας (Καλλιρρόης 17, Αθήνα). Διδάσκων είναι ο Π. Λομβαρδάς.

Σκοπός του σεμιναρίου είναι να εκπαιδεύσει τους συμμετέχοντες στα ακόλουθα κλινικά θέματα:

- Εύρεση της κεντρικής σχέσης με τη χρήση του αμφίπλευρου χειρισμού.
- Μέθοδοι καταγραφής της κεντρικής σχέσης.
- Μεταφορά του οριζόντιου άξονα περιστροφής με προσωπικό τόξο.
- Ανάρτηση των εκμαγείων σε αρθρωτήρα στατικών καταγραφών.
- Χρήση του αρθρωτήρα.
- Επιβεβαίωση της κεντρικής σχέσης με το Centricheck της Denar.
- Κατασκευή αποπρογραμματιστή στα αναρτημένα εκμαγεία.
- Σχέδιο θεραπείας σε περιπτώσεις που θα φέρουν οι εκπαιδευόμενοι.

Οι συμμετέχοντες παρακαλούνται να έχουν ένα σετ εκμαγείων του δικού τους στόματος, αναρτημένο σε αρθρωτήρα σταθερών αποκλίσεων ή ημιπροσαρμοζόμενο, με τη χρήση προσωπικού τόξου και καταγραφής κεντρικής σχέσης. Κάθε επιπλέον περίπτωση που θα ήθελαν να μελετηθεί θα πρέπει να είναι παρομοίως αναρτημένη και να συνοδεύεται από μια καλής ποιότητας πανοραμική ακτινογραφία.

Το δικαίωμα συμμετοχής είναι 60 €. Η καταβολή του δικαιώματος μπορεί να γίνει: με κατάθεση στην Τράπεζα EUROBANK (Αριθμός λογαριασμού: 0026 0207 6002 0002 4639 με αναγραφή του ονόματος στο αποδεικτικό κατάθεσης), με ταχυδρομική επιταγή ή στα γραφεία της ΣΕΕ καθημερινά 09.30-13.00. Ο μέγιστος αριθμός συμμετεχόντων είναι 20 άτομα (θα τηρηθεί αυστηρή σειρά προτεραιότητας).

Το απόλυτο σύστημα Laser για:
- Ενδοδοντολογία - Περιοδοντολογία
- Χειρουργική αντιμετώπιση μαλακών ιστών
- Λεύκανση στο Ιατρείο

Βασικά Τεχνικά Χαρακτηριστικά

- Διοδικό Laser 810nm / 980nm / 1064nm
- Ελάχιστη ισχύς 8 Watt (810nm) / 11 Watt (980nm) / 10 Watt (1064nm)
- Με οθόνη αφής, δυνατότητα αναπαραγωγής Video, USB function
- Οπτικές ίνες 200, 300, 400 & 600 μm μίας ή πολλών χρήσεων
- Μεγάλη συλλογή όλων των απαραίτητων αξεσουάρ
- Απόλυτη ελευθερία ρυθμίσεων παραμέτρων
- Προεγκατεστημένα Πρωτόκολλα και Beginners Mode για εύκολη χρήση
- Διαστάσεις 12x21x10 cm - Βάρος 1,2 Kg
- Πρακτική βαλίτσα μεταφοράς
- Συμπεριλαμβάνεται εξωτερικός μετρητής ενέργειας
- Συνεχής και αξιόπιστη τεχνική και κλινική υποστήριξη

...και όλα τα παραπάνω στην **πλέον ανταγωνιστική τιμή**

NuvoLas KTP 532 nm - 8 Watt

Diode pumped YAG, solid state, frequency-doubled Nd:YAG

και σε οικονομική έκδοση 5 Watt

- Μήκος κύματος: 532 nm (πράσινο)
- Μέγιστη ισχύς: 8 Watt στον ιστό
- Διάρκεια παλμού: 2 ms συνεχές (CW) - ρυθμιζόμενο
- Ταχύτητα παλμού: 1-6 Hz
- Χειρολαβές: χειρουργική, λεύκανσης, 0,3-0,5-1,0 nm
- Οπτική ίνα: 300 μm, ευλύγιστη, ανθεκτική, χαμηλού κόστους
- Χειρισμός: αποσπώμενο χειριστήριο με ψηφιακή οθόνη
- Ακτίνα πιλότος: διοδικό Laser 635 nm (κόκκινο) ρυθμιζόμενης ισχύος
- Σύστημα ψύξης: Εσωτερικό
- Απαιτούμενη ισχύς: ~230V, 5A /~115V, 10A
- Βάρος: 12 Kg
- Διαστάσεις: 465 x 181 x 267 mm

