



παιδοδοντία

ΤΕΤΡΑΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΤΟΜΟΣ 32 • ΤΕΥΧΟΣ 1 • ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2019



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Περίληψεις 44ου Πανελλήνιου Συνεδρίου
Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας

- Κατευθυνόμενο Επιστημονικό Πρόγραμμα
- Ελεύθερο Επιστημονικό Πρόγραμμα



ΕΠΑΙΝΟΣ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

Quarterly publication of the Hellenic Society of Paediatric Dentistry



Volume 32 • number 1 • January - April 2019



παιδοδοντία

ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Τόμος 33, Τεύχος 1, 2019

Ιδρυτής: Νικόλαος Γ. Μπαλτάς (1919 - 2007)

Διοικητικό Συμβούλιο Ελληνικής

Παιδοδοντικής Εταιρείας

Σ. Γκέκη, Πρόεδρος

Γ. Βαδιάκας, Μέλλων Πρόεδρος

Ε. Συρράκου Γεν. Γραμματέας

Τ. Τριανταφύλλου, Ταμίας

Α. Αγουρόπουλος, Μέλος

Δ. Αποστολοπούλου, Μέλος

Σ. Γκουρτσγιάννη, Μέλος

Δ. Λυρατζοπούλου, Μέλος

Διαχειριστής Ιστοτόπου Ελληνικής

Παιδοδοντικής Εταιρείας

Δ. Λυρατζοπούλου

Διευθυντής Σύνταξης

Σ. Γκιζάνη, Γ. Βαδιάκας

Αναπληρωτής Διευθυντής Σύνταξης:

Κ. Αραποστάθης

Συντακτική Επιτροπή:

Κ. Διβάρης

Α. Κακάμπουρα

Ν. Κοτσάνος

Α. Σκλαβούνου

Δ. Τζιαφάς

Α. Τσάμης

Ηλεκτρονική Σελιδοποίηση:

Δημ. Βελλινιάτη Τηλ. 210 6818815

Η «Παιδοδοντία» εκδίδεται σε 3 τεύχη το χρόνο με την Επιστημονική Επιβλέψη της Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας, Οδοντιατρική Σχολή, Παν/μιου Αθηνών Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής Θηβών 2 - Γουδί, Αθήνα 11527 Τηλ. - Fax: 210 74.61.207

Περιεχόμενα

Περίληψεις 43ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας

• Κατευθυνόμενο Επιστημονικό Πρόγραμμα

Προσυνεδριακό Σεμινάριο.....5

Στρογγυλά Τραπέζια.....6

Εισηγήσεις.....9

Πρακτικό Σεμινάριο.....15

• Ελεύθερο Επιστημονικό Πρόγραμμα

Ελεύθερες Ανακοινώσεις.....16

Αναρτημένες Ανακοινώσεις.....19



Ελληνική Παιδοδοντική Εταιρεία
Hellenic Society of Paediatric Dentistry

44ο Πανελλήνιο Παιδοδοντικό Συνέδριο

27-29 Σεπτεμβρίου 2019

Μουσείο Μπενάκη,
Πειραιώς 138



Με τη Συνεργασία
του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής



ΠΡΟΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

Advances and innovations in the management of occlusion in children and adolescents: Treating the Developing Occlusion with confidence and precision

Epstein M.

Former Clinical Associate Professor, Department of Orthodontics, New York University, College of Dentistry. Diplomate of the American Board of Orthodontics

A key part of the role of the Pediatric Dentist is to understand the developing occlusion of their young patients and to be able to recognize abnormalities which may lead to malocclusions. These malocclusions may occur in any of the three major planes of space, namely the transverse, the vertical or the sagittal. A well educated Pediatric Dentist will recognize these abnormalities. An exceptional Pediatric Dentist will not only recognize these problems but will also be capable of treating them with confidence and precision.

The purpose of my presentation will be to ascertain which malocclusions to treat and which should not be treated in the younger formative dentition. There have been numerous advances and innovations in the early intervention of orthodontic treatment in the mixed dentition.

The most dramatic problems or abnormalities are easily noticed by the parents and frequently the first question posed to the Pediatric Dentist is what can be done about this.

The VERTICAL OPEN BITE is one of the most obvious of these problems. It may present as the result of finger habits or tongue position or other causes. It may be related to transverse problems and thus may be truly multifactorial in nature. [see Figure #1]



FIGURE #1: SIX EXAMPLES OF VERTICAL OPEN BITES IN THE DEVELOPING MIXED DENTITION

There is a multitude of ways to treat these developing malocclusions. We will review the best and most effective ways to solve these problems.

The next most noticeable challenge is the CLASS III SAGITTAL PROBLEM. This is also obvious to the parents and will also elicit the questions and concerns of the parents. Some of these problems may be effectively treated in the mixed dentition and others may involve a more intensive treatment in the full adolescent dentition. These developing Class III malocclusions may also be made more difficult with the addition of a vertical problem such as open bite or deep bite component. These patients may also present with a transverse component as part of the developing malocclusion. [see Figure #2]



FIGURE #2 TOP ROW: THREE EXAMPLES OF CLASS III MALOCCLUSIONS WITH OPEN BITE COMPONENT. BOTTOM ROW: THREE EXAMPLES WITH COMPLETE DEEP BITE COMPONENT

Understanding these developing malocclusions is part of the roll of the Pediatric Dentist. We will explore numerous treatment options in the mixed dentition.

Another part of the role of the Pediatric Dentist is to evaluate the radiographs of the developing dentition and identify possible indications of developing occlusion problems such as IMPACTED CANINES. A large majority of these are maxillary impacted canines. Do we start with early treatment or do we wait to treat in the full adolescent dentition? Many of these patients may also present with transverse narrow maxillary arch development requiring

palatal expansion. These questions will be explored in my presentation. [see Figure #3]

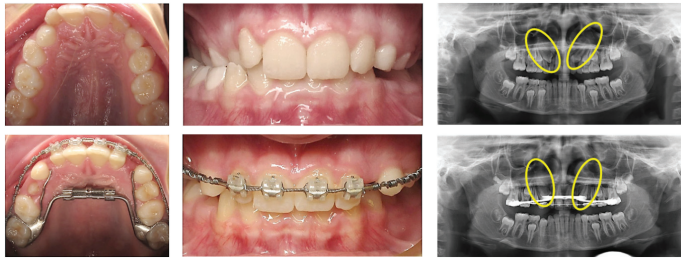


FIGURE #3: PATIENT WITH MAXILLARY IMPACTED CANINES IN THE MIXED DENTITION AND APPLIANCE THERAPY CORRECTION

The culmination of the evaluation of the developing dentition is SPACE ANALYSIS. Simply stated, it is the comparison between the space required to align the full dentition and the available space present. We will explore which dentitions require space maintenance and which may require space regaining. There are numerous situations that require the skillful use of orthodontic appliances to solve these problems. [see Figure #4]



**FIGURE #4 TOP ROW: THREE EXAMPLES OF SPACE REGAINING WITH FIXED APPLIANCES
BOTTOM ROW: TREATMENT SHOWING THE VALUE OF FIXED SPACE MAINTENANCE IN THE MANDIBULAR ARCH**

We are now fully immersed in the digital era of dentistry, with the advent of digital scanning, sophisticated software programs, 3-D printing and the integration of CBCT. We may choose to be on the leading cutting edge of this technology or cautiously follow. Adapting to the digital era can help us maximize our ability to provide optimal state of the art treatment for our patients. I will introduce you to some of these advancements during the presentation.

As the Greek philosopher Heraclitus noted in 500 B.C.: the only constant in life is change.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΑ ΤΡΑΠΕΖΙΑ

Σύγχρονες Θεραπευτικές προσεγγίσεις σε βαθιές τερηδονικές βλάβες νεογιλών και νεαρών μονίμων δοντιών.

Συντονίστρια: Σ. Γκιζάνη¹

Εισηγητές: Αγουρόπουλος Ανδρέας², Βαδιάκας Γιώργος³, Εμμανουήλ Δημήτρης⁴

¹ Αναπλ. Καθηγήτρια & Διευθύντρια Εργαστηρίου Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

² Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

³ Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

⁴ Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Ο Παιδοδοντίατρος καθημερινά αντιμετωπίζει τερηδονικές βλάβες σε νεογιλά και νεαρά μόνιμα δόντια, πολλές από τις οποίες είναι αρκετά εκτεταμένες. Εκτός από τους κλασσικούς τρόπους αντιμετώπισης των περιστατικών αυτών, σήμερα υπάρχουν εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας για ανάλογες περιπτώσεις, βασισμένες στις εξελίξεις της τεχνολογίας των οδοντιατρικών υλικών αλλά και στην καλύτερη κατανόηση των βιολογικών αρχών που σχετίζονται με τη συμπεριφορά των οδοντικών ιστών.

Οι εκτεταμένες τερηδονικές βλάβες στα νεογιλά δόντια παραδοσιακά αντιμετωπίζονται με πολυτομή – συνήθως με φορμοκρεσόλη ή θειικό σίδερο – ενώ στα νεαρά μόνιμα με άμεση κάλυψη πολφού ή ενδοδοντική θεραπεία με υδροξείδιο του ασβεστίου, έχοντας στόχο την ακροριζική απόφραξη (apexification) ή την ακροριζογέννεση (apexogenesis). Σήμερα νεότερα υλικά όπως το MTA ή διάφοροι βιοενεργοί ύαλοι φαίνεται ότι έχουν καλύτερες βιολογικές ιδιότητες και προάγουν την επούλωση πολφικού ιστού με εκτεταμένη φλεγμονή και την αναγέννηση του. Για την αποκατάσταση της μύλης το αμάλγαμα, οι σύνθετες ρητίνες, οι υαλοϊονομερείς κονίες και οι ανοξείδωτες στεφάνες αποτελούν τα κλασσικά υλικά. Σήμερα η τεχνολογία έχει συμβάλει στην δημιουργία αισθητικών υλικών αποκατάστασης με βελτιωμένες ιδιότητες, βιοενεργά υλικά και αισθητικές στεφάνες.

Οι σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως ή

άμεση κάλυψη σε νεογιλά δόντια, η πολυφοτομή σε νεο-
ρά μόνιμα με μη αντιστρεπτή φλεγμονή αλλά και η χρήση
υλικών όπως ο οδοντοκλινικός φθοριοχικός άργυρος φαίνεται
να έχουν όλο και περισσότερη επιστημονική τεκμηρίωση
για την αποτελεσματικότητα τους. Ωστόσο η αποδοχή και
εφαρμογή τους από τους οδοντίατρους είναι ακόμα σχετικά
περιορισμένη. Το θέμα του κόστους/οφέλους το οποίο εί-
ναι καθοριστικός παράγοντας αποδοχής του σχεδίου θερα-
πείας, επηρεάζεται σαφώς από το πλαίσιο που παρέχονται
οι συγκεκριμένες θεραπείες σε δημόσια ή ιδιωτικά ιατρεία.

Σκοπός του στρογγυλού τραπεζιού είναι παρουσιαστούν
οι κλασικές και οι σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις
για την αντιμετώπιση των βλαβών με εμπλοκή πολφού
αλλά και της αποκατάστασης των δοντιών με εκτεταμένη
καταστροφή μύλης. Επίσης θα παρουσιαστούν η διαγνω-
στική μεθοδολογία και ο τρόπος λήψης αποφάσεων για
την επιλογή των υλικών καθώς και η αποδοχή θεραπείας,
η ικανοποίηση από τα παιδιά και τους γονείς σχετικά με
τις διάφορες μεθόδους θεραπείας και η σχέση κόστους/
οφέλους των σύγχρονων υλικών και τεχνικών.

Εστιάζοντας στον “Άνθρωπο” Οδοντίατρο -Παιδοδοντίατρο. Διεπιστημονική προσέγγιση των προβλημάτων που σχετίζονται με την άσκηση της Παιδοδοντιατρικής.

Συντονίστρια: Γκέκη Σ.¹

Εισηγητές: Μέλλος Λ.², Μιχαήλ Ξ.³, Νιώτης
Ν.⁴, Σεκούρης Ν.⁵

¹ Παιδοδοντίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης
Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

² Ψυχίατρος – Ψυχοθεραπευτής, Α' Ψυχιατρική Κλινική
ΕΚΠΑ-ΟΚΑΝΑ

³ Φυσίατρος, Ομότιμη Καθηγήτρια Ιατρικής Αποκατάστασης

⁴ Life & Business Coach

⁵ Ορθοπεδικός – Χειρουργός Επιμελητής Β' ΓΝΑ, “ΚΑΤ”

Οι μυοσκελετικές διαταραχές αποτελούν ένα από τα
πιο έντονα προβλήματα υγείας που σχετίζονται άμεσα με
την άσκηση της οδοντιατρικής. Σε πρόσφατη μελέτη, το
81,4% των οδοντιάτρων που συμμετείχαν σε σχετικές έρευ-
νες, εμφάνισαν μυοσκελετικές διαταραχές (MSDs), κυρίως
στον αυχένα, στο κάτω άκρο της πλάτης ή στους ώμους.

Η οσφυαλγία, η τενοντίτιδα του στροφικού πετάλου του
ώμου, η τενοντίτιδα και το σύνδρομο του καρπιαίου σωλή-
να είναι οι συχνότερες ορθοπεδικές παθήσεις των επαγ-
γελματιών οδοντιάτρων.

Η πρόληψη και η συντηρητική αποκατάσταση των μυ-
οσκελετικών διαταραχών επιτυγχάνονται με την σωματική
δραστηριότητα, όπως η άσκηση ή οι θεραπευτικές τεχνικές
αποκατάστασης. Οι τροποποιήσεις με αποτέλεσμα την επί-
τευξη εργονομίας στον χώρο του οδοντιατρείου και οι εργ-
γονομικές στάσεις εργασίας μπορούν να βοηθήσουν στην
μείωση της επίδρασης των μυοσκελετικών διαταραχών.

Όταν μια οσφυαλγία επιμένει λόγω δισκοκήλης, μπο-
ρεί να αντιμετωπιστεί με ενδοσκοπική δισκεκτομή. Στην
περίπτωση επιμένουσας τενοντοπάθειας επί εδάφους ρή-
ξης του υπερακανθίου του ώμου συνιστάται αρθροσκοπική
αποκατάσταση. Το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα αντι-
μετωπίζεται με τοπική αναισθησία και διάνοιξη του εγκάρ-
σιου συνδέσμου.

Οι παιδοδοντίατροι, ως μέλη της ευρύτερης ιατρικής
κοινότητας που παρέχουν υπηρεσίες σε ευαίσθητα ηλι-
κιακά άτομα, συχνά εμφανίζουν διάφορες σωματικές και
ψυχικές διαταραχές. Αυτές συνδέονται με πολλούς πα-
ράγοντες, όπως τη φύση της εργασίας τους, τις ιδιαίτερες
ανάγκες των ατόμων που χειρίζονται, τα χαρακτηριστικά
της προσωπικότητάς τους κ.α.

Οι αγχώδεις διαταραχές (κρίσεις πανικού, γενικευμένη
αγχώδης διαταραχή, σωματοποίηση), η κατάθλιψη, η κα-
τάχρηση, νόμιμων ή μη, εθιστικών ουσιών, καθώς και το
σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out) παρα-
τηρούνται ως τα συνηθέστερα ψυχικού τύπου προβλήματα.
Οι καταστάσεις αυτές μπορούν σε κάποιες περιπτώσεις να
επηρεάσουν σοβαρά τη λειτουργικότητα του ατόμου και να
δυσχεράνουν την άσκηση του επαγγέλματος. Ως εκ τούτου
απαιτείται ειδική θεραπευτική αντιμετώπιση, ψυχολογικού
ή και φαρμακευτικού τύπου, ανάλογα με την βαρύτητα.

Υπάρχουν τρόποι να διαχειριστούμε την εργασιακή
εξουθένωση και εξάντληση με κύριο άξονα την βαθιά επί-
γνωση του που βρισκόμαστε σε σχέση με τους στόχους της
ζωής μας, αλλά και τους πόρους που διαθέτουμε ανά πάσα
στιγμή στην προσπάθειά μας αυτή.

Ουσιαστικά καλούμαστε να εναρμονιστούμε με τις
πραγματικές δεξιότητές μας, τις ανάγκες μας και τους προ-
σωπικούς μας στόχους, ώστε να προχωράμε συνειδητά

στον δρόμο της σταδιοδρομίας και της προσωπικής ζωής, της απόλαυσης του δώρου της ύπαρξης συνολικά.

Νεότερα για τις ανωμαλίες των σκληρών οδοντικών ιστών

Συντονιστής: Κοτσάνος Ν.¹

Εισηγητές: Αληφακιώτη Ε.², Αραποστάθης Κ.³, Αρχάκης Α.⁴, Κοτσάνος Ν.⁵, Χαρίση Χ.⁶

¹ Καθηγητής & Διευθυντής Εργαστηρίου Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

² Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

³ Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

⁴ Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

⁵ Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Ο σχηματισμός και η ανάπτυξη των σκληρών οδοντικών ιστών ρυθμίζεται σε μοριακό επίπεδο ενώ δέχεται έντονες και πολυάριθμες περιβαλλοντικές επιδράσεις. Ταυτόχρονα πολλά γονίδια εμπλέκονται στην ανάπτυξη των δοντιών ενώ πολλά από αυτά σχετίζονται με τις ποικίλες αναπτυξιακές τους διαταραχές. Η γνώση ταξινόμησής τους και τρόπου με τον οποίο επηρεάζονται οι οδοντικοί ιστοί επιτρέπει τον κλινικό οδοντίατρο να επιλέξει τις πλέον κατάλληλες θεραπευτικές επιλογές και προσεγγίσεις για διαταραχές αριθμού, μεγέθους, μορφής των δοντιών αλλά και δυσπλασίες της δομής των οδοντικών ιστών, οι οποίες και θα παρουσιαστούν.