evo medica

EvoMedica ΙΑΤΡΙΚΑ - ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ LASER
Λ. Πετρουπόλεως 20, 131 23 Ίλιον
Τηλ.: 210 2625 260, Fax: 210 2625 411
e-mail: g.stefanopoulos@evomedica.com www.evomedica.com

ΒΗΜΑ Γραμμάτων και Τεχνών

Του **Χρίστου Γ. Μαρκόπουλου**, ιατρού
προέδρου της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρών Λογοτεχνών,
ειδικού συνεργάτη και υπευθύνου της στήλης ΓΡΑΜΜΑΤΑ-ΤΕΧΝΕΣ

Αγώνας Δρόμου

Του Νίκου Μαρκέα

Φύγανε όλοι, σα μια ανάσα, μόλις ακούστηκε η πιστολιά. Σκουντώντας ο έν α ς τ ο ν άλλο, ξεχύθηκαν στον κατή φορο, κουτρουβαλώντας στο τραχύ μονοπάτι του πάρκου. Ένα ανθρώπινο πολύχρωμο κοπάδι σπρωγμένο από μια αόρατη δύναμη. Ένας χείμαρρος από γοργοπόδαρους δρομείς, συμπυκνωμένος σε μια αξεδιάλυτη μάζα θέλησης και αυτοπειθαρχίας. Έπρεπε να τρέξουν τέσσερις φορές την περιφέρεια του πάρκου πριν περάσουν τη γραμμή του τερματισμού.

Ποτέ άλλοτε δεν είχε τρέξει σ' αγώνα δρόμου, σε ανώμαλο έδαφος. Στην ολιγόχρονη μέχρι τότε αθλητική του ιστορία δεν είχαν καταγραφεί ακόμα εμπειρίες από την επαφή με την αγριάδα του εδάφους, δεν είχε νιώσει την απειλή της απότομης πλαγιάς, την υγρασία της λάσπης. Τα πόδια είχαν συνηθίσει να κινούνται σε ομαλές συνθήκες, σε χωματένιους ισόπεδους στίβους, σε άσφαλτο ή σε ταρτάν. Δεν γνώριζαν την αντίρροπη δύναμη της ανηφόρας, τη σαγήνη της κατηφοριάς. Δεν υποψιάστηκε ποτέ το ενδεχόμενο να ματώσουν οι γάμπες, να μαυρίσουν τα νύχια, ν' ανάψουν τα πέλματα.

Όταν κλείσανε έναν ολόκληρο κύκλο και βρέθηκαν ξανά να περνούν το σημείο εκκίνησης, δυνατά κι εκκωφαντικά χειροκροτήματα διέκοψαν τις σκέψεις που συνωστίζονταν μες στο μυαλό. Ελάχιστοι φίλαθλοι, κάποιοι άλλοι περαστικοί περιστασιακοί περιπατητές, μερικοί ανυποψίαστοι οικογενειάρχες που είχαν με τα παιδιά τους επισκεφθεί εκείνο το ηλιόλουστο πρωινό το Δημοτικό Πάρκο, ήταν οι μοναδικοί θεατές σε τούτη την ξέφρενη κούρσα. Δεν είχε ποτέ άλλοτε τρέξει κάτω από το βλέμμα θεατών που θα έκρινε το στυλ και την επίδοση του. Γι' αυτόν, το τρέξιμο ήταν μέχρι τότε ένα καθημερινό στοίχημα με τον εαυτό του που έπρεπε οπωσδήποτε να κερδίσει. Μια ανάσα στην καθημερινότητα της μίζερης ζωής του. Μια ώρα που θα ανήκε αποκλειστικά στον εαυτό του. Ένας χρόνος που θα έπαυε να μετρά προσωρινά για τους άλλους και θα γινόταν εντελώς προσωπικός.

Σε κάθε στροφή του πάρκου ένιωθε να μένει ολοένα και περισσότερο μόνος. Οι πιο πολλοί δρομείς είχαν ξεφύγει μπροστά. Έβλεπε ένα πλήθος από πλάτες ν' απομακρύνονται δίχως έλεος, χωρίς τον παραμικρό δισταγμό. Οι θεατές είχαν εξαφανιστεί ως δια μαγείας και οι ελάχιστοι, που είχαν παραμείνει στο πάρκο, είχαν μετακινηθεί ήδη προς το τέρμα, να θαυμάσουν τον τερματισμό του νικητή. Τα πόδια του πονούσαν, δεν ένιωθε τις πατούσες, τα δάκτυλα είχαν μουδιάσει από την υγρασία του ιδρώτα, έτρεμε με τη σκέψη μιας ξαφνικής κράμπας που θα τίναζε στον αέρα οποιαδήποτε ελπίδα. Και τότε, τα πρώτα σημάδια κόπωσης τον επισκέφθηκαν. Ήρθαν ύπουλα και κατέλαβαν κάθε εγκεφαλικό του κύτταρο, με σκέψεις απαισιόδοξες κι αποκαρδιωτικές. Σιγά και υποχθόνια έκαναν κατάκτηση στην ψυχή του. Τι θέση είχε αυτός εκεί, ανάμεσα σε πολύ καλύτερους δρομείς;

Τι ρόλο έπαιζε σε τούτο το θέατρο του παραλόγου;

Τι ήθελε επί τέλους να αποδείξει;

Ποιος θα νοιαζόταν αν τα κατάφερνε; Ποιος θα καταλάβαινε αν εγκατέλειπε;

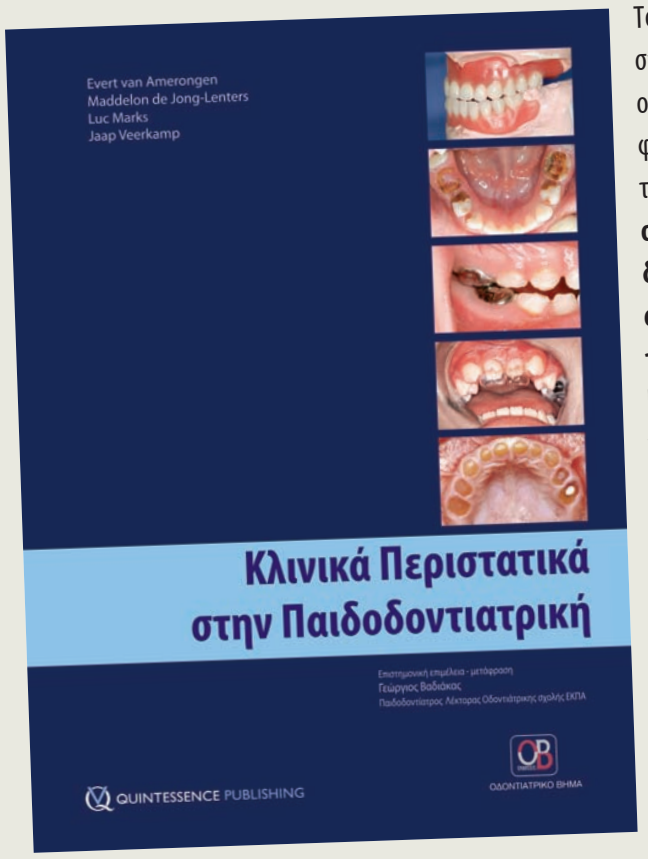
Εκεί, στην τελευταία στροφή του πάρκου, ένα τελευταίο χειροκρότημα έδωσε καινούργιο κουράγιο στις ασθμαίνουσες δυνάμεις του. Επί τέλους, υπήρχε ακόμα κάποιος εκεί να του συμπαρασταθεί. Κάποιος στεκόταν δίπλα του, την ώρα που τον χρειαζόταν περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο βάλσαμο. Κάποιος, έτοιμος να του μεταγγίσει το δικό του ανεξάντλητο σθένος. Στράφηκε να τον ευχαριστήσει. Και τότε τον πρόσεξε. Καθισμένο στο αναπηρικό καροτσάκι. Με τα πόδια παράλυτα.