Όσον αφορά τις τελευταίες, όπως άρχισε να αναδεικνύεται την προηγούμενη δεκαετία, μακράν οι συχνότερες αφορούν βλάβες τύπου Υπεναλάτωσης Γομφίων Τομέων (MIH, molar incisor hypomineralization) με παγκόσμια μέση συχνότητα 14%, οι οποίες έχουν παρατηρηθεί και σε νεογιλά δόντια. Έχει μάλιστα οριστεί στη δεκαετία που διανύουμε μια ιδιαίτερη κλινική οντότητα, η υπεναλάτωση 2ων νεογίων γομφίων (HSPM). Υπάρχει μεγάλη αλληλεπικάλυψη στο χρόνο ενασβεστίωσης της αδαμαντίνης των εν λόγω δοντιών με αυτόν των 1ων μόνιμων γομφίων και το HSPM θεωρείται προγνωστικός παράγοντας για το MIH. Παράλληλα υπάρχουν ευρήματα για ανάλογες βλάβες, συνήθως πιο ήπιες βαρύτητας και στα άλλα μόνιμα δόντια. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει παρόμοια αιτιολογία με βάση

περιβαλλοντική, με διαφορετικό πιθανό χρόνο δράσης, αλλά διερευνώνται και άλλοι οικογενείς/γενετικοί παράγοντες. Τα κριτήρια της EAPD για τη διάγνωση του MIH, έχουν υιοθετηθεί και για το HSPM και κλινικά, οι δύο καταστάσεις εμφανίζονται ως λευκές/κιτρινοκαφέ κηλίδες με σαφή όρια, απόσπαση αδαμαντίνης, άτυπες τερηδονικές βλάβες/εμφράξεις, και πρώιμες εξαγωγές. Σε μικροσκοπικό επίπεδο, η ιστολογική και χημική ανάλυση των δοντιών αυτών αποκαλύπτει σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην υγιή και την υπεναλατωμένη αδαμαντίνη των νεογίων γομφίων, με παρόμοια υφή μεταξύ των υπεναλατωμένων νεογίων και μόνιμων γομφίων, όπως προκύπτει και από εργασίες που έχουν γίνει στα πλαίσια Διπλωματικών εργασιών Παιδοδοντιατρικής του ΑΠΘ.

Ακόμα πιο πρόσφατα, στην τελευταία 5ετία, μια νέα δυσπλασία έχει περιγραφεί, αυτή των ριζών – κυρίως – Γομφίων Τομέων (MIM, Molar Incisor Malformation). Συναντάται κυρίως στους πρώτους μόνιμους γομφίους, υπάρχει μικρός αριθμός μελετών χωρίς στοιχεία επιπολασμού, ωστόσο, συμπεραίνουμε ότι δεν είναι σπάνια, αφού εντός 3ετίας έχουν υποπέσει στην αντίληψή μας 13 περιστατικά παιδιών. Η κατανόηση της αιτιολογίας και η ιστολογική μελέτη της δυσπλασίας είναι αρκετά ελλιπής, και τα δόντια αυτά δυστυχώς καταλήγουν γρήγορα σε εξαγωγή, με σημαντικές λειτουργικές, ψυχολογικές και αισθητικές συνέπειες, γι αυτό αποτελεί αντικείμενο και δικής μας ερευνητικής δραστηριότητας. Η κλινική εικόνα είναι συνηθέστερα χωρίς ευρήματα και δεν συμβάλλει στην υποψία της δυσπλασίας, η οποία ανακαλύπτεται μάλλον τυχαία στην πανοραμική ακτινογραφία.

Η ακτινογραφική απεικόνιση πολλών ειδών ανωμαλιών και δυσπλασιών είναι καθοριστικής σημασίας, ενώ νέες τεχνικές όπως η αξονική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT) έχει προσθέσει πολλά στη διαγνωστική αξία του ακτινολογικού ελέγχου στην παιδοδοντιατρική. Η κλινική τους αντιμετώπιση, ανάλογα με το είδος τους περιλαμβάνει προσωρινή ή πιο μόνιμη αποκατάσταση οδοντικών ιστών, εξαγωγή δοντιού ή δοντιών, ορθοδοντική θεραπεία και προσθετική. Στόχος είναι η λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση, αλλά σε μερικές περιπτώσεις η τελική θεραπεία θα πρέπει να περιμένει μέχρι την ενηλικίωση του ασθενή.

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Παιδιά και Έφηβοι με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ). Σύντομος οδηγός επιβίωσης

Κόρρα Τερψιχόρη

- Δρ. Παιδοψυχίατρος, Διευθ. Ε.Σ.Υ. Μονάδας Διαταραχών Προσοχής-Μαθησης, Νοσοκ. Παίδων «Π&Α Κυριακού»
- Πρόεδρος ΕΕΜ ΔΕΠΥ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) είναι από τις περισσότερο μελετημένες και τεκμηριωμένες νευροαναπτυξιακές διαταραχές παγκοσμίως και αποτελεί το συχνότερο πρόβλημα στη σχολική ηλικία καθώς εμφανίζεται στο 5-7% των παιδιών από τα οποία εκτιμάται ότι το 60% θα έχουν συμπτώματα και στην ενήλικη ζωή. Είναι 3-4 φορές συχνότερη στα αγόρια πιθανότατα γιατί τα κορίτσια παραπέμπονται λιγότερο καθώς έχουν πιο αθόρυβη συμπτωματολογία. Εμφανίζεται με συμπτώματα δυσκολίας στη συγκέντρωση της προσοχής, υπερβολική κινητικότητα ή ανησυχία και παρορμητική συμπεριφορά σε βαθμό που να επηρεάζεται η λειτουργικότητα και η προσαρμογή στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Σε κάποια παιδιά η απροσεξία αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα, σε άλλα προεξάρχουν η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα, ενώ κάποια παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν όλη την τριάδα αυτών των συμπτωμάτων.

Αν και δεν είναι πλήρως γνωστή η ακριβής αιτιολογία της ΔΕΠΥ, γνωρίζουμε ότι εμφανίζεται συχνότερα σε οικογένειες (76% των παιδιών με ΔΕΠΥ έχουν έναν συγγενή με αυτή τη διαταραχή), καθώς και ότι ο εγκέφαλος των παιδιών με ΔΕΠΥ παρουσιάζει διαφορές από εκείνων των συνομηλίκων τους στη δομή, το μεταβολισμό και τη λειτουργία συγκεκριμένων περιοχών. Οι περισσότερες έρευνες υποστηρίζουν ότι η ανάπτυξη της πιθανά είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεταξύ πολλαπλών γενετικών παραγόντων και συχνά αφορούν γονίδια που εμπλέκονται στη ντοπαμινεργική νευροδιαβίβαση. Επιπλέον η πρόωρη

γέννηση, το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και το υπερβολικό στρες της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή ο εγκεφαλικός τραυματισμός μπορούν επίσης να συνεισφέρουν στην ανάπτυξη της ΔΕΠΥ.

Τα συχνότερα οδοντιατρικά προβλήματα που εμφανίζονται σε παιδιά με ΔΕΠΥ είναι η παραμελημένη κατάσταση στοματικής υγιεινής, η υπερπλάσια των ούλων (ενδεχομένως σχετίζεται με τη λήψη θεραπείας με διεγερτικά φάρμακα), η τερηδόνα (τα συμπτώματα επηρεάζουν τις συνήθειες της στοματικής υγείας ή/και υπάρχουν πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων στην έκκριση και σύνθεση του σιέλου), τα οδοντικά τραύματα (κυρίως αποδίδονται στις επιπτώσεις των συμπτωμάτων της διαταραχής, σε προστριβές με τους συνομηλίκους και σε ελλείματα συντονισμού των κινήσεων). Επίσης διαπιστώνονται ανωμαλίες σύγκλεισης, οδοντικές αποτριβές και διαταραχή αναπνοής κατά τον ύπνο.

Ο οδοντίατρος είναι σημαντικό να γνωρίζει το πρόγραμμα της φαρμακευτικής αγωγής που ελέγχει τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ για τον καλύτερο συγχρονισμό με την οδοντιατρική συνάντηση. Επίσης η προετοιμασία για την οδοντιατρική θεραπεία είναι μείζονος σημασίας ώστε το παιδί να έχει καλύτερη δυνατότητα ελέγχου της διασπαστικής συμπεριφοράς του, ενώ χρήσιμες λύσεις για την επιτυχή διεκπεραίωση των συναντήσεων είναι η εφαρμογή συμπεριφοριστικών τεχνικών θετικής ενίσχυσης/επιβράβευσης, η κατάλληλη προσαρμογή/ρύθμιση του οδοντιατρικού περιβάλλοντος, η παροχή των οδηγιών με κατάλληλο οπτικοακουστικό υλικό κ.ά.

Εφόσον τα παιδιά με ΔΕΠΥ θεωρούνται ασθενείς υψηλού κινδύνου, είναι σημαντική επίσης η εφαρμογή κατάλληλων προγραμμάτων πρόληψης, όπου συμπεριλαμβάνονται οι συχνές επανεξετάσεις, η συστηματική εκπαίδευση στην απόκτηση συνηθειών που προάγουν τη στοματική υγεία (με ενεργητική συμμετοχή και κατάλληλη εκπαίδευση των γονέων), η πρόληψη των οδοντικών τραυματισμών και η έγκαιρη αντιμετώπιση των ανωμαλιών σύγκλεισης.

Αλγινικό μου σε αποχαιρετώ! Ενδοστοματική σάρωση, ψηφιακή αποτύπωση και κλινικές εφαρμογές

Δ. Κωνσταντίνης

Ορθοδοντικός – Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ

Στην σημερινή εποχή της ψηφιακής οδοντιατρικής η αποτύπωση των οδοντικών φραγμών μέσω ενδοστοματικών σαρωτών γνωρίζει μια πρωτοφανή εξέλιξη. Κλασικά αποτυπωτικά υλικά από το ευρέως χρησιμοποιούμενο αλγινικό έως τις πιο εξελιγμένες μορφές ελαστομερών αντικαθίστανται επιτυχώς από τη ράβδο του σαρωτή.

Φορητοί ή σταθεροί οι ενδοστοματικοί σαρωτές προσφέρουν εξαιρετική ακρίβεια αποτύπωσης. Τα παραγόμενα τρισδιάστατα αρχεία αποθηκεύονται σε μορφή stl (stereolithography) συνήθως σε ηλεκτρονικό σύννεφο και είναι ως εκ τούτου εύκολα προσπελάσιμα και επεξεργάσιμα από οποιαδήποτε μονάδα υπολογιστή.

Επίσης, τα αρχεία αυτά δύναται να εκτυπωθούν από τρισδιάστατο εκτυπωτή αλλά και να αποσταλούν σε μηχανήματα cad-cam με σκοπό την κατασκευή προσθετικών εργασιών ή/και ενδοστοματικών μηχανισμών που χρησιμοποιούνται ευρέως στην οδοντιατρική.

Τα εκμαγεία μελέτης βρίσκονται πιά στον υπολογιστή και όχι σε ένα από τα αναρίθμητα κουτιά αποθήκευσης. Τα εκμαγεία εργασίας μπορούν να εκτυπωθούν ή να... παραλειφθούν δεδομένου ότι πάνω στο stl αρχείο μπορεί να γίνει ψηφιακή σχεδίαση πληθώρας μηχανισμών όπως αυτών που αφορούν πχ στη διατήρηση χώρου ή στην ταχεία διεύρυνση της υπερώας. Στη συνέχεια η τρισδιάστατη εκτύπωση γίνεται μέσω συστήματος sls (selective laser sintering). Οι μετρήσεις και αναλύσεις εκμαγείων γίνονται πλέον ψηφιακά.

Καινοτόμα προγράμματα λογισμικού μπορούν να συγκρίνουν οδοντικές μετακινήσεις ή αλλαγές στην κατάσταση των ιστών μέσω αλληλεπίθεσης σε σταθερές δομές.

Παρότι η μετάβαση από το αναλογικό στο ψηφιακό ιατρείο έχει γίνει εύκολα όσον αφορά τα ηλεκτρονικά αρχεία φωτογράφισης ή ακτινολογικής απεικόνισης μια πολύ αργή πορεία ενσωμάτωσης παρατηρείται στη χρήση των ενδοστοματικών σαρωτών. Πρωταρχική αιτία θεωρείται το υψηλό κόστος των μηχανημάτων αυτών αλλά και η δυσκολία των οδοντιάτρων στην υιοθέτηση καινοτόμων τε-

χνολογιών.

Η εκπαίδευση των οδοντιάτρων στις νέες αυτές τεχνικές και η κατανόηση των πλεονεκτημάτων του ψηφιακού έναντι του αναλογικού οδοντιατρείου αναμένεται να καθιερώσει ευρέως την ενδοστοματική σάρωση ως μία εύκολη και αξιόπιστη μέθοδο αποτύπωσης στη σύγχρονη οδοντιατρική κλινική πράξη.

Εξέλιξη και εφαρμογή της ψηφιακής τεχνολογίας στην σύγχρονη Παιδοδοντιατρική

Ματθαίος Σανούδος DDS PhD

Ορθοδοντικός – Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ

Η ψηφιακή επανάσταση είναι μια πλέον πραγματικότητα που έχει αλλάξει ριζικά την καθημερινότητα μας. Αυτό είναι κάτι που βιώνουμε και στην επαγγελματική μας ζωή καθώς όλο και περισσότερα κομμάτια της οδοντιατρικής επηρεάζονται από την χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας. Ξεκινώντας από τον ακτινολογικό έλεγχο όπου πλέον υπάρχει εξαιρετική ποιότητα με χαμηλή ακτινοβολία και καταλήγοντας στον ψηφιακό σχεδιασμό μηχανημάτων μετά από ενδοστοματική σάρωση και τρισδιάστατη εκτύπωση των εκμαγείων.

Σε αυτήν τη εργασία θα αναλύσουμε της αρχές της ψηφιακής τεχνολογίας και τον τρόπο που αντικαθιστούν συμβατικές οδοντιατρικές πρακτικές στον χώρο της παιδοδοντίας. Θα παρουσιασθούν τόσο οι τεχνικές της ενδοστοματικής σάρωσης όσο και της 3D εκτύπωσης καθώς και η τεχνολογία που τις κάνει εφικτές τόσο σε κλινικό όσο και σε εργαστηριακό στάδιο. Θα παρουσιασθούν παραδείγματα εργασιών με χρήση αυτής της τεχνολογίας και πλεονεκτήματα που δίνονται στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη.

Σχετικά με το εργαστηριακό κομμάτι, η δημιουργία του “digital workflow” απαιτεί την ύπαρξη καλά εκπαιδευμένων οδοντικών τεχνολόγων καθώς και την επένδυση σε εξοπλισμό και νέα υλικά.

Μια ίσως από τις σημαντικότερες αλλαγές είναι και η δυνατότητα της εύκολης μεταφοράς και διαμοιρασμού αρχείων και χρήση αυτού του υλικού τόσο για την διάγνωση όσο και για την θεραπεία. Είναι πλέον εύκολη η online συνεργασία μεταξύ συνεργαζόμενων οδοντιάτρων, εργαστηρίου και ασθενούς με στόχο την ταχύτερη, ακριβέστερη και

οικονομικότερη θεραπεία.

Το συμπέρασμα είναι ότι βρισκόμαστε προ των πυλών μιας νέας επανάστασης στην οδοντιατρική και τις ειδικότητες της. Είναι απόλυτα αναγκαίο χωρίς φόβο να προσαρμοστούμε και να προσφέρουμε αυτές τις δυνατότητες στους ασθενείς μας.

Ένθετα και Επένθετα στην εποχή της ψηφιακής οδοντιατρικής

Θεόδωρος Τράκας

Προσθετολόγος

Οι ασθενείς μας καθημερινά απαιτούν αποκαταστάσεις που να συνδυάζουν την αισθητική απόδοση αλλά και την αντοχή στο χρόνο. Επίσης ο καταιγισμός με νέα υλικά και η είσοδος της ψηφιακής τεχνολογίας στην οδοντιατρική προκαλούν σύγχυση στον κλινικό οδοντίατρο, που εισέρχεται σε μια καμπύλη εκμάθησης των νέων τεχνολογιών.

Σε περιπτώσεις εκτεταμένης απώλειας οδοντικής ουσίας ή ανάγκης αλλαγής σχήματος και μεγέθους κάποιου δοντιού, η άμεση αποκατάσταση με έμφραξη σύνθετης ρητίνης πολλές φορές δεν είναι εφικτή ή απαιτεί ιδιαίτερη ικανότητα από την πλευρά του κλινικού. Η απόδοση μαστικής μορφολογίας, που να συνάδει με την μαστική λειτουργία του ασθενή, η σωστή εφαρμογή σε υποουλικά όρια καθώς και η πιο προβλέψιμη απόδοση των όμορων σημείων επαφής είναι πλεονεκτήματα που προκρίνουν τη λύση των έμμεσων αποκαταστάσεων σε τέτοιου είδους κλινικά προβλήματα.

Πολύ σημαντικός ρόλος για την κλινική επιτυχία αυτών των αποκαταστάσεων ανήκει στην σωστή διάγνωση, στην παρασκευή του δοντιού με όσο το δυνατόν διατήρηση ακεραιάς της οδοντικής ουσίας, τον σωστό σχεδιασμό της αποκατάστασης καθώς και το αυστηρό πρωτόκολλο προετοιμασίας του δοντιού και συγκόλλησής τους.

Σε αυτή την παρουσίαση μέσα από κλινικά περιστατικά θα συζητηθούν οι ενδείξεις και αντενδείξεις των ενθέτων και επενθέτων, τα διαθέσιμα υλικά που υπάρχουν στην φάρτρα του κλινικού καθώς και τα σύγχρονα κλινικά πρωτόκολλα αποκατάστασης.

Ανακαλύπτοντας τις οδοντικές ανωμαλίες

Τσιχλάκης Κ.

Καθηγητής & Διευθυντής Κλινικής Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, ΕΚΠΑ

Οι οδοντικές ανωμαλίες που συνήθως είναι γενετικής ή αναπτυξιακής αιτιολογίας, μπορεί να προκαλέσουν σοβαρά προβλήματα στους μικρούς ασθενείς και για το λόγο αυτό η έγκαιρη διάγνωση είναι πρωταρχικής σημασίας.

Οι οδοντικές ανωμαλίες είναι πολλές και μπορεί να καταταχθούν στις παρακάτω κατηγορίες. Ανωμαλίες στον αριθμό (υποδοντία, ολιγοδοντία, ανοδοντία), Ανωμαλίες στο μέγεθος (μικροδοντία, γιγαντοδοντία), Ανωμαλίες στο σχήμα των δοντιών (διδυμία, σύντηξη, συνοστείνωση ριζών, στρεβλοδοντία, οδοντικός εγκολεασμός), Ανωμαλίες στη θέση και στην ανατολή των δοντιών (έκτοπα δόντια, πρόωρη ανατολή, πρόωρη απόπτωση, αγκύλωση και Ανωμαλίες στην οδοντική μορφολογία (ατελής αδαμαντινογένεση, ατελής οδοντινογένεση, οδοντοδυσπλασία).