Με τα χέρια να δονούνται σ' ένα ηχηρό χειροκρότημα. Με το βλέμμα αποφασιστικό. Με τη θέληση ακαταμάχητη, να ζήσει πάση θυσία, παρά τις

αντιξοότητες. Με τη διάθεση να βοηθήσει τους άλλους στο δικό τους αγώνα. Τερμάτισε με τα χέρια ψηλά. Γεμάτος εμπιστοσύνη στις ανθρώπινες ψυχικές δυνάμεις. Ξέχειλος από χαρά.

Κλινικά Περιστατικά στην Παιδοδοντιατρική

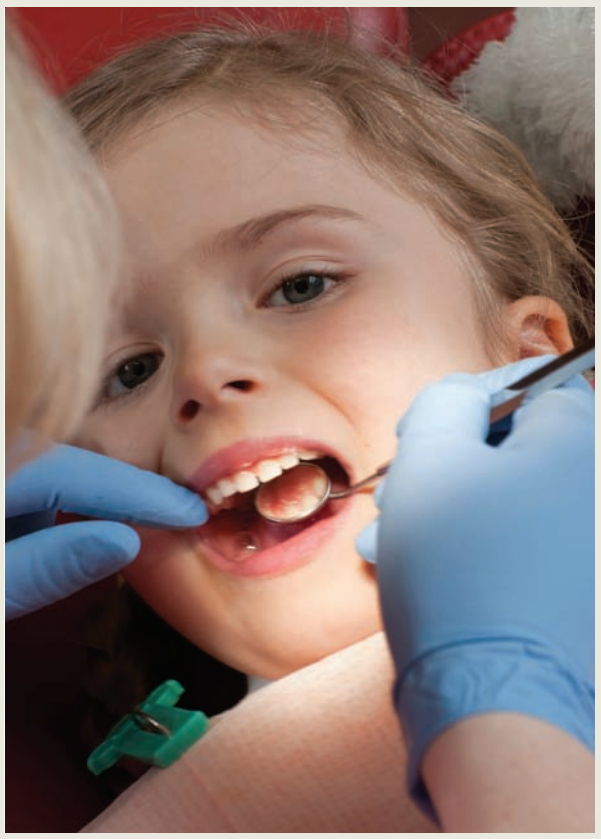
Από τη διάγνωση... στην αντιμετώπιση



Το βιβλίο *Κλινικά Περιστατικά στην Παιδοδοντιατρική* περιλαμβάνει μια σειρά περιστατικών και καταγράφει ένα σύνολο προβλημάτων που προέκυψαν κατά την οδοντιατρική θεραπεία παιδιών διαφορετικής ηλικίας. Με περισσότερες από 300 φωτογραφίες και ακτινογραφίες, άριστη οργάνωση του υλικού και όλες τις απαραίτητες βιβλιογραφικές αναφορές, **παρέχει χρήσιμες συμβουλές μαζί με μια δέσμη προτάσεων για την αντιμετώπιση κλινικών προβλημάτων στην παιδοδοντιατρική, αποτελώντας εργαλείο στα χέρια του παιδοδοντιάτρου αλλά και κάθε οδοντιάτρου που ασχολείται –έστω και περιστασιακά– με τη θεραπεία παιδιών.**

Πρόκειται για μια διαφορετική προσέγγιση στο πλαίσιο της κλινικής παιδοδοντιατρικής, η οποία εστιάζεται στην επιλεκτική παρουσίαση ολοκληρωμένων κλινικών περιστατικών – από τη διάγνωση, τις θεραπευτικές ενδείξεις και τις θεραπευτικές επιλογές μέχρι την επανεξέταση, τη μακροχρόνια παρακολούθηση και την πρόγνωση. **Είναι μια προσέγγιση που καθιστά το συγκεκριμένο σύγγραμμα μοναδικό στο χώρο του.**