Η ακτινολογική διερεύνηση των οδοντικών ανωμαλιών είναι υψίστης σημασίας και περιλαμβάνει την πανοραμική ακτινογραφία, τις ενδοστοματικές ακτινογραφίες και ορισμένες φορές την οδοντιατρική υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης (Cone Beam CT ή CBCT).

Από τις συμβατικές ακτινογραφικές τεχνικές η πανοραμική ακτινογραφία είναι η βασική ακτινογραφική εξέταση με την οποία θα γίνει η διερεύνηση της ύπαρξης της οδοντικής ανωμαλίας και η αρχική εκτίμηση της κατάστασης. Τις περισσότερες φορές η πανοραμική ακτινογραφία θα πρέπει να συμπληρωθεί με μια οπισθοφατνιακή ακτινογραφία ή με μια ακτινογραφία δήξεως για τη λεπτομερέστερη απεικόνιση ή για τον έλεγχο της θέσης του δοντιού με την οδοντική ανωμαλία. Μειονεκτήματα όμως των συμβατικών τεχνικών είναι η παραμόρφωση και ορισμένες φορές η ασάφεια της εικόνας, οι επιπροβολές των ανατομικών μορφών, ιδιαίτερα στην άνω γνάθο, καθώς και η αδυναμία απεικόνισης της τρίτης διάστασης, δηλαδή της παρειογλωσσικής ή της παρειο-υπερώιας θέσης των δοντιών με οδοντική ανωμαλία. Στην περίπτωση αυτή όπου με τις συμβατικές τεχνικές δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, η εξέταση εκλογής είναι η οδοντιατρική υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης (ΥΤΚΔ).

Η υπολογιστική τομογραφία είναι μία απεικονιστική εξέταση που βασίζεται στον ανασχηματισμό (reconstruction) της εσωτερικής μορφολογίας των διαφόρων οργάνων του

σώματος από την ανασύνθεση πολλαπλών προβολών της περιοχής του σώματος που εξετάζεται. Η αρχή λειτουργίας του συστήματος της ΥΤΚΔ διαφέρει από τους ιατρικούς αξονικούς τομογράφους, κυρίως ως προς το ότι δεν απαιτείται η αρχική λήψη των εγκάρσιων τομών για την περαιτέρω ανασύνθεση της εικόνας, αλλά αυτές οι εγκάρσιες τομές δημιουργούνται ψηφιακά από τον ηλεκτρονικό υπολογιστή του συστήματος, έπειτα από επεξεργασία του ψηφιακού ειδώλου του αντικειμένου που ακτινοβολήθηκε. Σε αντίθεση με τον αξονικό τομογράφο η πηγή ακτινοβολίας περιστρέφεται μία μόνο φορά, κατά 360⁰ γύρω από τον ασθενή, ενώ ο ασθενής παραμένει ακίνητος. Το γεγονός αυτό όπως και το μικρό mA που χρησιμοποιείται στην ΥΤΚΔ, έχει σαν αποτέλεσμα την δραστική μείωση της δόσης ακτινοβολίας για τον ασθενή και ιδιαίτερα για το μικρό παιδί.

Στην εισήγηση αυτή θα αναφερθούν εν συντομία οι βασικές αρχές λειτουργίας όλων αυτών των απεικονιστικών τεχνικών, τα κριτήρια επιλογής και θα γίνει η σύγκριση των δυνατοτήτων της πανοραμικής ακτινογραφίας με την ΥΤΚΔ. Τέλος θα παρατεθούν ακτινογραφικά περιστατικά με οδοντικές ανωμαλίες και θα τονιστεί η διαγνωστική μεθοδολογία που θα πρέπει να ακολουθηθεί για την ασφαλή διάγνωση και την αντιμετώπιση των καταστάσεων αυτών.

A vision of precision dentistry in pediatric oral health care

Διβάρης Κίμων

Associate Professor, Department, Pediatric Dentistry and Epidemiology University of North Carolina at Chapel Hill, USA

Precision Medicine is an emerging approach in health care, aiming to improve care and outcomes via the joint consideration of individuals' disease susceptibility, lifestyle and environment. The realization of precision health care and precision public health carry the promise of improving individual health and decrease health disparities. Above and beyond its visionary and aspiration dimensions, precision health is providing the impetus for the generation of high-quality clinical, biological and contextual information that can be combined to define new health and disease taxonomies. The presentation will outline the concept of precision medicine and will discuss the fundamental pillars

for its development including novel disease classifications, the application of biomarkers and biosensors, as well as the need for relevant education of the health professions and the public.

The advent of precision medicine has created reasonable expectations for the development and application of better diagnostic classifications, disease management and therapeutic approaches. Especially in the context of early childhood oral health, precision dentistry must be based upon a solid evidence base including contextual, behavioral, clinical and biological information. The presentation will outline the development and early findings emanating from ZOE 2.0, a community-based precision oral health cohort of preschool-age children in North Carolina. The talk will highlight implications for the derivation of ECC sub-types, the role of the human genome and microbiome, and the overwhelming influence of social context on pediatric oral health and disease.

Monitoring and guiding the developing occlusion. In the early, middle and late mixed dentition: The Orthodontic Perspective

Epstein M.

Former Clinical Associate Professor, Department of Orthodontics, New York University, College of Dentistry. Diplomate of the American Board of Orthodontics

The Pediatric Dentist has the unique advantage of being the “gatekeeper” of the developing dentition and occlusion of the younger patient. With this unique perspective we can observe the progression of the dentition into the young adult. The purpose of this presentation will be to elucidate the key factors that may lead to orthodontic treatment.

To facilitate following the maturation of the dentition, it is convenient to discuss four basic stages of orthodontic observation: [WITH MULTIPLE VARIATIONS]

A: The primary dentition: in this stage none of the first permanent molars or the maxillary and mandibular incisors have erupted. Essentially twenty primary teeth in the

dentition. THE KEY FACTOR: NO PERMANENT TEETH. [see Figure #1]

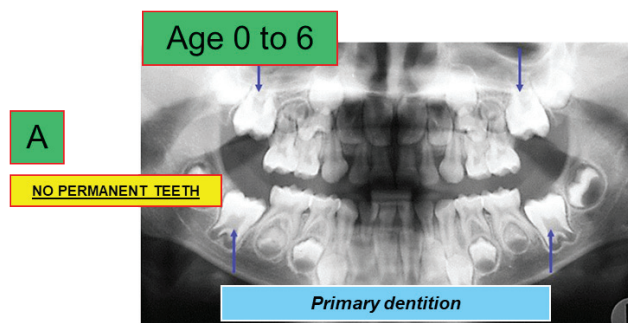


FIGURE #1: BASIC PANORAMIC EXAMPLE OF THE DENTITION PRIOR TO THE ERUPTION OF ANY PERMANENT TEETH

B: The early mixed dentition: at this stage the first permanent molars have erupted in both arches and typically the mandibular permanent incisors, the maxillary central incisors and possibly the maxillary lateral incisors have erupted. Essentially twelve primary teeth prior to the eruption of the permanent canines and premolars. THE KEY FACTOR: PRIOR TO THE ERUPTION OF PERMANENT CANINES AND PREMOLARS. [See Figure #2]

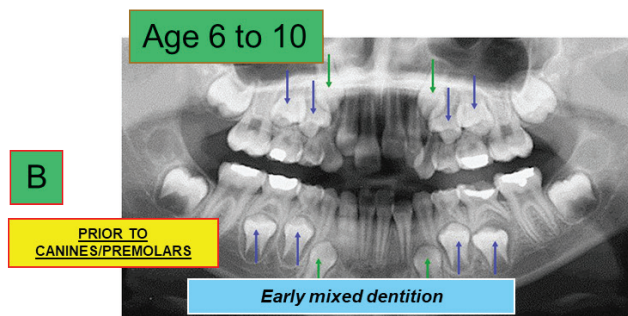


FIGURE #2: BASIC PANORAMIC EXAMPLE OF DENTITION PRIOR TO THE ERUPTION OF PERMANENT CANINES & PREMOLARS

C: The middle mixed dentition: this stage is a progression of the previous with more maturation and approximately ten primary teeth remaining. The key factor is the loss of the primary canines and the more clearly defined maturation of the permanent canines. Essentially approximately eight to ten primary teeth remaining. THE KEY FACTOR: THE POSITION AND ANGULATION OF THE PERMANENT CANINES, ESPECIALLY THE MAXILLARY CANINES. [see Figure #3]

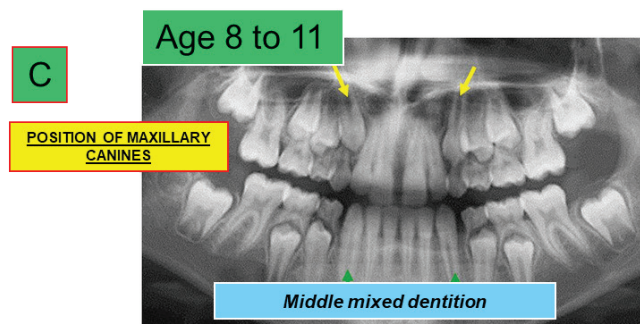


FIGURE #3: BASIC PANORAMIC EXAMPLE OF DENTITION WITH CLEAR INDICATION OF POSITION AND ANGULATION OF MAXILLARY CANINES

C: The late mixed dentition: the continuation of the developing dentition and occlusion with the loss of additional primary teeth. This stage represents the most critical part of the developing dentition where the space differential of the size variance between primary molars and permanent molars can give us valuable space for the developing permanent teeth. It may be the difference between an extraction or non-extraction approach to comprehensive orthodontic treatment. The key factor at this juncture is the remaining primary maxillary and mandibular second molars. Approximately four to six remaining primary teeth. THE KEY FACTOR: THE POSITION AND SIZE OF THE SECOND PRIMARY MOLARS, ESPECIALLY THE MANDIBULAR SECOND PRIMARY MOLARS. [see Figure #4]

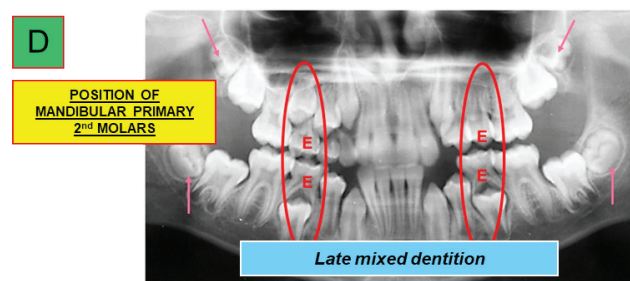


FIGURE #4: BASIC PANORAMIC EXAMPLE OF DENTITION WITH CLEAR INDICATION OF REMAINING 4 PRIMARY SECOND MOLARS

Monitoring the developing dentition and occlusion includes the recognition, diagnosis and possible treatment of abnormalities. Each of these overlapping stages presents the opportunity to note occlusal disharmonies and possible developing orthodontic problems or malocclusions.

The Pediatric dentist has the unique position of being able to recognize these problems. Following recognition of

the problem is the accurate diagnosing and management of these conditions. [see Figure #5]



FIGURE #5: SIX EXAMPLES OF DENTITIONS REQUIRING INTERCEPTIVE EARLY TREATMENT IN THE DEVELOPING MIXED DENTITION

Early diagnosis and proper treatment of the developing dentition and occlusion can result in achieving the essential early recognition of interceptive treatment for orthodontics. Namely, occlusal harmony, proper function and dentofacial esthetics. Proper management of the developing dentition can modify the skeletal pattern, redirect muscular abnormalities and dentoalveolar problems before the eruption of the full dentition.

The purpose of this brief lecture will be an overview of these complex variable situations. We are now in the Digital Era of Dentistry. An additional portion of this presentation will show how digital scanning, three-dimensional printing and three-dimensional diagnosis can enhance our abilities to diagnose and treatment plan more effectively.

Αστικοί Μύθοι στην Χειρουργική του Στόματος

Δημήτριος Παπαδάκης

Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός

Στην εποχή της επιστημονικής κοινωνικής δικτύωσης, μέσω των social media, είναι πλέον πολύ εύκολο να εντοπίσεις τους διάφορους «αστικούς μύθους» που περιβάλλουν την άσκηση της Χειρουργικής του Στόματος. Δόγματα, προκαταλήψεις και ξεπερασμένες πρακτικές, που κατορθώνουν και επιβιώνουν παρά την καθολική επικράτηση της τεκμηριωμένης ιατρικής (Evidence-Based Medicine).

Σκοπός της εισήγησης αυτής είναι ο εντοπισμός των πιο διαδεδομένων «αστικών μύθων» σχετικά με την Χειρουργική του Στόματος, η ανάλυση τους σύμφωνα με τα ισχύοντα επιστημονικά δεδομένα και η παρουσίαση των τεκμηριωμένων καλύτερων πρακτικών (Evidence-Based Best Practices) για κάθε περίπτωση.

Σύγχρονα δεδομένα για τις αισθητικές αποκαταστάσεις μονίμων προσθίων δοντιών με ατελή ενασβεσίωση της αδαμαντίνης (MIH)

Δρ Νίκος Λυγιδάκης

Υφηγητής Παιδοδοντιατρικής Πανεπιστημίου Leeds, UK

Η ατελής ενασβεσίωση των πρώτων μόνιμων γομφίων που εμφανίζεται συχνά και με ατελή ενασβεσίωση των μόνιμων τομέων (molar-incisor-hypomineralisation, MIH), είναι ένα συχνό κλινικό πρόβλημα που αναγνωρίστηκε την τελευταία δεκαετία και καθημερινά προβληματίζει τον οδοντίατρο με την αντιμετώπιση του. Από επιδημιολογικές μελέτες στη χώρα μας αλλά και παγκοσμίως, το πρόβλημα εμφανίζεται σε 11-21% των παιδιών ηλικίας 6-14 ετών, συχνότητα εμφάνισης ιδιαίτερα μεγάλη. Στα πρόσθια δόντια η ανωμαλία παρουσιάζεται με ποικίλης έκτασης και βαρύτητας περιγεγραμμένες κιτρινο-καφέ/κίτρινες ή λευκές/κρεμώδεις αδιαφάνειες της αδαμαντίνης, ευαισθησία σε θερμικά ερεθίσματα και συχνά σταδιακή αποτριβή των προσβεβλημένων περιοχών.

Η θεραπευτική προσέγγιση της ατελούς ενασβεσίωσης των προσθίων μόνιμων δοντιών αποτελεί μια πρόκληση για τον κλινικό, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις αδαμαντινικών βλαβών αυξημένης βαρύτητας που μπορεί να δημιουργήσουν σημαντικά αισθητικά προβλήματα επηρεάζοντας τη ψυχολογική κατάσταση και τη ποιότητα ζωής των μικρών ασθενών. Η αντιμετώπιση των βλαβών αυτών περιλαμβάνει προληπτικές τεχνικές, μη επεμβατικές και επεμβατικές συντηρητικές προσεγγίσεις καθώς και προσθετικές τεχνικές σε περιπτώσεις εκτεταμένων βλαβών σε εφήβους και μεγαλύτερης ηλικία ασθενείς.

Στην εισήγηση περιγράφονται, παρουσιάζονται και συζητούνται με βιβλιογραφική τεκμηρίωση α) η προληπτική προσέγγιση με σκευάσματα καζεΐνης και φθορίου, β) οι συντηρητικές μη επεμβατικές τεχνικές της μικροαποτριβής και της διαπότισης της προσβεβλημένης αδαμαντίνης με υγρή ρητίνη, καθώς και συνδυασμοί τους, γ) οι συντηρητικές επεμβατικές τεχνικές των αποκαταστάσεων με σύνθετη ρητίνη και δ) η προσθετική προσέγγιση με κεραμικές όψεις.

Σημειώνεται τέλος ότι, σύμφωνα δε με τις κλινικές οδηγίες της EAPD, η θεραπευτική αντιμετώπιση τόσο των

προσθίων όσο και οπισθίων δοντιών στις περιπτώσεις της ατελούς ενασβεστίωσης της αδαμαντίνης των μονίμων δοντιών ακολουθεί το μοντέλο της προσέγγισης 'κατά ασθενή και κατά δόντι' (per case and per tooth). Δηλαδή συνίσταται και εφαρμόζεται όλο το φάσμα των θεραπειών, ανάλογα με τη βαρύτητα και το είδος των βλαβών και την ηλικία των ασθενών, χωρίς να υπάρχει μία και μοναδική 'ιδανική' προσέγγιση.

Στοματολογικά νοσήματα σε παιδιά και εφήβους

Παπανάκου Στέλα

MSc Παιδοδοντιατρική, MSc Στοματολογία, Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ

Ένας μεγάλος αριθμός νοσημάτων που προσβάλλουν το βλεννογόνο του στόματος και τα οστά των γνάθων εκδηλώνονται στην παιδική και εφηβική ηλικία και μπορεί να είναι τοπικής ή συστηματικής αιτιολογίας. Στην πλειοψηφία τους όμως, είναι καλοήγη και εκδηλώνονται κλινικά κυρίως ως ελκώσεις, διογκώσεις ή μελαγχρωματικές κηλίδες ενώ ακτινογραφικά μπορεί να εντοπιστούν βλάβες των οστών των γνάθων. Ο παιδοδοντίατρος έρχεται σε επαφή με τους νεαρούς ασθενείς του από μικρή ηλικία και συνεπώς, είναι ο πρώτος κλινικός που θα εξετάσει οποιοδήποτε παθολογικό σημείο ή σύμπτωμα εκδηλωθεί στη στοματική κοιλότητα ή και θα εντοπίσει μια βλάβη ως τυχαίο εύρημα. Ο παιδοδοντίατρος επίσης, επιβλέπει τη στοματική φροντίδα παιδιών και εφήβων με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό όπως παιδιά με γενετικά νοσήματα (μεταβολικά, νευρολογικά, αιματολογικά, σύνδρομα κ.ά.) ή παιδιά με κακοήθειες ή αυτοάνοσες παθήσεις που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική θεραπεία και συχνά εμφανίζουν μυκητιασικές ή ιογενείς λοιμώξεις, ελκονεκρωτική ουλίτιδα κλπ. Στην παρούσα ομιλία θα συζητηθεί ο ρόλος του παιδοδοντίατρου στην έγκαιρη και μεθοδευμένη διαγνωστική προσέγγιση μέσω της περιγραφής επιλεγμένων περιστατικών νοσημάτων με εκδηλώσεις στο βλεννογόνο του στόματος και των οστών των γνάθων σε παιδιά και εφήβους. Επίσης, θα τονιστεί η σημασία της στενής συνεργασίας με άλλες ειδικότητες του οδοντιατρικού και ιατρικού χώρου.

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

Μηχανοκίνητη Ενδοδοντία & Παιδοδοντιατρική: Νεαρά Μόνιμα και Νεογιλά Δόντια

Κροκίδης Α¹., Παπαχρόνη Μ.²

¹ Ενδοδοντολόγος

² Παιδοδοντίατρος

Η πολυπλοκότητα και μοναδικότητα της ανατομίας του ενδοδοντικού χώρου καθιστά την θεραπεία του δύσκολη και όχι τόσο προβλέψιμη. Η δυσκολία αυτή αυξάνεται εκθετικά στην περίπτωση επέμβασης σε νεαρά μόνιμα δόντια. Η ατελής διάπλωση του ριζικού σωλήνα, η επιλογή διατήρησης της ζωτικότητας ή όχι, όπως και η βαρύτητα της αποτελεσματικής επέμβασης της θεραπείας με σκοπό την μακρόχρονη διατήρηση του δοντιού, είναι τα πιο σημαντικά σημεία.

Σκοπός του σεμιναρίου είναι η κωδικοποίηση μιας προβλέψιμης στρατηγικής αξιολόγησης και αντιμετώπισης τέτοιων περιστατικών που θα μπορεί να είναι αποτελεσματική στις περισσότερες περιπτώσεις ενδοδοντικής επέμβασης.

Τα νεογιλά δόντια αποτελούν ένα φυσικό τρόπο διατήρησης του χώρου στο οδοντικό τόξο και καθοδηγούν την ανατολή των μονίμων δοντιών. Η διατήρηση των νεογιλών δοντιών μέχρι την φυσιολογική απόπτωση τους, καθώς και η παραμονή τους σε περιπτώσεις συγγενούς έλλειψης του διαδόχου μονίμου φαίνεται βιβλιογραφικά ότι βοηθάει στην λειτουργία της μάσησης, στην φυσιολογική λειτουργία της γλώσσας, στην ομιλία και στην αισθητική. Επίσης, αποφεύγονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις της απώλειας ενός δοντιού και εξασφαλίζεται η απρόσκοπτη ανατολή του διαδόχου μονίμου.

Σε περιπτώσεις νέκρωσης του πολφού των νεογιλών, η θεραπεία επιλογής είναι η (πολφεκτομή) ενδοδοντική θεραπεία. Σκοπός είναι η διαχείριση του ενδοδοντικού χώρου, σεβόμενοι τις βιολογικές αρχές που είναι απαραίτητες για τον καθαρισμό και την επούλωση. Σε νεαρούς ασθενείς -παράλληλα- ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι ο χρόνος εργασίας. Τα μηχανοκίνητα εργαλεία σε νεογιλά δόντια εισήχθησαν στην Παιδοδοντιατρική το 2000 (Barr et al.) και από τότε φαίνεται να εξασφαλίζουν μείωση του χρόνου εργασίας και ποιοτική/αποτελεσματική θεραπεία.

Κατά το πρακτικό σεμινάριο θα παρουσιαστούν πρωτόκολλα θεραπείας για δόντια με αδιάπλαστο ακρορίζιο όπως και επαναγγείωσης, με συνδυασμό μηχανοκίνητων στρογγυλών εργαλείων (Race) και των νεοεισαχθέντων ανατομικών μηχανοκίνητων ρινών (XPendo). Επιπλέον πρωτόκολλο θεραπείας για την αντιμετώπιση νεογιλών δοντιών με μηχανοκίνητα μέσα.

Κατά το σεμινάριο θα πραγματοποιηθεί ζωντανή επίδειξη σε τρισδιάστατα διαφανή δόντια με αντικείμενο: Χημικομηχανική επεξεργασία με συνδυασμό στρογγυλών και ανατομικών ρινών, Έμφραξη με βύσμα ΜΤΑ, Πρωτόκολλο διακλυσμών. Σε εξαχθέντα νεογιλά δόντια θα γίνει: Χημικομηχανική επεξεργασία με μηχανοκίνητα μέσα σε μία επίσκεψη και εναλλακτικοί τρόποι διαχείρισης ανάλογα με την μορφολογία του ριζικού σωλήνα και έμφραξη των ριζικών σωλήνων.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ο1.1 Ορθοδοντική Αντιμετώπιση ενσφηνωμένου δοντιού μετά από τραύμα

Τσουκαλά Ε.¹, Παναγιώτου Ε.², Αγγελοπούλου Μ.³, Μαρουλάκος Μ.⁴

¹ Χειρουργός Οδοντίατρος

² Παιδοδοντίατρος, Αθήνα

³ Παιδοδοντίατρος, Αθήνα

⁴ Ορθοδοντικός, Αθήνα

Εισαγωγή: Η ενσφηνώση, αποτελεί περίπου το 1,9% των οδοντικών τραυματισμών και αντιμετωπίζεται χειρουργικά, ορθοδοντικά ή χωρίς καθόλου παρέμβαση. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παράθεση κλινικού περιστατικού ενσφηνώσης δοντιών με ορθοδοντική αντιμετώπιση.

Παρουσίαση περιστατικού: Αγόρι 7 ετών προσήλθε στο ιατρείο δύο μήνες μετά από τραυματισμό με ενσφηνώση δοντιών και ενώ είχε προηγηθεί απόπειρα χειρουργικής και ορθοδοντικής αντιμετώπισης χωρίς αποτέλεσμα. Μετά από κλινική εξέταση, παρατηρήθηκε διαφορετικού βαθμού

ενσφηνώση και υπερώια απόκλιση των προσθίων δοντιών άνω δεξιά (#11,52,53). Αποφασίστηκε ορθοδοντική έλξη με τη χρήση συνδυασμού ορθοδοντικών μηχανισμών που περιλάμβανε μηχανήμα τύπου Nance και ορθοδοντικά άγκιστρα στην άνω γνάθο ενώ στην κάτω γνάθο τοποθετήθηκε γλωσσικό τόξο και αυτοσχέδιες συρμάτινες αγκύλες για την τοποθέτηση διαγναθικών ελαστικών δυνάμεων. Μετά από ένα χρόνο ορθοδοντικής θεραπείας τα δόντια επανήλθαν πλήρως στο φραγμό.

Σχόλια: Η ενσφηνώση αποτελεί ένα από τα πιο δύσκολα οδοντικά τραύματα με αμφίβολη πρόγνωση και με πιθανές επιπλοκές την εμφάνιση πολφικής νέκρωσης, αγκύλωσης και ριζικής απορρόφησης, γεγονός που καθιστά απαραίτητο τον συχνό ακτινογραφικό έλεγχο των περιπτώσεων αυτών.

ο1.2 Χειρουργική οδοντιατρική αντιμετώπιση ασθενούς με Σύνδρομο Williams υπό γενική αναισθησία-παρουσίαση περίπτωσης

Τριφύλλη Γ.¹, Παπάζογλου Δ.², Αθανασίου Ι.³, Πίτσιλης Γ.⁴, Μακρή Γ.⁵, Κοτσιδου Β.⁶, Μάλαμας Ι.⁷, Παβαδά Ε.⁸

¹ Συντονίστρια Διευθύντρια Οδοντιατρικού Τμήματος Γ.Ν.Ν.Π «Άγιος Παντελεήμων»

² Οδοντίατρος

³ Επικ. Οδοντίατρος Οδοντιατρικού Τμήματος Γ.Ν.Ν.Π «Άγιος Παντελεήμων»

⁴ Διευθυντής Οδοντιατρικού Τμήματος Γ.Ν.Ν.Π «Άγιος Παντελεήμων»

⁵ Διευθύντρια Οδοντίατρος ΕΣΥ

⁶ Προϊστ. Νοσηλεύτρια Οδοντιατρικού Τμήματος Γ.Ν.Ν.Π «Άγιος Παντελεήμων»

⁷ Νοσηλεύτρια Οδοντιατρικού Τμήματος Γ.Ν.Ν.Π «Άγιος Παντελεήμων»

⁸ Νοσηλεύτρια Οδοντιατρικού Τμήματος Γ.Ν.Ν.Π «Άγιος Παντελεήμων»

Εισαγωγή: Το Σύνδρομο Williams είναι μια σπάνια αυ-

τοσωμική επικρατής γενετική αναπτυξιακή διαταραχή. Στην ολοκληρωμένη της μορφή περιλαμβάνει πολλαπλή περιφερειακή πνευμονική αορτική στένωση, χαρακτηριστικό πρόσωπο, διανοητική καθυστέρηση, οδοντική δυσμορφία, παιδική υπερ-ασβεστιναιμία κ.α..

Παρουσίαση περιστατικού: Παρουσιάζεται νεαρή ασθενής, ηλικίας 10 ετ., με ΝΥ και ψυχοκινητική καθυστέρηση επί εδάφους Σύνδρομου Williams. Επιπλέον υπάρχουν συστηματικές εκδηλώσεις του Συνδρόμου όπως οφθαλμικές, ουρογεννητικές κ.α.. Η ασθενής προσήλθε συνοδεία των γονέων της στο Οδοντιατρείο με οδοντικό απόστημα και άλγος. Αποφασίστηκε η θεραπεία στη Χειρουργική Μονάδα Οδοντοθεραπείας ΑμΕΑ υπό γενική αναισθησία. Η παρουσίαση γίνεται σε σχέση με τα οδοντοστοματολογικά ευρήματα, την ιδιαίτερη φαινοτυπική, κλινική εικόνα και συμπεριφορά, το σχέδιο θεραπείας, τον προεγχειρητικό έλεγχο και την αντιμετώπιση της ασθενούς.

Σχόλια: Οι ασθενείς που ανήκουν σε αυτή τη σπάνια κλινική οντότητα παρουσιάζουν περιοδοντικά προβλήματα, ορθοδοντικές ανωμαλίες και δυσκολία στη χρήση οδοντόβουρτσας εξαπίας της μειωμένης λεπτής κινητικότητας. Επίσης, συχνά έχουν υπερευαίσθησία στα ακουστικά ερεθίσματα που καθιστά δύσκολη τη συνεργασία τους για θεραπεία με τοπική αναισθησία. Ως εκ τούτου, η αντιμετώπιση τους απαιτεί ύπαρξη κατάλληλων δημόσιων δομών και εξειδικευμένη ομάδα οδοντιάτρων και νοσηλευτών. Η υψηλού βαθμού οδοντιατρική φροντίδα είναι απαραίτητη για τους ασθενείς αυτούς προκειμένου μπορούν να ζήσουν ολοκληρωμένες και υγιείς ζωές αλλά και για τις οικογένειές τους.

01.3 Πρώιμη Ορθοδοντική Θεραπεία: Πρόληψη ή Οριστική Λύση

Παραδείσης Κ.¹, Σκλήρης Σ.², Τσιτσοπούλου Α.³

¹ Ορθοδοντικός

² Οδοντίατρος

³ Οδοντίατρος

Εισαγωγή: Η πρώιμη ορθοδοντική θεραπεία συνιστάται σε ασθενείς που δεν έχουν συμπληρώσει τον μεικτό φραγμό σε περιπτώσεις Τάξης II 1 κατά Angle με οριζόντια πρόταση άνω των 9 χιλ, περιπτώσεις προγναθισμού, σταυροειδούς

σύγκλεισης και εγκλεισμού προσθίων δοντιών. Σκοπός της θεραπείας είναι η διεύρυνση των οδοντικών τόξων και η εξομάλυνση της σύγκλεισης των φραγμών, ενώ πολλές φορές βοηθά ικανά ώστε να αποφύγουμε μια μετέπειτα πλήρη ορθοδοντική θεραπεία.

Παρουσίαση περιστατικών:

1ο περιστατικό : Αγόρι 8 ετών

Σκελετική Τάξη II. Μεσόδοντας στην περιοχή του #11 #21 που είχε σαν αποτέλεσμα τον εγκλεισμό του #11 και την οριζόντια διάταξη του δοντιού με ανοδική φορά. Έγιναν δύο χειρουργικές αποκαλύψεις και τοπική ορθοδοντική θεραπεία.

2ο περιστατικό: Κορίτσι 9 ετών

Σκελετική Τάξη III κατά Angle. Υπήρξε ατύχημα που είχε ως αποτέλεσμα την απώλεια των #31 και #32 και την ανάγκη για ενδοδοντική θεραπεία των #21 και #22. Προχωρήσαμε σε ορθοδοντικό κλείσιμο των κενών και έγινε καμουφλάζ της IIIης Τάξης κατά Angle.

Σχόλια: Κατά την έναρξη της ορθοδοντικής θεραπείας δεν θα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψιν μόνο την χρονολογική ηλικία του ασθενούς, αλλά και την οδοντική καθώς και τη σκελετική ωριμότητα αυτού. Τυχόν ατυχήματα μας οδηγούν σε εναλλακτικά πρωτόκολλα θεραπείας.

01.4 Απορρόφηση ρίζας μετά από οδοντικό τραυματισμό. Αίτια-Διαφοροδιάγνωση-Πρόληψη - Θεραπεία

Φουσέκης Η.¹, Στεφόπουλος Σ.², Φουσέκης Ε.³

¹ Παιδοδοντίατρος, Πάτρα

² Ενδοδοντολόγος, Πάτρα

³ Προπτυχιακός Φοιτητής ΕΚΠΑ

Σκοπός της εργασίας είναι με κλινικά περιστατικά να αναφερθεί στους τύπους απορρόφησης της ρίζας, καθώς και να παρουσιάσει τα θεραπευτικά σχήματα αντιμετώπισης των βλαβών όταν εμφανιστούν.

Αποτελέσματα: Για να υπάρξει απορρόφηση ρίζας μετά από τραύμα των οδοντικών ιστών ικανή και αναγκαία συνθήκη είναι η φλεγμονή του πολφού ή η φλεγμονή των περιοδοντικών ιστών ή η συνύπαρξη και των δύο φλεγμονών. Η φλεγμονώδης εξωτερική απορρόφηση ρίζας ξεκινά από την εξωτερική επιφάνεια της ρίζας λόγω καταστροφής της

προοσιείνης και των οστεϊνοβλαστών και εμφανίζεται σαν ακτινοδιαύγαση. Αν ταυτόχρονα ο πολφός μολυνθεί ή νεκρωθεί η φλεγμονώδης απορρόφηση εξελίσσεται πολύ γρήγορα. Στην αγκυλωτική απορρόφηση ρίζας έχουμε εκτεταμένη νέκρωση των κυττάρων της περιοδοντικής μεμβράνης και επομένως το οστόν έρχεται σε επαφή με τη ρίζα του δοντιού. Ο πολφός σε αυτή τη βλάβη συνήθως είναι ζωντανός. Τέλος, στην εσωτερική απορρόφηση ρίζας λόγω τραύματος απαραίτητη προϋπόθεση είναι η νέκρωση του πολφού μυλικά του σημείου της απορρόφησης. Η εσωτερική απορρόφηση σταματά όταν ολοκληρωθεί ο πολφός αφαιρεθεί (ενδοδοντική θεραπεία).

Συμπεράσματα: Η εμβύθιση- ολική εκγύμνωση- μερική εκγύμνωση είναι τα πιο επικίνδυνα είδη τραυματισμού στα οποία εμφανίζεται είτε εσωτερική είτε εξωτερική απορρόφηση ρίζας (φλεγμονώδης απορρόφηση- αντικαταστατική απορρόφηση).

02.1 Εναλλακτικές Μέθοδοι Τοπικής Αναισθησίας στην Παιδοδοντιατρική

Δερματά Α.¹, Αρχάκης Α.², Νταμπαράκης Ν.³, Αραποστάθης Κ.²

¹ Παιδοδοντίατρος

² Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

³ Αναπληρωτής Καθηγητής Οδοντοφατνιακής Χειρουργικής, Χειρουργικής Εμφυτευματολογίας και Ακτινολογίας ΑΠΘ

Σκοπός: Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις εναλλακτικές μεθόδους τοπικής αναισθησίας στην Παιδοδοντιατρική.

Υλικό και μέθοδος: Ανασκόπηση των δημοσιεύσεων σε βάσεις δεδομένων του διαδικτύου (Google Scholar, ProQuest, Embrace, Cochrane) χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες «κλειδιά»: τοπική αναισθησία, εναλλακτικές μέθοδοι, συσκευή Wand, αναισθησία ψεκασμού, ηλεκτρονική αναισθησία, παιδοδοντιατρική.

Αποτελέσματα: Η διαχείριση του πόνου είναι απαραίτητη για την επίτευξη της συνεργασίας του παιδοδοντιατρικού ασθενή. Παρά την αποτελεσματικότητά της, η συμβατική μέθοδος τοπικής αναισθησίας θεωρείται δυσάρεστη από πολλούς ασθενείς. Ως αποτέλεσμα μία διαδικασία που στο-

χεύει στη μείωση του πόνου μπορεί να προκαλέσει οδοντιατρικό φόβο και ίσως οδηγήσει σε μετέπειτα αποφυγή της οδοντιατρικής θεραπείας. Εναλλακτικά της συμβατικής μεθόδου έχουν προταθεί: η ηλεκτρονικά ελεγχόμενη τοπική αναισθησία (συσκευή Wand), η ηλεκτρονική αναισθησία και η αναισθησία ψεκασμού. Η ηλεκτρονικά ελεγχόμενη τοπική αναισθησία προσφέρει ελάττωμένο πόνο λόγω της σταθερής έγχυσης, αυξάνοντας ωστόσο το χρόνο χορήγησης. Τα αποτελέσματα κάποιων ερευνών σχετικά με την ηλεκτρονική αναισθησία και την αναισθησία ψεκασμού αμφισβητούν την επίτευξη ικανού βάθους αναισθησίας και την αποδοχή τους από τους ασθενείς.

Συμπεράσματα: Υπάρχει μία συνεχής αναζήτηση τρόπων εναλλακτικής χορήγησης της τοπικής αναισθησίας στην παιδοδοντιατρική. Παρά τις πρόσφατες καινοτόμες μεθόδους, η συμβατική τοπική αναισθησία παραμένει η μέθοδος εκλογής.

02.2 Πρόγνωση του αντανάκλαστικού του εμέτου σε παιδιά ηλικίας 4-12 ετών: Πολυπαραγοντική ανάλυση

Κατσούδα Μ.¹, Κοτσάνος Ν.², Αραποστάθης Κ.³

¹ Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια ΑΠΘ

² Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

³ Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Σκοπός: Να εξεταστεί η σχέση του αντανάκλαστικού του εμέτου με τον οδοντιατρικό φόβο, τις συνήθειες βουρτσίσματος και τη λήψη ενδοστοματικών ακτινογραφιών και φωτογραφιών σε παιδιά ηλικίας 4-12 ετών.