Το βιβλίο *Κλινικά Περιστατικά στην Παιδοδοντιατρική* (Case Reports in Pediatric Dentistry) των εκδόσεων **Quintessence**, σε επιστημονική επιμέλεια του **Evert van Amerongen**, **κυκλοφόρησε για πρώτη φορά το 2009 στη Γερμανία και τώρα μπορείτε να το προμηθευτείτε μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα από τις Εκδόσεις «Ο.Β.».**



Ο Δρ **Evert van Amerongen** είναι επικεφαλής του Τμήματος Παιδοδοντολογίας του Τομέα Παθολογίας Σκληρών Οδοντικών Ιστών και Στοματικής Μικροβιολογίας στο Ακαδημαϊκό Κέντρο Οδοντιατρικής του Άμστερνταμ (ACTA), στην Ολλανδία.
Μετάφραση-επιμέλεια: **Γεώργιος Βαδιάκας**, Παιδοδοντίατρος, Λέκτορας Οδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Τιμή 85 €

Επικοινωνήστε μαζί μας και θα τα λάβετε ταχυδρομικώς στο ιατρείο σας

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Ζωοδόχου Πηγής 54 106 81 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3809 495 e-mail: odvima@otenet.gr

«Η Ελλάδα είναι παντού»...

Του **Παντελή Μπουκάλα**

Μόλις πρωτοείδα το σλόγκαν «Η Ελλάδα είναι παντού» γραμμένο στο λεωφορείο που χρησιμοποιούσε η ποδοσφαιρική μας Εθνική για τις μετακινήσεις της στις πόλεις της Νότιας Αφρικής, το μυαλό μου πήγε στον πολυταξιδεμένο Νίκο Καββαδία και τη «Βάρδια» του. Θυμάται λοιπόν και αφηγείται στους συντρόφους του ένα από τα πρόσωπα αυτού του εξαιρετικού πεζογραφήματος:

«Ημουνα ναύτης τότε μ' ένα του Κούπα. Νιάνιαρο. Πιάσαμε κει πάνου σ' ένα νησί από δαύτα, για δέρματα. -Εξυσε το κούτελό του - Δε θυμάμαι πώς το λέγανε... Κόσκα... Κίσκα.... Ετσι κάπως. Κρύο. Κατούραγες και δεν πρόφταινε να φτάσει κάτου. Πάγωνε στον αγέρα. Πόρτο να σου πετύχει! Κάτι αποθήκες σκεπασμένες με τσίγκο. Ούλο νύχτα. Πώς να κοιμηθείς στην πλώρη... Βγήκαμε πεντέξι Κεφαλονίτες παρέα. Πίσω από τις αποθήκες ανακαλύψαμε ένα χαμηλό σπίτι, μ' ένα φανάρι κρεμασμένο, που 'γραφε: Spirits and wines, smoke and matches. Για γυναίκες δεν έλεγε. Μας άνοιξε ντυμένος βαριά, σα Σκιμώος. Κάτι τεράστια μουστάκια ξεπετιόνταν άγρια από το φασκιωμένο μούτρο του. "Sit down Sorrs", μας είπε σα να μας έβριζε. Καθίσαμε σε κάτι μπάγκους μπρος σ' ένα χαμηλό τραπέζι και του παραγγείλαμε μια μποτίλια πιοτό. Το πάτωμα ήταν στρωμένο ροκανίδι. Κάνα δυο ράφια με σκονισμένες μποτίλιες, στον τοίχο. Πάτησε σ' ένα σκαμνί για να φτάσει το ράφι. Γλίστρησε, να κατάφερε να μην του φύγει η μποτίλια απ' τα χέρια.

"– Πού σας γεννόσπερνε, παλιοκερατάδες Εγγλέζοι. Σκατά στην ψυχή του Μέτελα... Το χάβαρο που σας πέταγε. Κι εσάς και τη μονέδα και την παντιέρα σας".

Πέσαμε κάτω και κυλιόμαστε ξεροί από τα γέλια. Τα 'χασε.

"– Από πού 'σαι μπάρμπα;"

"Μπαρμπαριά και Τούνεζι να σας κόψει. Από την Κεφαλονιά. Γιατί, ωρέ;"

Τσακίστηκε να μας περιποιηθεί, μα δεν έπαψε στιγμή να βλαστημά. Μας ρώτησε και για τα τριακόσια εξήντα τρία χωριά. Είχε φύγει εικοσάρης. Είχε γυρίσει όλο τον κόσμο κι είχε κατασταλάξει σε κειο το νησί. Γέρος πια.

"– Εδώ θα πεθάνω, μας είπε. Δεν θα ξαναδώ Δειληνάτα. Στον πάγο θα με χώσουνε και δε θα λιώσω.

– Και γιατί δε γυρίζεις στην πατρίδα;

– Για το αντί... μας αποκρίθηκε. Τρεις καθάρισα σε μια νύχτα.

– Δε σε πιάνει ο νόμος, του 'παμε, έπειτ' από τόσα χρόνια.

– Να χέσω το νόμο, φώναξε. Η Κεφαλονιά έχει τον δικόνε της νόμο κι εκειός με πιάνει. Ο νόμος τση φαλτσέτας. Δεν πάω πουθενά"».

Κεφαλονίτης μιλάει, Κεφαλονίτης γράφει, ελευθερωμένος είναι φυσικά ο λόγος και νόστιμος, τι άλλο. Να τος λοιπόν ο Ελληνας, με το μαγαζάκι του στο νησί Κίσκα, μια εκ των Αλεουτίων Νήσων της Αλάσκας, να βρίζει τον Μέτελα, τον Μέτλαντ δηλαδή, τον Αγγλο αρμοστή των Ιονίων Νήσων, και να εξηγεί πώς βρέθηκε στην ανάγκη να ξενιτευτεί, να γνωρίσει τα τέσσερα πέρατα του κόσμου και να αναζητήσει τελικά απάγκιο στον Βόρειο πόλο· ένα τριπλό φονικό ήταν η αιτία. Ο γείτονάς του, ο Ιθακήσιος Οδυσσέας (που κάποιοι από τους μελετητές ή και ανασχεδιαστές του παρελθόντος τον θέλουν κι αυτόν Κεφαλονίτη), βρέθηκε για άλλο λόγο είκοσι χρόνια μακριά από το νησί του, για να μας κληροδοτήσει έτσι το πρότυπο του ακόρεστου για εμπειρίες ταξιδευτή, προς το οποίο τείνουμε ή τέλος πάντων θέλουμε να πιστεύουμε ότι τείνουμε. Να, ένας βεβαιωμένα συντοπίτης του ήρωα του Καββαδία, ο Κωνσταντίνος Γεράκης, γεννημένος στην Κεφαλονιά το 1647, μπάρκαρε σε μικρή ηλικία, βρέθηκε στο Λονδίνο, έμαθε γλώσσες και λογιστικά, υπηρέτησε στο Μαδράς στην «Εταιρεία των Ανατολικών Ινδιών», αλλά οι φιλοδοξίες του δεν έμεναν ικανοποιημένες· επιδόθηκε λοιπόν στην παράνομη ναυτιλία, ναυάγησε στα νερά του Σιάμ (τη σημερινή Ταϊλάνδη), αιχμαλωτίστηκε, αιχμαλώτισε με τη σειρά του, και χάρη στις γνώσεις και τη γλωσσομάθειά του, τον πρωθυπουργό της χώρας, ανέλαβε τα οικονομικά του κράτους, άσκησε καθήκοντα πρωθυπουργού και αντιβασιλιά, ώσπου, ύστερα από μια εξέγερση, συνελήφθη, βασανίστηκε και θανατώθηκε. Και για να μην ξεμακρύνουμε από τα νερά του Ιονίου, ας θυμηθούμε άλλον έναν κοσμογυρισμένο, τον Λευκάδιο Χερν: Γεννήθηκε στη Λευκάδα το 1850 από πατέρα Ιρλανδό και μητέρα Ελληνίδα, από σπουδαία οικογένεια των Κυθήρων, έφυγε μικρός από το νησί για να πάει στο Δουβλίνο, βρέθηκε έπειτα στην Αμερική και τις Δυτικές Ινδίες και καταστάλαξε στην Ιαπωνία. Με το καινούργιο του όνομα, Γιάκουμο Κοϊζούμι, και βουδιστής πια, αναγνωρίστηκε με τα χρόνια ως εθνικός συγγραφέας της μακρινής χώρας. Ιδού λοιπόν ένας πολυτάραχος βίος που θέτει σε πραγματικές βάσεις το ερώτημα αν γεννιέται κανείς Ελληνας (ή Ιρλανδός ή Ιάπωνας κ. ο. κ.) ή αν γίνεται.