Υλικό & Μέθοδος: Οι κηδεμόνες 395 παιδιών συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο με δημογραφικά στοιχεία και ερωτήσεις για τις συνήθειες βουρτσίσματος των παιδιών τους. Τα παιδιά συμπλήρωσαν το Ερωτηματολόγιο του Φόβου (CFSS-DS) και την Κλίμακα Αξιολόγησης του Αντανάκλαστικού του Εμέτου (GAS), ενώ ο οδοντίατρος αξιολόγησε το αντανάκλαστικό χρησιμοποιώντας τη σύντομη εκδοχή του οδοντιατρικού μέρους της Εκτίμησης του Αντανάκλαστικού του Εμέτου (GPA-de-c/SF). Δημιουργήθηκαν δύο νέες κλίμακες αξιολόγησης: (1) η Κλίμακα Βαθμολόγησης

Ακτινογραφιών (XRS) και (2) η Κλίμακα Βαθμολόγησης Φωτογραφιών (PRS). Χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο πολυ-παραγοντικής ανάλυσης.

Αποτελέσματα: Το 21.45% και 20.21% των παιδιών παρουσίασε αντανάκλαστικό του εμέτου στη λήψη ακτινογραφιών και φωτογραφιών αντίστοιχα. Ο οδοντιατρικός φόβος και το αντανάκλαστικό του εμέτου δεν σχετίζονται με τις συνήθειες βουρτσίσματος. Τα αγόρια, τα μικρότερης ηλικίας παιδιά και αυτά που βρέθηκαν να αναγουλιάζουν στο GPA-de-c/SF είναι πιο πιθανό να αναγουλιάσουν κατά τη λήψη ακτινογραφιών. Μόνο τα παιδιά που αναγουλιάζουν στο GPA-de-c/SF είναι πιο πιθανό να αναγουλιάσουν κατά τη λήψη φωτογραφιών.

Συμπεράσματα: Το GPA-de-c/SF αποτελεί τον καλύτερο δείκτη πρόγνωσης για το αντανάκλαστικό του εμέτου στο οδοντιατρικό περιβάλλον.

02.3 Σχετιζόμενη με τη Στοματική Υγεία Ποιότητα Ζωής στην Προσχολική Ηλικία

Ταουφίκ Κ.¹, Πολυχρονοπούλου Α.², Καββαδία Α.³, Κωλέτσου-Κουνάρη Χ.⁴, Διβάρης Κ.⁵

¹ Παιδοδοντίατρος

² Καθηγήτρια Προληπτικής & Κοινωνικής Οδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

³ Αναπλ. Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής, Division of Paediatric Dentistry, University of Louisville School of Dentistry, USA

⁴ Αναπλ. Καθηγήτρια Προληπτικής & Κοινωνικής Οδοντιατρικής ΕΚΠΑ

⁵ Αναπλ. Καθηγητής Τμήμα Παιδοδοντιατρικής & Επιδημιολογίας University North Carolina at Chapel Hill, USA

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της προσαρμοσμένης στην Ελληνική Γλώσσα εκδοχής (GrECONHIS) του Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECONHIS), ενός δείκτη της σχετικής με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής (ΠΖΣΣΥ) παιδιών προσχολικής ηλικίας.

Υλικό & Μέθοδος: Ο ECONHIS αποτελείται από 13 ερωτήσεις που συμπληρώνονται από τους γονείς για τις επιπτώσεις της στοματικής υγείας/θεραπείας των παιδιών τους, με

κλίμακα από «πότε» έως «πολύ συχνά». Αρχικά χρησιμοποιήθηκε ένα πιλοτικό δείγμα 20 γονέων για τη διαπίστωση της επαναληψιμότητας του GrECONHIS. Έπειτα, ο δείκτης εφαρμόστηκε σε δείγμα 181 γονέων παιδιών προσχολικής ηλικίας και συσχετίστηκε με τη στοματική κατάσταση των παιδιών, καθώς και με το επίπεδο οδοντιατρικών γνώσεων/αλφαριθμητισμού και την ΠΖΣΣΥ των γονέων με μονοπαραγοντικές και πολυπαραγοντικές στατιστικές μεθόδους.

Αποτελέσματα: Ο GrECONHIS είχε άριστη επαναληψιμότητα [παράμετρος συμφωνίας (ICC)=0,97 (95% όρια αξιοπιστίας=0,93-0,99)] και αξιοπιστία (alpha=0,85) με μέση τιμή 3,3 (εύρος=0-27). Η παιδική ΠΖΣΣΥ είχε αρνητική συσχέτιση με την τερηδόνα (Spearman s rho=0,63, $p<0,0005$) και τις θεραπευτικές ανάγκες των παιδιών και θετική συσχέτιση με τις οδοντιατρικές γνώσεις, τον αλφαριθμητισμό και την ΠΖΣΣΥ των γονέων.

Συμπεράσματα: Η Ελληνική προσαρμογή του ECONHIS είναι αξιόπιστη, σχετίζεται με κλινικές και μη παραμέτρους της στοματικής υγείας των παιδιών και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ευρέως στην κλινική οδοντιατρική και στη δημόσια υγεία.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (POSTER)

p1.1 Οδοντιατρική θεραπεία ενός 7χρονου κοριτσιού με μαστοκυττάρωση: παρουσίαση περιστατικού

Αναγνώστου Φ.¹, Χατζηγιάννη Α.², Αραποστάθης Κ.³

¹ Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρική, ΑΠΘ

² Επίκουρη καθηγήτρια Ορθοδοντικής ΑΠΘ

³ Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Εισαγωγή: Η μαστοκυττάρωση είναι σπάνια νόσος που χαρακτηρίζεται από αυξημένο πολλαπλασιασμό των μαστοκυττάρων-κύτταρα που σχετίζονται με την εμφάνιση αλλεργικής αντίδρασης. Στο οδοντιατρικό περιβάλλον υπάρχουν πολλοί εκλυτικοί παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε

αποκοκκίωση αυτών των κυττάρων, καταλήγοντας σε σοβαρές κλινικές εκδηλώσεις ακόμη και εμφάνιση αναφυλακτικού σοκ.

Παρουσίαση περιστατικού: Ένα 7χρονο κορίτσι με μέτριου βαθμού συνεργασία παραπέμφθηκε σε ιδιωτικό παιδοδοντιατρείο της Θεσσαλονίκης. Το παιδί είχε διαγνωσθεί με μαστοκυττάρωση δερματικού τύπου και έχρηζε άμεσης οδοντιατρικής θεραπείας. Λαμβάνοντας υπόψη τη μέτρια συνεργασία του παιδιού και την αντίρρηση των γονέων για θεραπεία υπό γενική αναισθησία και έχοντας τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντα αλλεργιολόγου, αποφασίσθηκε η θεραπεία της ασθενούς σε νοσοκομειακό περιβάλλον με συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων χωρίς γενική αναισθησία. Όλες οι αποκαταστάσεις έγιναν με τοπική αναισθησία και χρήση απομονωτήρα ανά τεταρτημόριο, χρησιμοποιώντας παράλληλα βασικές μεθόδους διαχείρισης συμπεριφοράς. Δεν σημειώθηκαν επιπλοκές κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή μετεγχειρητικά.

Σχόλια: Η αντιμετώπιση των ασθενών με μαστοκυττάρωση θα πρέπει πάντα να γίνεται σε οργανωμένο νοσοκομειακό περιβάλλον, λόγω πιθανής εκδήλωσης επικίνδυνων για τη ζωή αντιδράσεων. Η προσέγγισή τους θα πρέπει να είναι διεπιστημονική, ενώ σημαντικό ρόλο στην έκβαση του σχεδίου θεραπείας παίζει η συνεργασία των γονέων αλλά και του ίδιου του ασθενή.

ρ1.2 Επανάκτηση χώρου με ακίνητους μηχανισμούς, λόγω πρόωρης απώλειας νεογιλού δοντιού

Πέτρου Α.¹, Κρέτση Μ.², Μπίρπου Ε.³, Παπανάκου Σ.⁴, Βαδιάκας Γ.⁵

¹ Οδοντίατρος

² Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

³ Παιδοδοντίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης, ΕΚΠΑ

⁴ Παιδοδοντίατρος & Στοματολόγος Επιστημονικός Συνεργάτης Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

⁵ Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η πρόωρη απώλεια των νεογλών γομφίων μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα απώλειας χώρου, παρεκτόπιση της μέσης γραμμής, λανθασμένη σύγκλειση. Κυριότερες αιτίες αυτού του φαινομένου είναι η τερηδό-

να (31%) και η έκτοπη ανατολή των πρώτων μόνιμων γομφίων (2,65 %) . Για να διορθωθούν τα προβλήματα αυτά είναι απαραίτητη η τοποθέτηση ακίνητων ορθοδοντικών μηχανισμών.

Παρουσίαση Περιστατικών: Περιστατικό 1ο: Αγόρι ηλικίας 8 ετών προσήλθε στην Κλινική Παιδοδοντιατρικής. Κλινικά παρατηρήθηκε η ύπαρξη έκτοπης ανατολής των #36 και #46. Αποφασίστηκε η τοποθέτηση της συσκευής Halterman για ανόρθωση του #46. Παράλληλα έγινε εξαγωγή του #75 και αναμονή για αυθόρμητη ανατολή του #36. Ακολούθως, τοποθετήθηκε ακίνητος μηχανισμός στην περιοχή #36-74. Αφού έγινε επανάκτηση του χώρου, αφαιρέθηκε ο μηχανισμός και τοποθετήθηκε γλωσσικό τόξο για διατήρηση του χώρου μέχρι την ανατολή των μόνιμων δοντιών.

Περιστατικό 2ο: Αγόρι ηλικίας 10 ετών προσήλθε στην Κλινική Παιδοδοντιατρικής. Κλινικά παρατηρήθηκε εγγύς κλίση του #36 και απώλεια χώρου λόγω εξαγωγής του #75 χωρίς να έχει τοποθετηθεί μηχανήμα διατήρησης χώρου. Αποφασίστηκε η τοποθέτηση ακίνητου μηχανισμού στην περιοχή #36-74. Αφού έγινε επανάκτηση του χώρου, αφαιρέθηκε ο μηχανισμός και παρέμεινε το γλωσσικό τόξο για διατήρηση του χώρου μέχρι την ανατολή των μόνιμων δοντιών

Σχόλια: Η έγκαιρη αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων με ακίνητους μηχανισμούς, είναι εξαιρετικής σημασίας, για την ορθή ανάπτυξη της μόνιμης οδοντοφυίας και της ομαλής σύγκλεισης.

ρ1.3 Φθοριούχος Διαμινικός Άργυρος (SDF®). Παρουσίαση περιστατικών

Χατζημάρκου Σ.¹, Ταγκαλάκη Α.², Γκατσογιάννη Μ.², Βαδιάκας Γ.³, Γκιζάνη Σ.⁴

¹ Οδοντίατρος

² Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

³ Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

⁴ Αναπλ. Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Παρά την εξέλιξη των υλικών αποκατάστασης, η ανάγκη εναλλακτικών κλινικών μεθόδων σε τερηδονισμένα δόντια παιδιών με προβλήματα συνεργασίας, παραμένει. Η εφαρμογή φθοριούχου διαμινικού αργύρου

(SDF) αποτελεί μια μη επεμβατική μεταβατική λύση σε επιλεγμένα περιστατικά. Βασικό του μειονέκτημα είναι οι χρώσεις που δημιουργεί όπου εφαρμόζεται, ενώ πρέπει να ελέγχεται η πιθανή ύπαρξη αλλεργιών στον άργυρο.

Παρουσίαση περιστατικών: Ασθενείς 2,5 /3,5 και 9 ετών προσήλθαν στη Μεταπτυχιακή Κλινική Παιδοδοντιατρικής του ΕΚΠΑ έχοντας ελεύθερο ιατρικό ιστορικό αλλά δυσκολία συνεργασίας. Η κλινική εξέταση έδειξε ανοικτές τερηδονικές κοιλότητες, ασυμπτωματικές, χωρίς παθολογικά ακτινογραφικά ευρήματα στον #54 στην πρώτη ασθενή, στα #84,85 στη δεύτερη και στον #85 στον τρίτο ασθενή. Αποφασίστηκε η εφαρμογή SDF 35%. Τα δόντια μετά την εφαρμογή χρωματίστηκαν και η τερηδονισμένη περιοχή έγινε σκληρή δείχνοντας ότι οι βλάβες αναχαϊπίστηκαν. Οι επανεξετάσεις ορίστηκαν, με βάση το πρωτόκολλο της AAPD, αρχικά στις 2 εβδομάδες, έπειτα στους 3 μήνες, ενώ 10-12 μήνες από την πρώτη εφαρμογή, η βλάβη παρέμεινε αναχαϊτισμένη και δεν παρουσιάστηκε παθολογικό σημείο ή σύμπτωμα που να υποδεικνύει την ύπαρξη φλεγμονής.

Σχόλια: Η χρήση του SDF έχει ενθαρρυντικά αποτελέσματα στην αναχαίτιση της τερηδόνας, υπό προϋποθέσεις. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα της μεθόδου έχει περιορισμένη χρονική διάρκεια και χρήζει συχνών επανεξετάσεων, ενώ παραμένει ακόμα ο αισθητικός προβληματισμός.

ρ1.4 Πολυφοτομή με ΜΤΑ σε νεαρό μόνιμο γομφίο με εκτεταμένη αποκάλυψη πολφού. Παρουσίαση περιστατικού

Θωμαδάκη Α.¹, Αλαγιάννη Π.¹, Σαλαμάρα Ο.², Αγουρόπουλος Α.³, Γκίζανη Σ.⁴

¹ Οδοντίατρος

² Παιδοδοντίατρος Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ

³ Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

⁴ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Αποτελεί κοινή πρακτική σε μόνιμα δόντια εκτεταμένη αποκάλυψη κατά την αφαίρεση τερηδόνας να αντιμετωπίζεται με ενδοδοντική θεραπεία. Ωστόσο, στα νεαρά μόνιμα δόντια αυτό συνεπάγεται, εκτός από την απώλεια ζωτικότητας, την οριστική διακοπή της διάπλωσης των

ριζών. Ενναλακτική θεραπεία σήμερα μπορεί να είναι η πολυφοτομή με βιοενεργά υλικά.

Παρουσίαση Περιστατικού: Αγόρι 8 ετών, χωρίς ιατρικό ιστορικό, προσήλθε στην Μεταπτυχιακή κλινική της Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ με πόνο στην περιοχή των μόνιμων γομφίων. Κλινικά διαπιστώθηκε υποπλάσια και εκτεταμένες τερηδονικές βλάβες στους μόνιμους γομφίους. Ακτινογραφικά διαπιστώθηκε ότι τα ακρορρίζιά τους ήταν αδιάπλαστα. Κατά την αφαίρεση της τερηδόνας στον 46 έγινε εκτεταμένη αποκάλυψη πολφού και έτσι πραγματοποιήθηκε μετά από αιμόσταση πολυφοτομή με ΜΤΑ. Ακολούθησε η τελική αποκατάσταση με ανοξείδωτη στεφάνη. Ο κλινικός και ακτινογραφικός επανέλεγχος στους 6 και 24 μήνες έδειξε απουσία σημείων φλεγμονής. Η ανάπτυξη των ριζών συνεχίστηκε με αποτέλεσμα βελτίωση στο μήκος των ριζών, στο πάχος των τοιχωμάτων των ριζικών σωλήνων και στη διάπλωση των ακρορριζίων.

Σχόλια: Η πολυφοτομή σε νεαρά μόνιμα δόντια με εκτεταμένη αποκάλυψη πολφού από τερηδόνα, κρίνεται ως εναλλακτική προτιμότερη από την κλασική ενδοδοντική θεραπεία αφού διατηρεί την ζωτικότητα του πολφο-οδοντικού συμπλέγματος και επιτρέπει την ακρορριζιογένεση επιτυγχάνοντας τη βέλτιστη ανατομία και αντοχή των ριζών.

ρ1.5 Short Root Anomaly: ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και παρουσίαση κλινικού περιστατικού

Τριμερίδου Α.¹, Αρχάκης Α.², Αραποστάθης Κ.², Κοτσάνος Ν.³

¹ Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΑΠΘ

² Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

³ Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Εισαγωγή: Η Ανωμαλία Κοντών Ριζών (Short Root Anomaly, SRA) χαρακτηρίζεται από δόντια με κοντές ρίζες και φυσιολογικά κλειστά ακρορρίζια. Μπορεί να αφορά συμμετρικά ένα ή περισσότερα ζεύγη δοντιών, ενώ υπάρχουν και μορφές που αφορούν σχεδόν όλα τα δόντια στον φραγμό. Η σχέση ρίζας/μύλης των παθολογικών δοντιών είναι 1.1 ή χαμηλότερη. Κλινικά, τα δόντια αυτά παρουσι-

άζουν φυσιολογική μύλη. Οι περιβάλλοντες περιοδοντικοί ιστοί εμφανίζονται κλινικά και ακτινογραφικά φυσιολογικοί. Ο επιπολασμός της SRA διαφέρει ανάλογα με τη φυλή (1,3-10%). Η ανωμαλία φαίνεται να είναι πιο συχνή στα κορίτσια (περίπου Α:Θ=3:1). Η ακριβής αιτιολογία του SRA είναι άγνωστη, όμως πιθανώς να υπάρχει γενετικό υπόβαθρο.

Παρουσίαση Περιστατικού: Κορίτσι, ηλικίας 11 χρονών και 10 μηνών, με καθαρό ιατρικό ιστορικό, προσήλθε για οδοντιατρική εξέταση. Κλινικά, οι μύλες των δοντιών εμφανίζονταν φυσιολογικές, ενώ παρατηρήθηκε κινητικότητα των άνω τομέων, κυρίως των πλαγίων. Ακτινογραφικά, παρατηρήθηκαν κοντές ρίζες σε όλα τα δόντια, πλην των πρώτων γομφίων, με φυσιολογικούς περιοδοντικούς ιστούς. Αυτές των άνω πλαγίων τομέων παρουσίαζαν σχεδόν πλήρη απορρόφηση των ριζών.

Σχόλια: Απαιτείται διαφοροδιάγνωση από άλλες διαταραχές ανάπτυξης ριζών, π.χ. την οφειλόμενη σε ακτινοθεραπεία κεφαλής/τραχήλου. Το περιστατικό παρακολουθείται με πρώτο στόχο την παραμονή των άνω πλαγίων τομέων με ναρθηκοποίησή τους με τα παρακείμενα δόντια, ενώ πιθανός τρόπος μεταβίβασης διερευνάται.

Ρ1.6 Κλινικά περιστατικά εφαρμογής Φθοριούχου Διαμινικού Αργύρου (SDF)

Μιχαλάκη Μ.¹, Συρράκου Ε.²

¹ Οδοντίατρος

² Παιδοδοντίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση του υλικού Φθοριούχου Διαμινικού Αργύρου-Silver Diamine Fluoride (SDF). Το SDF είναι ένα διάλυμα αμμωνίας, που περιέχει άργυρο και φθόριο. Οι κυριότερες ενδείξεις εφαρμογής του είναι περιπτώσεις ελέγχου τερηδόνας ή υπερευαισθησίας σε ασθενείς με εκτεταμένες θεραπευτικές ανάγκες ή με δυσκολία στη συνεργασία. Ως πλεονεκτήματα αναφέρονται το απλό και οικονομικό της μεθόδου εφαρμογής, ενώ ως κυριότερο μειονέκτημα η σκούρα χρώση που προκαλείται στον οδοντικό ιστό.

Παρουσίαση περιστατικών: Τα κλινικά περιστατικά που παρουσιάζονται αφορούν την εφαρμογή SDF σε ασθενείς

ηλικίας 4-9 ετών. Τα πρωτόκολλα που εφαρμόστηκαν περιλαμβάνουν: απλή τοποθέτηση SDF και τοποθέτηση SDF ακολουθούμενη από αποκατάσταση με υαλινομερή (τεχνική SMART). Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για διάστημα 6-12 μηνών.

Σχόλια: Αναφορικά με τα παραπάνω περιστατικά, επιλέχθηκε το υλικό λόγω μη δυνατότητας πλήρους ελέγχου υγρασίας (όχι πλήρης ανατολή), δυσκολίας επίτευξης επαρκούς αναισθησίας των ΜΗ γομφίων-μεγάλη ευαισθησία τους στα ερεθίσματα και μη συνεργασίας από πλευράς του ασθενούς. Στο διάστημα παρακολούθησης, τα αποτελέσματα κρίθηκαν αρκετά ικανοποιητικά, καθώς συνετέλεσε στον έλεγχο και την μη περαιτέρω εξέλιξη της τερηδονικής βλάβης, στην σταδιακή μείωση της ευαισθησίας στα ερεθίσματα, καθώς και στην εξοικείωση και εξασφάλιση συνεργασίας μεταξύ ασθενούς-ιατρού.

Ρ1.7 Οπίσθια σταυροειδής σύγκλειση: θεραπευτική αντιμετώπιση. Παρουσίαση περιστατικών

Κατέχνη Β.¹, Θεριστόπουλος Α.¹, Πέτρου Α.¹, Κωταντούλα Γ.², Μπιρπού Ε.³, Κουτσά Β.³

¹ Οδοντίατρος

² Παιδοδοντίατρος

³ Παιδοδοντίατρος Επιστημονικός Συνεργάτης Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η οπίσθια σταυροειδής σύγκλειση συναντάται σε ποσοστό 5-8% σε ηλικίες 3-12 ετών. Οι κυριότερες αιτίες εμφάνισης της είναι: η κληρονομικότητα, το ανεπαρκές μήκος οδοντικού τόξου, η σκελετική διαφορά μεγέθους μεταξύ άνω και κάτω γνάθου και διάφορες έξεις.

Παρουσίαση Περιστατικών: Κορίτσια ηλικίας 10 και 13 ετών με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό προσήλθαν στην Κλινική. Κατά την κλινική εξέταση του 1ου περιστατικού διαπιστώθηκε η ύπαρξη ετερόπλευρης οπίσθιας σταυροειδούς σύγκλεισης στην δεξιά πλευρά του στόματος. Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλάμβανε την τοποθέτηση ακίνητου ορθοδοντικού μηχανισμού Hyrax για ταχεία διεύρυνση της άνω γνάθου. Η διόρθωση της σταυροειδούς σύγκλεισης διήρκεσε δεκατρείς ημέρες. Το μηχανήμα πα-

ρέμεινε στο στόμα για 6 μήνες μετά το τέλος της διεύρυνσης για σταθεροποίηση του αποτελέσματος και αποφυγή τυχόν υποτροπής.

Το 2ο περιστατικό διαγνώστηκε με ετερόπλευρη οπίσθια σταυροειδή σύγκλειση στην αριστερή πλευρά του στόματος. Αποφασίστηκε η τοποθέτηση ακίνητου ορθοδοντικού μηχανισμού Quad Helix. Στην εξάμηνη επανεξέταση παρατηρήθηκε πλήρης διόρθωση της σταυροειδούς σύγκλεισης. Ο μηχανισμός παρέμεινε για 6 μήνες ακόμα για διατήρηση του αποτελέσματος.

Σχόλια: Η έγκαιρη αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων είναι εξαιρετικής σημασίας για την ομαλή ανάπτυξη των γνάθων. Σε αντίθετη περίπτωση μπορεί να οδηγήσει σε σκελετική ασυμμετρία του προσώπου ή/και σε δυσλειτουργία των κροταφογναθικών αρθρώσεων.

P2 ΔΙΑΓΩΝΙΖΟΜΕΝΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΒΡΑΒΕΙΟ ΕΠΕ

P2.1 Αντιμετώπιση κατάγματος φατνιακής απόφυσης άνω γνάθου σε νεογιλή οδοντοφυΐα. Παρουσίαση δύο περιπτώσεων

*Λυγιδάκης Ν.Ν.¹, Χατζηδημητρίου Κ.²,
Χορευτάκης Σ.³, Λυγιδάκης ΝΑ.⁴*

¹ Παιδοδοντίατρος

² Παιδοδοντίατρος Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ

³ Τελειόφοιτος Οδοντιατρικής ΕΚΠΑ

⁴ Υφηγητής Παιδοδοντιατρικής Παν/μίου Leeds, UK

Εισαγωγή: Τα κατάγματα φατνιακής απόφυσης αποτελούν το 4,4% του συνόλου των τραυματισμών στα παιδιά. Η αντιμετώπισή τους στη νεογιλή οδοντοφυΐα διαφέρει από τη μόνιμη, λόγω της συνεχιζόμενης αύξησης των γνάθων

και της ανάπτυξης της οδοντοφυΐας.

Παρουσίαση περιστατικών: Ασθενείς ηλικίας 3 και 4 ετών προσήλθαν λίγες ώρες μετά από τραυματισμό της άνω γνάθου λόγω πτώσης. Κλινικά, στην πρώτη περίπτωση, διαπιστώθηκε κατάγμα φατνιακής απόφυσης στην περιοχή των 61,62 με παρειακή μετατόπιση του κατεαγότος τμήματος. Άμεσα έγινε επανατοποθέτησή του με χειρισμούς στην αρχική θέση, επιβεβαίωση της σωστής θέσης ακτινογραφικά και ακινητοποίηση για 4 εβδομάδες. Ένα χρόνο μετά, δεν παρατηρείται κανένα παθολογικό σημείο και σύμπτωμα. Ο δεύτερος ασθενής εμφάνισε κατάγμα φατνιακής απόφυσης στην περιοχή των 51,61 με υπερώια μετατόπιση του κατεαγότος τμήματος και παράλληλα πλάγια μετατόπιση των άνω κεντρικών τομέων προς την υπερώια. Ακτινογραφικά, διαπιστώθηκε οριζόντιο κατάγμα ρίζας στον 61 και περιακρορριζική αλλοίωση στον 51, πιθανόν λόγω προηγούμενου τραύματος στην περιοχή. Εφαρμόστηκε το ίδιο σχέδιο θεραπείας και 3 χρόνια μετά ακολούθησε φυσιολογική απόπτωση των νεογιλών δοντιών και ανατολή των μόνιμων τομέων.

Σχόλια: Η σωστή και άμεση αντιμετώπιση των καταγμάτων φατνιακής απόφυσης στα παιδιά, καθώς και οι τακτικές επανεξετάσεις είναι απαραίτητες για τη διατήρηση των νεογιλών δοντιών και τη φυσιολογική ανάπτυξη των μόνιμων διαδόχων τους.

P2.2 Αντιμετώπιση πολλαπλών οδοντικών τραυματισμών σε παιδί 8 ετών με παρακολούθηση δύο ετών. Παρουσίαση περιστατικού

*Θεριστόπουλος Α¹., Βατσολάκη Λ.²,
Χατζηδημητρίου Κ.³, Παπαχρόνη Μ.³, Λυγιδάκης
Ν.⁴, Γκίζάνη Σ.⁵*

¹ Οδοντίατρος

² Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

³ Παιδοδοντίατρος Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ

⁴ Υφηγητής Παιδοδοντιατρικής Παν/μίου Leeds, UK

⁵ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η αντιμετώπιση σύνθετων οδοντικών τραυματισμών πρέπει να είναι άμεση και περιλαμβάνει λήψη πλήρους ιστορικού, λεπτομερή κλινική και ακτινογραφική εξέταση, τεκμηριωμένη θεραπεία και τακτική παρακολούθηση.

Παρουσίαση Περιστατικού: Κορίτσι 8 ετών προσήλθε λόγω τραυματισμού στην περιοχή των άνω τομέων, 3 ώρες μετά το ατύχημα. Κλινικά και ακτινογραφικά, διαπιστώθηκε ολική εκγύμωση του 11, που διατηρήθηκε σε γάλα και χαλάρωση των 21,22. Επιπλέον, παρατηρήθηκε κάταγμα αδαμαντίνης-οδοντίνης με αποκάλυψη πολφού στον 21 και χωρίς αποκάλυψη πολφού στους 11,22. Άμεσα έγινε επανεμφύτευση του 11, ακινητοποίηση των τομέων και άμεση κάλυψη του 21 με υδροξείδιο του ασβεστίου και υαλοιονομερή κονία. Μια εβδομάδα μετά έγινε εκπόλωση στον 11 ενώ η ακινητοποίηση αφαιρέθηκε 4 εβδομάδες μετά τον τραυματισμό. Στη συνέχεια, λόγω νέκρωσης πολφού στον 21 πραγματοποιήθηκε ενδοδοντική θεραπεία και παράλληλα ολοκληρώθηκαν οι ανασυστάσεις σύνθετων ρητινών στους τομείς. Τρεις μήνες αργότερα, εμφανίστηκε νέκρωση πολφού και στον 22 όπου λόγω αδιάπλαστου ακροριζίου η ενδοδοντική θεραπεία έγινε με MTA plug και θερμοπλαστικοποιημένη γουταπέρκα. Δυο χρόνια μετά τον τραυματισμό, δεν αναφέρεται κανένα σύμπτωμα, κλινικά και ακτινογραφικά όμως παρατηρείται έναρξη αντικαταστατικής απορρόφησης στον 11.

Σχόλια: Η έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση και η συστηματική παρακολούθηση των τραυματισμένων δοντιών είναι σημαντικοί παράγοντες τόσο για την πρόγνωση των δοντιών αυτών όσο και για την καλύτερη αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών.

p2.3 Οδοντιατρική αντιμετώπιση ασθενή 4 ετών με μη συνδρομική Pierre Robin ακολουθία. Παρουσίαση περιστατικού

*Ταγκαλάκη Κ.¹, Κατέχη Β.², Παπανάκου Σ.³,
Νασίκα Μ.⁴, Γκίζάνη Σ.⁵*

¹ Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

² Οδοντίατρος

³ Παιδοδοντίατρος & Στοματολόγος Επιστημονικός Συνεργάτης Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

⁴ Ορθοδοντικός, Επιστημονικός Συνεργάτης Ορθοδοντικής ΕΚΠΑ

⁵ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η Pierre-Robin ακολουθία (PRa) (OMIM 261800) αποτελεί μια σπάνια (1:8.500-14.000 γεννήσεις), συγγενή κρανιοπροσωπική ανωμαλία. Χαρακτηρίζεται από μικρογναθία της κάτω γνάθου, γλωσσόπτωση και συχνά υπερωισχιστία. Εμφανίζεται σαν μεμονωμένη ακολουθία (20-40% των περιπτώσεων) ή σαν μέρος γενετικού συνδρόμου. Η μη-συνδρομική PRa συνυπάρχει με σοβαρά ορθοδοντικά προβλήματα ενώ έχει συσχετισθεί με αγενεσία δοντιών και ταυροδοντισμό.

Παρουσίαση Περιστατικού: Κορίτσι 4 ετών, προσήλθε στην μεταπτυχιακή κλινική της Παιδοδοντιατρικής του ΕΚΠΑ λόγω πολυτερηδονισμού. Από το ιατρικό ιστορικό διαπιστώθηκε η διάγνωση μη-συνδρομικής PRa και η πραγματοποίηση επεμβάσεων για αύξηση της κάτω γνάθου ενώ η ασθενής λειτουργούσε με τραχειοστομία. Η διαχείριση της συμπεριφοράς ήταν δύσκολη ενώ η κλινική εξέταση αποκάλυψε περιορισμένη διάνοιξη στόματος, μικρογλωσσία, γλωσσόπτωση, στενή θολωτή υπερώα, υποπλασία σε όλα τα νεογιλά δόντια της κάτω γνάθου και τερηδόνα στα #54, 55, 64, 65 καθώς και αρχόμενες τερηδόνες στα πρόσθια της άνω. Η ακτινογραφική εξέταση επιβεβαίωσε την απουσία υπερωισχιστίας. Το σχέδιο θεραπείας περιελάμβανε προληπτικό πρόγραμμα (οδηγίες στοματικής υγιεινής και διατροφής, καθαρισμό-φθορίωση ανά 3-4μηννο) και αποκατάσταση των υποπλαστικών και των τερηδονισμένων δοντιών.

Σχόλια: Η οδοντιατρική φροντίδα μικρών ασθενών με μη-συνδρομική PRa αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό παιδοδοντίατρο στη διαχείριση της συμπεριφοράς και στην εφαρμογή προληπτικού ή/και θεραπευτικού σχεδίου λόγω των ιδιοπεριοτήτων της γενικής και οδοντιατρικής τους κατάστασης.

P2.4 Αντιμετώπιση παιδιατρικού ασθενή με μη ταυτοποιημένο σύνδρομο. Ο ρόλος του παιδοδοντιάτρου

Παύλου Α¹., Λιάτση Α.², Παπανάκου Σ.³,
Γκίζάνη Σ.⁴

¹ Οδοντίατρος

² Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

³ Παιδοδοντίατρος & Στοματολόγος Επιστημονικός
Συνεργάτης Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

⁴ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η διαφορική διάγνωση των συνδρόμων που εμφανίζουν αγγειακές δυσπλασίες, ημιυπερτροφία σώματος με συνοδές εγκεφαλικές αλλοιώσεις περιλαμβάνουν το Klippel-Trenaunay, Sturge-Weber, CLOVES, Proteus, CLAPO κ.α. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα κλινικά χαρακτηριστικά τους αλληλεπικαλύπτονται με αποτέλεσμα να απαιτείται γονιδιακός έλεγχος προκειμένου να τεθεί τελική διάγνωση.

Παρουσίαση περιστατικού: Αγόρι 8,5 ετών προσήλθε στην μεταπτυχιακή κλινική της Παιδοδοντιατρικής Αθηνών, λόγω πολυτεριδονισμού. Από το ιατρικό ιστορικό σημειώθηκε πιθανή διάγνωση του συνδρόμου Sturge-Weber από τη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία».

Η κλινική εξέταση αποκάλυψε ημιυπερτροφία σε ολόκληρη την αριστερή πλευρά του σώματος. Εξωστοματικά παρατηρήθηκε αγγειακή δυσπλασία στο φίλτρο του άνω χείλους αριστερά, υπερτροφία του αριστερού ημιμορίου του προσώπου και πάρεση του αντίστοιχου βυκανητικού κλάδου του προσωπικού. Ενδοστοματικά παρατηρήθηκε υπερτροφία της φαρυγγικής ακρολοφίας με πρόωρη ανατολή των δοντιών του αριστερού ημιμορίου καθώς και αγγειακή δυσπλασία λεμφικού τύπου στο οπίσθιο τριτημόριο της γλώσσας. Η ακτινογραφική εξέταση επιβεβαίωσε την ασύμμετρη ανάπτυξη των δύο ημιμορίων. Θα παρουσιαστεί ένα ολοκληρωμένο σχέδιο θεραπείας που επιτεύχθηκε σε συνεργασία με Ορθοδοντικό, Γναθοχειρουργό και με τους θεράποντες ιατρούς από το Νοσοκομείο Παίδων.

Σχόλια: Η αντιμετώπιση περιστατικών με σπάνια σύνδρομα απαιτεί συντονισμένες ενέργειες πολλών ειδικοτήτων για την επιτυχή διαχείρισή τους, στα οποία ο παιδοδοντίατρος παίζει καθοριστικό ρόλο.

P3 ΔΙΑΓΩΝΙΖΟΜΕΝΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΒΡΑΒΕΙΟ «ΜΠΑΛΤΑ»

P3.1 Αυτοματοποιημένος εντοπισμός και διάγνωση μαστικών τερηδόνων (ICDAS II) με αλγόριθμους από ψηφιακές εικόνες ενδοστοματικής κάμερας in vivo

Ανδρίκουλα Θ.¹, Ουλής Κ.², Μπερδούσης Η.³,
Μαγκλογιάννης Η.⁴, Μούτσελος Κ.⁵

¹ Παιδοδοντίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ

² Ομότιμος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

³ Παιδοδοντίατρος

⁴ Αναπληρώτης Καθηγητής & Διευθυντής Εργαστηρίου
Υπολογιστικής Βιοϊατρικής Τμήμα Μηχανικών
Πληροφοριακών & Επικοινωνιακών Συστημάτων,
Πανεπιστήμιο Πειραιά

⁵ Διδάκτορας, Τμήμα Ψηφιακών Συστημάτων, Πανεπιστήμιο
Πειραιώς

Σκοπός: Η εφαρμογή και αξιολόγηση της αξιοπιστίας ενός αυτοματοποιημένου συστήματος διάγνωσης μαστικών τερηδόνων σε ψηφιακές φωτογραφίες που έχουν ληφθεί από δόντια in vivo με τη χρήση ενδοστοματικής κάμερας.