> "Κι ακόμα και αν παραβλέψουμε ότι στην περίοδο που διανύουμε το όνομα «Ελλάδα» δεν έχει καλό ήχο στα αυτιά αρκετών λαών, ή τουλάχιστον των ηγετών τους (σαν χώρα της οκνηρίας, του μικρομεγαλισμού και της διαφθοράς δεν μας προσδιορίζουν, άδικα έστω και αυθαίρετα;), και πάλι δεν έχουμε σπουδαίους λόγους να πιστεύουμε ότι το όνομα «Ελλάδα» το διαβάζουν όλοι με τον δικό μας τρόπο και του δίνουν όλοι την αξία με την οποία το προικίζουμε εμείς."

Βιογραφικά σαν του Κεφαλονίτη του Καββαδία ή του Γεράκη και του Λευκάδιου Χερν θα μπορούσε να βρει κανείς αμέτρητα. Οι άνθρωποι, όχι μόνο οι Ελληνες, βρίσκονται σε διαρκή κίνηση, ατομική ή μαζική, εκούσια ή καταναγκαστική. Ο πόλεμος (κατακτητικός ή αμυντικός), η κατοχή της πατρίδας σου, η φτώχεια, αλλά και ο τυχοδιωκτισμός, ο κοσμοπολιτισμός, η καθαυτό όρεξη της φυγής, γράφουν αέναα διαδρομές πάνω στην υδρόγειο. Και οι άνθρωποι και υπηκοότητα αλλάζουν και σε άλλη θρησκεία μπορεί να αφιερωθούν και τη γλώσσα τους να ξεχάσουν από γενιά σε γενιά μετανάστευσης ή διασποράς. Ορισμένοι ριζώνουν και προκόβουν στη νέα πατρίδα τους, κάποιοι πνίγονται από τους καημούς της ξενιτιάς και τη νοσταλγία, οι περισσότεροι ζουν για χρόνια σαν πολίτες δεύτερης κατηγορίας· δεν έχει πολλά σενάρια η ιστορία και ο μαζικός βίος.

Το «Η Ελλάδα είναι παντού» λοιπόν έχει την αλήθεια του, αλλά ούτε αποκλειστικό γνώρισμα ή προνόμιο και αποδεικτικό ανωτερότητας της Ελλάδας και των Ελλήνων είναι (κι άλλες χώρες, πολλές, κι άλλοι λαοί έχουν αφήσει τα σημάδια τους σε κάθε γωνιά του πλανήτη) ούτε αυτές οι όπου γης εστίες, μικρές και μεγάλες, συστήνουν έναν καβαφικό «ελληνικό καινούργιο κόσμο, μέγα». Κι ακόμα και αν παραβλέψουμε ότι στην περίοδο που διανύουμε το όνομα «Ελλάδα» δεν έχει καλό ήχο στα αυτιά αρκετών λαών, ή τουλάχιστον των ηγετών τους (σαν χώρα της οκνηρίας, του μικρομεγαλισμού και της διαφθοράς δεν μας προσδιορίζουν, άδικα έστω και αυθαίρετα;), και πάλι δεν έχουμε σπουδαίους λόγους να πιστεύουμε ότι το όνομα «Ελλάδα» το διαβάζουν όλοι με τον δικό μας τρόπο και του δίνουν όλοι την αξία με την οποία το προικίζουμε εμείς. Δεν έχουμε, ας πούμε, λόγους να πιστεύουμε ούτε πως οι σημερινοί Πέρσες οφείλουν να διδάσκουν τα παιδιά τους ότι ο Μεγαλέξανδρος εκπολίτισε τους προγόνους τους ούτε ότι οι σημερινοί μετανάστες, όσοι μάλιστα αδικούνται κατάφωρα, θα επιστρέψουν κάποτε στη γενέτειρά τους σαν διαφημιστές της ελληνικής φιλοξενίας και σποροείς του «ελληνικού πνεύματος». Την αντίληψη ενός λαού για κάποιον άλλον τη σχηματίζει η ιστορία και όχι η αυτοδικαιωτική φυλετική ή εθνική μυθοπλασία. Ας ελπίσουμε τουλάχιστον ότι το σλόγκαν «Η Ελλάδα είναι παντού» δεν το υπαγόρευσαν όσοι, εγκάθειρκτοι της ιδεοληψίας τους, είναι πεπεισμένοι ότι ο κόσμος όλος είναι ένα υποπόδιο του αυτοκρατορικού ποδός μας.