Υλικό & Μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 106 μόνιμοι γομφίοι ασθενών της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ. Τα δόντια φωτογραφίζονταν μέσα στο στόμα με ενδοστοματική κάμερα. Ο εξεταστής αξιολογούσε κάθε περιοχή ενδιαφέροντος των μαστικών επιφανειών με άμεση και έμμεση οπτική παρατήρηση. Για την καταγραφή των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε μια εφαρμογή με Superpixels που αναπτύχθηκε σε περιβάλλον Java. 86 από αυτές τις φωτογραφίες (3024 Superpixels) χρησιμοποιήθηκαν για την εκπαίδευση του αλγόριθμου. 20 διαφορετικές φωτογραφίες (835 Superpixels) αξιολογήθηκαν από τον αλγόριθμο και

τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με αυτά από την άμεση και έμμεση οπτική παρατήρηση.

Αποτελέσματα: Συγκρίνοντας την ταξινόμηση του συστήματος με την ταξινόμηση του εξεταστή από την άμεση και έμμεση οπτική παρατήρηση, η μέση τιμή της ευαισθησίας υπολογίστηκε στο 59,1% και 57,3%, της ειδικότητας στο 91,3% και 92,2%, της ορθότητας στο 49,9% και 46,2% ενώ η ακρίβεια στο 74% και 71,6% αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η χρήση αλγορίθμων για την αυτοματοποιημένη ανίχνευση και κατάταξη μασπικών τερηδονικών βλαβών σύμφωνα με το σύστημα ICDAS II από φωτογραφίες ενδοστοματικής κάμερας αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη τεχνική.

Ρ3.2 Επίδραση φθοριούχου βερνικιού με τρι-φωσφορικό ασβέστιο σε λευκές κηλίδες μετά από ορθοδοντική θεραπεία: μία ελεγχόμενη μονά τυφλοποιημένη κλινική μελέτη

Σαλαμάρα Ο.¹, Παπαδημητρίου Α.², Mortensen D.³, Σηφακάκης Ι.⁴, Κωλέτση Δ.⁵, Twetman S.⁶, Γκρίζανη Σ.⁷

¹ Παιδοδοντίατρος, Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών, ΕΚΠΑ

² Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Ορθοδοντικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

³ Υποψ. Διδάκτωρ, Τμήμα Οδοντολογίας, Πανεπιστήμιο Κοπεγχάγης

⁴ Επίκ. Καθηγητής, Εργαστήριο Ορθοδοντικής, ΕΚΠΑ

⁵ Ορθοδοντικός, Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών, ΕΚΠΑ

⁶ Ομοτ. Καθηγητής, Τμήμα Οδοντολογίας, Πανεπιστήμιο Κοπεγχάγης

⁷ Αναπλ. Καθηγήτρια, Διευθύντρια Εργαστηρίου Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

Σκοπός: α) Να διερευνηθεί η επίδραση του βερνικιού Clinpro™ White Varnish σε μετα-ορθοδοντικές λευκές κηλίδες (WSLs), β) να μελετηθεί αν οι ασθενείς και οι οδοντίατροι αντιλήφθηκαν κάποιες βελτιώσεις.

Υλικό και Μέθοδος: 59 ασθενείς με τουλάχιστον δύο ορατές WSLs στους άνω τομείς, κυνόδοντες ή πρώτους προγόνιους τυχαία κατανεμήθηκαν στην ομάδα μελέτης όπου τοποθετήθηκε βερνίκι μετά την αφαίρεση των ορθοδοντικών μηχανισμών και 8 εβδομάδες μετά ή στην ομάδα ελέγχου στην οποία τοποθετήθηκε μια εικονική ουσία τις ίδιες χρονικές στιγμές. Η εμφάνιση WSLs αξιολογήθηκε σε 8 και 16 εβδομάδες (ICDAS) ενώ η υποκειμενική αξιολόγηση των WSLs από ασθενείς και οδοντιάτρους καταγράφηκε με την κλίμακα VAS. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με chi-square δοκιμές και ένα μεικτό στατιστικό μοντέλο.

Αποτελέσματα: Μετά από 16 εβδομάδες, το 62% των WSLs στην ομάδα μελέτης δεν έδειξε σημεία απασβεσίωσης συγκριτικά με 39% στην ομάδα ελέγχου (OR = 0.22, p < 0.05). Σημαντική συσχέτιση (p < 0,05) παρατηρήθηκε μεταξύ της αξιολόγησης των λευκών κηλίδων από τους ασθενείς και τους οδοντιάτρους.

Συμπεράσματα: Εντός των περιορισμών αυτής της μελέτης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το Clinpro™ White Varnish θα μπορούσε να αναστρέψει τις WSLs κατά τη διάρκεια 16 εβδομάδων μετά την αφαίρεση των ορθοδοντικών μηχανισμών. Οι ασθενείς και οι οδοντίατροι αξιολόγησαν παρόμοια τις τυχόν αισθητικές βελτιώσεις.

Ρ3.3 Άμεση κάλυψη πολφού σε νεογιλούς γομφίους. Συγκριτική κλινική μελέτη τριών υλικών άμεσης κάλυψης πολφού με 1 χρόνο παρακολούθησης.

Χατζηδημητρίου Κ.¹, Κωλέτση Δ.², Λυγιδάκης ΝΑ.³, Γκρίζανη Σ.⁴, Βαδιάκας Γ.⁵

¹ Παιδοδοντίατρος Επιστημονική Συνεργάτης Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

² Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιστημονικός Συνεργάτης Εργαστηρίου Ορθοδοντικής ΕΚΠΑ

³ Υφηγητής Παιδοδοντιατρικής Παν/μίου Leeds, UK

⁴ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

⁵ Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Σκοπός: Η εκτίμηση και σύγκριση των ποσοστών επιτυ-

χίας της άμεσης κάλυψης πολφού σε νεογιλούς γομφίους με τερηδονική αποκάλυψη πολφού, χρησιμοποιώντας τρία διαφορετικά υλικά.

Υλικά και Μέθοδοι: Το δείγμα περιλάμβανε 3 ομάδες 1ων και 2ων νεογιλών γομφίων με βαθιές ενεργές τερηδονικές βλάβες, χωρίς κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα μη αντιστρεπτής πολφικής φλεγμονής. Για την άμεση κάλυψη του πολφού, στην 1η ομάδα χρησιμοποιήθηκε $\text{Ca}(\text{OH})_2$, στη 2η Pure Portland cement® Med-PZ και στην 3η Biodentine™. Τα δόντια αποκαταστάθηκαν με σύνθετη ρητίνη. Οι επανεξετάσεις έγιναν στους 3, 6, 12 μήνες και κάθε 6 μήνες μετά. Αποτελέσματα: Σε 66 ασθενείς (25 κορίτσια, 41 αγόρια) με μέση ηλικία 7,2 ετών και διάμεσο χρόνο παρακολούθησης 12 μήνες, ο συνολικός αριθμός των δοντιών που μελετήθηκαν ήταν 79 (27 στην 1η ομάδα, 29 στην 2η, 23 στην 3η). Το ποσοστό αποτυχίας της άμεσης κάλυψης ανεξαρτήτως χρησιμοποιηθέντος υλικού ήταν 16%. Οι αποτυχίες ήταν 5 δόντια στη 1η ομάδα, 5 στη 2η και 3 στη 3η, χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αποτυχίας και τύπου υλικού κάλυψης.

Συμπεράσματα: Η άμεση κάλυψη σε νεογιλούς γομφίους με αποκάλυψη πολφού λόγω τερηδόνας εμφάνισε ποσοστό επιτυχίας 84% μετά από 12 μήνες. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στο ποσοστό αποτυχίας μεταξύ των διαφορετικών υλικών άμεσης κάλυψης.

P4.1 Μελέτη της απελευθέρωσης ανόργανων στοιχείων από πέντε αποκαταστατικά υλικά με φασματοφωτομετρία οπτικής εκπομπής με επαγωγικά συζευγμένο πλάσμα (ICPOES)

*Ρούσσου Κ.¹, Κουλαουζίδου Ε.², Αρχάκης Α.³,
Κοτσάνος Κ.⁴*

¹ Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

² Καθηγήτρια Παθολογίας και Θεραπευτικής των Οδοντικών Ιστών, Οδοντιατρικής ΑΠΘ

³ Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

⁴ Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη της απελευθέρωσης ανόργανων στοιχείων από πέντε αποκαταστατικά υλικά μετά την παραμονή τους σε υδατικό διάλυμα.

Υλικά και Μέθοδος: Για την μελέτη χρησιμοποιήθηκαν πέντε (5) αποκαταστατικά υλικά: Activa Bioactive Restorative (Pulpdent, USA), Ena HRi (Micerium, Italy), Enamel Plus HRi Bio Function (Micerium, Italy), Fuji II LC (GC Dental, Japan), Fuji IX (GC Dental, Japan). Κατασκευάστηκαν δοκίμια (πάχους 2mm και διαμέτρου 5mm) σύμφωνα με τις οδηγίες των κατασκευαστών και τοποθετήθηκαν σε φιαλίδια που περιείχαν αποιονισμένο νερό για 1 εβδομάδα και για 15 μέρες. Η ανίχνευση των στοιχείων Si, Al, Ca, P, Na έγινε με τη χρήση φασματοφωτομετρίας οπτικής εκπομπής με επαγωγικά συζευγμένο πλάσμα (inductively coupled plasma-optical emission spectrometry, ICP-OES, Perkin Elmer, USA). Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS και το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 0.05.

Αποτελέσματα: Τα στοιχεία Si, Al, Ca, Na απελευθερώθηκαν από όλα τα υλικά για το χρόνο παρακολούθησης 1 εβδομάδας, ενώ ο P δεν ανιχνεύθηκε σε κανέναν από τους χρόνους παρακολούθησης. Οι υαλοϊονομερείς κόνιες Fuji IX και Fuji II LC εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερη απελευθέρωση ανόργανων στοιχείων, ιδιαίτερα στο χρόνο παρακολούθησης της 1 εβδομάδας.

Συμπεράσματα: Η απελευθέρωση ανόργανων στοιχείων διαφέρει μεταξύ των υλικών και εξαρτάται από τη σύνθεση του κάθε υλικού και το χρόνο παραμονής τους στο υδατικό διάλυμα.

P4.2 Συχνότητα εμφάνισης τερηδόνας βρεφικής και νηπιακής ηλικίας (TEBNH) σε παιδιά 1-4 ετών και η συσχέτιση της με διατροφικές έξεις, σε ιδιωτική παιδοδοντιατρική κλινική στη Θεσσαλονίκη

Γεράκη Π.¹, Ποιμενίδου Α.¹, Τσιάντου Δ.²

¹ Οδοντίατρος

² Παιδοδοντίατρος

Σκοπός: της μελέτης είναι να παρουσιασθεί η συχνότητα εμφάνισης TEBNH και η συσχέτισή της με διατροφικές έξεις, σε ασθενείς ηλικίας 1-4 ετών ιδιωτικής παιδοδοντιατρικής κλινικής.

Υλικό & Μέθοδος: Η αναδρομική μελέτη έλαβε μέρος στη Θεσσαλονίκη, μεταξύ 2016-2019 σε 1223 1-4 ετών που προσήλθαν για αρχική εξέταση.

Αποτελέσματα: Από το δείγμα, το 23% επισκέφθηκαν την κλινική στην ηλικία 1-2 ετών. Συνολικά, 113 ασθενείς (9,23%) μέσου όρου ηλικίας τα 3 έτη, ανέφεραν στη λήψη ιστορικού, διατροφικές έξεις. Κύρια αιτία προσέλευσης ήταν η τερηδόνα (51,9%). Η πλειοψηφία των παιδιών (71,7%) θήλαζαν πάνω από 12 μήνες, ενώ ο συνδυασμός έξεων (τσάι, σακχαρούχα ροφήματα, μπιμπερό) καταγράφηκε στο 12,1%. Στα παιδιά που θήλαζαν, ενώ το 10,7% ήταν ελεύθερο τερηδόνας, όταν αυτή καταγράφηκε αφορούσε κυρίως άνω πρόσθια δόντια. Στα παιδιά με συνδυασμό έξεων, το 58,9% είχε περισσότερα από 3 δόντια με τερηδόνα ιδίως στην οπίσθια περιοχή.

Συμπεράσματα: Το ποσοστό εμφάνισης TEBNH της παρούσης μελέτης κυμαίνεται σε παρόμοια επίπεδα με τη διεθνή βιβλιογραφία. Η TEBNH εμφανίζεται πιο έντονα στα παιδιά με συνδυασμό έξεων, τόσο όσον αφορά τον αριθμό των δοντιών όσο και την έκταση της εντόπισης της.

P4.3 Διαταραχές αριθμού και σχήματος δοντιών μόνιμου και νεογιλού φραγμού: καταγραφή περιστατικών σε παιδοδοντιατρική κλινική στη Θεσσαλονίκη

Ποιμενίδου Α.¹, Γεράκη Π.¹, Τσιάντου Δ.²

¹ Οδοντίατρος

² Παιδοδοντίατρος

Σκοπός: της μελέτης είναι να παρουσιασθεί η συχνότητα οδοντικών ανωμαλιών που σχετίζονται με τον αριθμό και τη μορφολογία σε ασθενείς παιδοδοντιατρικής κλινικής.

Υλικά & Μέθοδος: Η αναδρομική μελέτη έλαβε μέρος σε ιδιωτική παιδοδοντιατρική κλινική στη Θεσσαλονίκη, το χρονικό διάστημα 2014-2019, σε 6169 ασθενείς που προσήλθαν για αρχική εξέταση, ηλικίας 1-13 ετών. Έγινε αναζήτηση στο ηλεκτρονικό αρχείο, κλινικά και ακτινογραφικά κάθε ασθενούς.

Αποτελέσματα: Συνολικά 156 ασθενείς (2,53%) ανευρέθηκαν με μια ή περισσότερες οδοντικές ανωμαλίες σε 255 δόντια. Μόνο 4 ασθενείς παρουσίασαν ταυτόχρονα δυο διαφορετικές κατηγορίες ανωμαλιών. Σε σχέση με το φύλο δεν εμφανίσθηκε σημαντική διαφορά, αν και οι συγγενείς ελλείψεις στα μόνιμα δόντια ήταν περισσότερες στα κορίτσια (65,6%). Η διδυμία, η συνοδόντωση, οι μεσόδοντες, το ουυχοειδές φύμα talon και οι συγγενείς ελλείψεις νεογιλών αφορούσαν μόνο πρόσθια δόντια. Η διδυμία εμφανίσθηκε σε διπλάσια συχνότητα σε δόντια της άνω γνάθου σε σχέση με της κάτω. Οι συγγενείς ελλείψεις πρόσθιων νεογιλών δοντιών άνω και κάτω δεν εμφάνισαν σημαντική διαφορά. Οι συγγενείς ελλείψεις κάτω μόνιμων οπισθίων δοντιών ήταν πιο συχνές. Συμπεράσματα: Όσον αφορά τις διαταραχές αριθμού και σχήματος δοντιών, οι ανωμαλίες του αριθμού είναι πιο συχνές σε ποσοστά που κυμαίνονται σε παρόμοια επίπεδα με αυτά που παρουσιάζονται βιβλιογραφικά.

P4.4 Συσχέτιση των κλινικών και ακτινογραφικών οδοντιατρικών ευρημάτων με ιατρικές παραμέτρους σε παιδιά με ατελή οστεογένεση: σειρά περιστατικών

Γκατσογιάννη Μ.¹, Αγουρόπουλος Α.²,
Δουληγεράκη Α.³, Αθανασοπούλου Ε.⁴,
Πολυζώνης Γ.⁵, Καθβαδία Α.⁵, Γκίζάνη Σ.⁶

¹ Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

² Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

³ Παιδίατρος, Διευθύντρια Τομέα νοσημάτων μεταβολισμού οστών και μετάλλων, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (TNMO και MM, ΙΥΠ)

⁴ Βιοχημικός, Τομέας νοσημάτων μεταβολισμού οστών και μετάλλων, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (TNMO και MM, ΙΥΠ)

⁵ Ιατρός Ακτινοδιαγνώστης, Τομέας νοσημάτων μεταβολισμού οστών και μετάλλων, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (TNMO και MM, ΙΥΠ)

⁶ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Division of Paediatric Dentistry, University of Louisville School of Dentistry, Louisville, Kentucky, USA

⁷ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Σκοπός: Η συσχέτιση των κλινικών και ακτινογραφικών οδοντιατρικών ευρημάτων με κλινικές, απεικονιστικές και βιοχημικές ιατρικές παραμέτρους σε σειρά περιστατικών παιδιών με ατελή οστεογένεση (ΑΟ).

Υλικό & Μέθοδος: Σε 12 παιδιά με ΑΟ, 5-16 ετών η πρόσληψη ασβεστίου, η ανάπτυξη (ύψος, βάρος, δείκτης μάζας σώματος), το ιστορικό καταγμάτων, η οστική πυκνότητα και οι δείκτες οστικού μεταβολισμού συσχετίστηκαν με κλινικά (DMFT, dmft, CPI, OHI, τάξη Angle) και ακτινογραφικά ευρήματα από πανοραμικές ακτινογραφίες. Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική, t test και συντελεστής συσχέτισης του Spearman r ($p \leq 0.05$).

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 10.6 έτη (SD 3.99), 8% είχε οπαλίζουσα οδοντίνη, 58%

τερηδόνα σε μόνιμα (DMFT=2.66, SD: 3.28) και 17% σε νεογιλά δόντια (dmft 1.25, SD: 2.98), ενώ 50% είχε τρίτη τάξη Angle. Μέση τιμή OHI =2.25 (SD: 0.622) και CPI =1.33 (SD:0.492). Εννέα ασθενείς είχαν τουλάχιστον ένα ακτινογραφικό εύρημα, (28% ενασβεσίωση πολφού, 57% αυχενική περίσφιξη, 50% ταυροδοντισμό, 7% έγκλειστα δόντια και 7% οδοντική αγενεσία). Η τερηδόνα στα νεογιλά συσχετίστηκε σημαντικά με τη συνολική πρόσληψη Ca ($p=0.022$) και στα μόνιμα δόντια με την ηλικία ($p=0.007$).

Συμπεράσματα: Η τερηδόνα και η κακή στοματική υγιεινή είναι συχνά προβλήματα σε ασθενείς με ΑΟ ενώ η ακτινογραφική απεικόνιση πρέπει να αποτελεί μέρος της οδοντιατρικής εξέτασης.

P4.5 Αντιμετώπιση οδοντιατρικών τραυματισμών στην Μεταπτυχιακή κλινική Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ την τελευταία πενταετία

Κωτσαντή Μ.¹, Γκουρτσογιάννη Σ.²,
Αγουρόπουλος Α.³, Γκίζάνη Σ.⁴

¹ Οδοντίατρος

² Παιδοδοντίατρος Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ

³ Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

⁴ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Σκοπός: Είναι η παρουσίαση των επιδημιολογικών δεδομένων των οδοντιατρικών τραυματισμών που αντιμετωπίστηκαν στην Μεταπτυχιακή κλινική Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ την τελευταία πενταετία.

Υλικό και μέθοδος: Αναδρομική μελέτη των αρχείων της Μεταπτυχιακής Κλινικής Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ σχετικά με την προσέλευση παιδιών με οδοντικό από το 2014-2019. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών και του οδοντικού φραγμού τους καθώς και των οδοντικών τραυματισμών.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος ηλικίας των παιδιών με οδοντικούς τραυματισμούς ήταν 8 ετών (διακύμανση 1-18 ετών) ενώ ο συνολικός αριθμός τραυμάτων που αντιμετωπίστηκαν ήταν 390 (78% μόνιμα και 22% νεογιλά δόντια). Οι συχνότεροι τραυματισμοί παρατηρήθηκαν σε μεμονωμένα δόντια, ενώ καταγράφηκαν 12 τραυματισμοί που

αφορούσαν πάνω από 4 δόντια στον ίδιο ασθενή, ένας εκ των οποίων αφορούσε 9 δόντια. Οι συχνότεροι τραυματισμοί των μονίμων δοντιών ήταν τα κατάγματα αδαμαντίνης οδοντίνης (43%), ενώ των νεογιλών η ολική εκγύμωση (17%) και η διάσειση 14%). Καταγράφηκαν 22 διαφορετικά είδη οδοντικών τραυματισμών με ή χωρίς την συμμετοχή του περιοδοντίου. Τα δόντια που εμφάνισαν συχνότερα τραυματισμούς στην μόνιμη και στην νεογιλή οδοντοφυΐα, ήταν οι κεντρικοί τομείς της άνω γνάθου.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με οδοντικούς τραυματισμούς αποτελούν σημαντικό μέρος των ασθενών που προσέρχονται στην Μεταπτυχιακή Κλινική Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ, γεγονός που ενισχύει τη σημαντική συμβολή των μεταπτυχιακών φοιτητών και γενικά των παιδοδοντιάτρων στην αντιμετώπιση του επείγοντος αυτού περιστατικού καθώς και στην ουσιαστική τους εκπαίδευση.

Ρ4.6 Διαχείριση παιδιατρικών ασθενών με κακοήθεις νεοπλασίες στο οδοντιατρείο. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Μηνά Β.¹, Θεολόγη-Λυγιδάκη Ν.², Τσιγκλίνη Σ.³, Φωτίου Χ.¹

¹ Προπτυχιακή φοιτήτρια Οδοντιατρικής ΕΚΠΑ

² Επίκουρη Καθηγήτρια Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής ΕΚΠΑ

³ Οδοντίατρος

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση των συνήθων κακοήθων νεοπλασιών των παιδιών με εντόπιση στη τραχηλοπροσωπική περιοχή, των κλινικών τους εκδηλώσεων καθώς και των οδοντιατρικών αναγκών τους πριν, κατά την διάρκεια και μετά την θεραπεία τους.

Υλικό και Μέθοδος. Έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις Scopus και PubMed και επιλέχθηκαν δημοσιεύσεις από το 2003 έως σήμερα, στην αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Οι πιο συχνές κακοήθεις νεοπλασίες σε παιδιά και εφήβους, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, είναι η λευχαιμία, το λέμφωμα, οι όγκοι του ΚΝΣ, τα πρωτοπαθή σαρκώματα των οστών και των μαλακών ιστών, το νεφροβλάστωμα κ.α. Οι κλινικές εκδηλώσεις στην γναθο-

προσωπική περιοχή μπορεί να αφορούν σε ευρήματα από τον βλεννογόνο και τα ούλα, αυξημένη προδιάθεση για την εμφάνιση λοιμώξεων, μονήρεις όγκους ταχέως αυξανόμενους, ανώδυνους ή επώδυνους, διόγκωση των λεμφαδένων, οστεολυτικές βλάβες στις γνάθους με μετατόπιση των δοντιών. Επίσης τα εφαρμοζόμενα θεραπευτικά πρωτόκολλα που συχνά περιλαμβάνουν και εκτεταμένες επεμβάσεις, έχουν επίσης επιπτώσεις στη στοματική κοιλότητα και τα δόντια.

Συμπεράσματα: Από τα ευρήματά διαφαίνεται πόσο σημαντική είναι η συνεργασία Οδοντιάτρου ή Παιδοδοντιάτρου με τον Στοματικό Γναθοπροσωπικό Χειρουργό και τον παιδιατρικό Ογκολόγο πριν, κατά την διάρκεια και μετά την θεραπεία του ογκολογικού παιδιατρικού ασθενή.

Ρ4.7 Αναπτυξιακές Ανωμαλίες Των Νεογιλών Δοντιών

Θεοχαρίδου Α.¹, Αραποστάθης Κ.²

¹ Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

² Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Στόχος: Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις αναπτυξιακές ανωμαλίες των νεογιλών δοντιών και πώς αυτές σχετίζονται με διαταραχές των μονίμων διάδοχων δοντιών.

Υλικά και μέθοδοι: Η αναζήτηση του Google Scholar πραγματοποιήθηκε και περιορίστηκε στην αγγλική γλώσσα. Βρέθηκαν 32 μελέτες. Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός των αναπτυξιακών ανωμαλιών των νεογιλών δοντιών κυμαίνεται από 1,2 έως 7,2%. Διπλά δόντια, συμπεριλαμβανομένης της οδοντικής σύντηξης και διδυμίας, ήταν η πιο συχνή ανωμαλία. Σε σχεδόν 50% των περιπτώσεων, τα παιδιά με αναπτυξιακές ανωμαλίες των νεογιλών δοντιών είχαν αντίστοιχες ανωμαλίες στους μόνιμους διαδόχους.

Συμπεράσματα: Αν και οι αναπτυξιακές ανωμαλίες των νεογιλών δοντιών είναι σπάνιες, η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη και στην επιτυχή αντιμετώπιση οδοντικών διαταραχών.

Ρ4.8 Συμπεριφορά γονέων παιδιών με διαταραχές αυτιστικού φάσματος

Νίνου Χ.¹, Σώτηρα Μ.², Αγουρόπουλος Α.²

¹ Οδοντίατρος

² Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστούν τα υπάρχοντα δεδομένα σχετικά με τη συμπεριφορά γονέων παιδιών με διαταραχές αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ) καθώς αυτή επηρεάζει και την παροχή οδοντιατρικής θεραπείας στα παιδιά αυτά.

Υλικό και Μέθοδος: Ανασκόπηση αγγλικής βιβλιογραφίας της βάσης δεδομένων PubMed από το 2000 έως σήμερα, με λέξεις- κλειδιά: parenting style, parenting attitude, autism, dentistry.

Αποτελέσματα: Υπάρχει σαφής τεκμηρίωση ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ έχουν αυξημένα επίπεδα stress και αυτό επηρεάζει την συμπεριφορά των παιδιών με αποτέλεσμα να είναι πιο ευερέθιστα, ευέξαπτα και με περισσότερα προβλήματα κοινωνικής συμπεριφοράς. Επιπρόσθετα φαίνεται να υπάρχει αμφίδρομη σχέση μεταξύ γονεϊκών προτύπων συμπεριφοράς (αυταρχικό, επιτακτικό, ανεκτικό και αδιάφορο) και συμπεριφοράς παιδιών με ΔΑΦ καθώς δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρο πως όλα αυτά αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους. Τέλος αναφέρεται ότι πολλοί γονείς αυτών των παιδιών έχουν οι ίδιοι συμπτώματα ΔΑΔ ή ΔΕΠΥ που σαφώς επιδρούν αρνητικά στην συμπεριφορά των παιδιών.

Συμπεράσματα: Υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ γονικής συμπεριφοράς και συμπεριφοράς παιδιών με αυτισμό. Ο παιδοδοντίατρος θα πρέπει να γνωρίζει τα παραπάνω προκειμένου να λάβει σωστές αποφάσεις σχετικά με την διαχείριση της συμπεριφοράς του μικρού ασθενή σε σχέση πάντα με τα χαρακτηριστικά των γονέων. Η εμπιστοσύνη και η καλή επικοινωνία μπορούν να εξασφαλίσουν την σωστή συνεργασία ιατρού/κηδεμόνα.

Ρ4.9 Η χρήση του νάρθηκα ακινητοποίησης στους οδοντικούς τραυματισμούς

Σωτηροπούλου Σ.¹, Τσιριγώνη Χ.²,
Φωστηροπούλου Μ.³, Αγουρόπουλος Α.²,
Γκρίζανη Σ.³

¹ Προπτυχιακή φοιτήτρια Οδοντιατρικής ΕΚΠΑ

² Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

³ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Σκοπός: της εργασίας είναι η παρουσίαση α) των προϋποθέσεων εφαρμογής νάρθηκα ακινητοποίησης μετά από τραυματισμό, β) των διαφόρων υλικών και μεθόδων που χρησιμοποιούνται, γ) του ενδεικνυόμενου χρόνου παραμονής και δ) της τεχνικής τοποθέτησης νάρθηκα ακινητοποίησης με σύρμα και ρητίνη.

Υλικά και Μέθοδος: Ανασκόπηση αγγλικής βιβλιογραφίας της βάσης δεδομένων PubMed από το 2000 έως σήμερα, με λέξεις- κλειδιά: 'dental trauma', 'splints' και των οδηγιών/πρωτοκόλλων της IADT.

Αποτελέσματα: Οι εύκαμπτοι νάρθηκες ακινητοποίησης και η παραμονή τους για μικρότερο χρονικό διάστημα έχουν τα καλύτερα αποτελέσματα για την πρόγνωση των τραυματισμένων δοντιών ενώ οι βασικές προϋποθέσεις εφαρμογής τους είναι η εύκολη και παθητική εφαρμογή, ο σεβασμός του περιοδοντίου, η πρόσβαση για ενδοδοντική θεραπεία και η εφαρμογή καλής στοματικής υγιεινής. Η ακινητοποίηση με ορθοδοντικό σύρμα και σύνθετη ρητίνη βρίσκει τη συχνότερη εφαρμογή καθώς ενδείκνυται για τα περισσότερα είδη οδοντικών τραυματισμών. Σημαντική είναι επίσης και η αφαίρεση του νάρθηκα καθώς ενέχει τον κίνδυνο πρόκλησης ιατρογενούς βλάβης τόσο στα ούλα όσο και στην αδαμαντίνη των δοντιών.

Συμπεράσματα: Η γνώση της σωστής μεθόδου εφαρμογής ενός νάρθηκα ακινητοποίησης και ειδικότερα εκείνου που αποτελείται από σύνθετη ρητίνη και ορθοδοντικό σύρμα, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή αντιμετώπιση ενός οδοντικού τραυματισμού με μεγάλη κινητικότητα ή μετατόπιση των δοντιών.

Ρ4.10 Ατελής οστεογένεση σε παιδοδοντιατρικούς ασθενείς. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Χαλβατζόγλου Ε.¹, Αραποστάθης Κ.²

¹ Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

² Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Σκοπός: Η ατελής οστεογένεση (Online Mendelian Inheritance in Man: # 166200,166210,259420,166220) αποτελεί μια σπάνια κληρονομούμενη νόσο του συνδεδεμένου ιστού η οποία χαρακτηρίζεται από ευρύ φάσμα φαινοτύπων, ενώ η οδοντιατρική διαχείριση παιδιών με ατελή οστεογένεση αποτελεί πρόκληση. Στόχος αυτής της εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την ταξινόμηση, την αιτιολογία και την οδοντιατρική διαχείριση παιδιών με ατελή οστεογένεση.

Υλικά και μέθοδος: Έγινε διερεύνηση της βιβλιογραφίας σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Pubmed-Medline) με όρους όπως: osteogenesis imperfecta, etiology, dental manifestations, treatment.

Αποτελέσματα: Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας βρέθηκαν 250 άρθρα από τα οποία τα 60 χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. Ο επιπολασμός της ατελούς οστεογένεσης κυμαίνεται μεταξύ 1/10.000-25.000 χωρίς φυλετική διάκριση ενώ η ποικιλία στην έκφραση των φαινοτύπων είναι ανάλογη της γονιδιακής πολυπλοκότητας στη μοριακή της βάση. Η συμπτωματική θεραπεία της περιλαμβάνει τη χορήγηση διφοσφωνικών, χωρίς να έχουν αναφερθεί επιπλοκές της αγωγής αυτής στην οδοντιατρική θεραπεία παιδιών με ατελή οστεογένεση. Οι οδοντιατρικές εκδηλώσεις της νόσου περιλαμβάνουν την ατελή οδοντιογένεση τύπου Ι, διαταραχές στη σειρά ανατολής και διαταραχές στη σύγκλειση.

Συμπεράσματα: Η οδοντιατρική διαχείριση παιδιών με ατελή οστεογένεση στοχεύει στην εξασφάλιση της μέγιστης δυνατής λειτουργικότητας και αισθητικής. Οι ήπιοι χειρισμοί και η συντηρητική οδοντιατρική αντιμετώπιση των ασθενών προϋποθέτουν την κατανόηση της φύσης της νόσου.

Ρ4.11 Υποπλασία δεύτερων νεογιλών γομφίων. Παρουσίαση περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

*Θεριστόπουλος Α.¹, Γκατσογιάννη Μ.²,
Αγουρόπουλος Α.³, Γκίζάνη Σ.⁴*

¹ Οδοντίατρος

³ Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

⁴ Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

⁵ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η υποπλασία αποτελεί μια αναπτυξιακή, ποσοτική διαταραχή της αδαμαντίνης, η οποία σχετίζεται με αρκετά προβλήματα και συχνότητα περίπου 20% παγκοσμίως (μόνιμα και νεογιλά δόντια). Το πρόβλημα εντοπίζεται αρκετές φορές στους δεύτερους νεογιλούς γομφίους με άγνωστη αιτιολογία αλλά με αυξημένη πιθανότητα τερηδονικής προσβολής τους. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού αποκατάστασης δεύτερων νεογιλών γομφίων με υποπλασία της αδαμαντίνης και η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

Παρουσίαση περιστατικού: Αγόρι ηλικίας 5 ετών προσήλθε στη Μεταπτυχιακή Κλινική Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ με ιστορικό πόνου στους νεογιλούς γομφίους. Λόγω του έντονου αντανάκλαστικού εμέτου που παρουσίαζε ο ασθενής και της έλλειψης συνεργασίας του, έγινε λήψη πανοραμικής ακτινογραφίας. Από την κλινική και ακτινογραφική εξέταση διαπιστώθηκε υποπλασία στους 4 δεύτερους νεογιλούς γομφίους καθώς και ύπαρξη τερηδονικών βλαβών στους πρώτους νεογιλούς γομφίους. Η θεραπεία πραγματοποιήθηκε με εμφράξεις σύνθετης ρητίνης στους πρώτους νεογιλούς γομφίους, πολφοτομή στον #75, άμεση κάλυψη με ΜΤΑ στον #65, τοποθέτηση ανοξείδωτων στεφανών σε όλους τους δεύτερους νεογιλούς γομφίους και επανεξέταση του ασθενούς ανά τρίμηνο.

Σχόλια: Η υποπλασία της αδαμαντίνης στα νεογιλά δόντια αποτελεί μία διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη τερηδόνας, αυξημένη φθορά, ευαισθησία και προβλήματα αισθητικής. Η θεραπεία πρέπει να στοχεύει στην αποκατάσταση αλλά και στην πρόληψη για την αποφυγή μελλοντικών προβλημάτων.

Ρ4.12 Νεότερα δεδομένα για τη χρήση υλικών αποκατάστασης τερηδονισμένων νεογιλών δοντιών από οδοντιάτρους

Τσιλιγιάννη Α.¹, Μαρκουλή Α.¹, Γκίζάνη Σ.², Ταγκαλάκη Κ.³, Τολίδης Κ.⁴

¹ Οδοντίατρος

² Αναπλ. Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

³ Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

⁴ Καθηγητής Οδοντικής Χειρουργικής, ΑΠΘ

Σκοπός: Η αυξανόμενη ανησυχία για τη χρήση του αμαλγάματος και οι νέες τεχνικές ελάχιστης παρέμβασης οδηγούν στην αναζήτηση σύγχρονων υλικών. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διαπιστώσει το εύρος χρήσης των διαθέσιμων υλικών αποκατάστασης μεταξύ των Ελλήνων οδοντιάτρων και να καταγράψει το προφίλ και τις παραμέτρους της οδοντιατρικής τους άσκησης.

Υλικά και Μέθοδος: 400 ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους συμμετέχοντες στο 38ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο και 133 επιστράφηκαν πλήρως συμπληρωμένα. Περιελάμβαναν 29 ερωτήσεις που αφορούσαν: α) δημογραφικά στοιχεία και εκπαίδευση, β) άσκηση της οδοντιατρικής (περιβάλλον, με/ χωρίς βοήθο), γ) χρήση υλικών αποκατάστασης, δ) η γνώμη τους σε συγκεκριμένα κλινικά σενάρια.

Αποτελέσματα: 77% των συμμετεχόντων είχαν πραγματοποιήσει προπτυχιακές σπουδές στην Ελλάδα και 36% είχαν ακολουθήσει μεταπτυχιακές σπουδές (17,3% στην Ελλάδα). Οι περισσότεροι (78%) ασκούσαν γενική οδοντιατρική και 41,5% παρείχαν θεραπεία σε παιδιά και εφήβους. Τα υλικά που χρησιμοποιούν κυρίως για αποκατάσταση νεογιλών γομφίων είναι οι σύνθετες ρητίνες (45%) και οι υαλοϊνομερείς κονίες (21,8%). Το 1/3 των οδοντιάτρων χρησιμοποιούσαν βιοενεργά υλικά, αλλά η πλειοψηφία (84%) επιζητεί περαιτέρω εκπαίδευση για τα νέα υλικά και τεχνικές.

Συμπεράσματα: Οι σύνθετες ρητίνες χρησιμοποιούνται συχνότερα για την αποκατάσταση τερηδονισμένων νεογιλών δοντιών. Τα βιοενεργά υλικά εφαρμόζονται από αρκετούς οδοντιάτρους αν και υπάρχει έλλειψη επιστημονικών γνώσεων και εμπειρίας για τα υλικά αυτά.