Αναδημοσίευση από την εφημερίδα «Η Καθημερινή» με τη σύμφωνη γνώμη του συγγραφέα.

Β' πρακτικό σεμινάριο

Στοιχεία επικοινωνίας στην οδοντιατρική πράξη- διερευνώντας τον πλούτο της θεραπευτικής σχέσης

Η Στοματολογική Εταιρεία της Ελλάδος διοργανώνει το Σάββατο 13 Νοεμβρίου 2010 εισαγωγικό σεμινάριο στην επικοινωνία, διάρκειας τεσσάρων ωρών, στο Επιστημονικό Κέντρο της Εταιρείας, Καλλιρρόης 17 Αθήνα. Σκοπός του σεμιναρίου είναι να βοηθήσει τους εκπαιδευόμενους να γνωρίσουν και να διερευνήσουν την πολυπλοκότητα της θεραπευτικής σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ οδοντιάτρου και ασθενούς. Στη διάρκειά του, οι εκπαιδευόμενοι θα έχουν την ευκαιρία να κατανοήσουν πώς αυτή η σχέση εκδηλώνεται και πώς η κάθε πλευρά την αντιλαμβάνεται. Οι εκπαιδευτικές μέθοδοι που θα αξιοποιηθούν είναι: διάλεξη, συζήτηση, ομαδική εργασία -ανά ζεύγη ή σε μικρές ομάδες-, παρουσίαση ταινίας και αναπαράσταση.

Εκπαιδευτικοί στόχοι του σεμιναρίου είναι οι συμμετέχοντες να αναγνωρίζουν τα στοιχεία επικοινωνίας που θα τους βοηθήσουν να ανταποκρίνονται καλύτερα στις απαιτήσεις της θεραπευτικής σχέσης και να εκτιμήσουν τις προσωπικές τους επικοινωνιακές δεξιότητες που χρειάζονται ενδυνάμωση και υποστήριξη.

Το σεμινάριο αποτελείται από δύο ενότητες: τη θεωρητική, όπου αναλύονται βασικές αρχές της επικοινωνίας και η εφαρμογή τους στην οδοντιατρική πράξη και την πρακτική, όπου -μέσα από βιωματικές ασκήσεις- προσεγγίζονται τα θέματα που αναφέρθηκαν στην πρώτη ενότητα.

Υπεύθυνος του σεμιναρίου είναι ο οδοντίατρος. εκπαιδευτής του Ινστιτούτου Επιμόρφωσης του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, με αντικείμενο την επικοινωνία και τη διαχείριση συγκρούσεων Δημήτρης Δημητριάδης και Συνεργάτης η οδοντίατρος Θάλεια Κωστοπούλου που έχει μετεκπαιδευτεί στην Κινητή Προσθετική (Msc, Eastman Dental Hospital) και διετέλεσε εξωτερικός συνεργάτης στην κλινική Κινητής Προσθετικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ο αριθμός των συμμετεχόντων θα είναι 24 άτομα .Λόγω του περιορισμένου αριθμού συμμετεχόντων, θα τηρηθεί αυστηρά σειρά προτεραιότητας. Θα χορηγηθούν πιστοποιητικό παρακολούθησης και σημειώσεις.