

ΠΡΟΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

Οδοντικό τραύμα σε παιδιά και εφήβους. Σύγχρονες απόψεις και οδηγίες για την αντιμετώπιση του.

Συντονιστής: Αριστείδης Αρχάκης¹

Ομιλητές: Βικτώρια Αδαμίδου², Αριστείδης Αρχάκης¹, Μαρία Κωστοπούλου², Στέργιος Αρίζος², Μόσχος Παπαδόπουλος³, Χάρης Μπελιές⁴, Κοσμάς Τολίδης⁵

¹ Δρ. Παιδοδοντίατρος

² Παιδοδοντίατρος

³ Καθηγητής Ορθοδοντικής Α.Π.Θ.

⁴ Ενδοδοντολόγος

⁵ Αναπληρωτής Καθηγητής Οδοντικής Χειρουργικής Α.Π.Θ.

Με τον όρο οδοντικό τραύμα αναφερόμαστε σε κάποιο τραύμα στα ίδια τα δόντια, στο οστό που τα στηρίζει, στα μαλακά μόρια του στόματος που το καλύπτουν ή έρχονται σε επαφή με τα δόντια, ή και σε συνδυασμό όλων αυτών. Το τραύμα στα δόντια και τους υπόλοιπους ιστούς του στόματος συμβαίνει πολύ συχνότερα στα παιδιά από τους ενήλικες και μπορεί να έχει ιατρικές, λειτουργικές, αισθητικές ή ακόμα και ψυχολογικές συνέπειες στους νεαρούς ασθενείς. Στην ταξινόμηση του οδοντικού τραύματος διακρίνουμε το τραύμα στους σκληρούς οδοντικούς ιστούς (ατελές και τέλειο κάταγμα αδαμαντίνης, κάταγμα μύλης με ή χωρίς αποκάλυψη πολφού, κάταγμα μύλης-ρίζας με ή χωρίς αποκάλυψη πολφού και κάταγμα ρίζας) και το τραύμα στους περιοδοντικούς ιστούς (διάσειση, υπεξάρθρωση, μερική εκγύμνωση, πλάγια εκτόπιση, ενσφήνωση και ολική εκγύμνωση). Το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Κοπεγχάγης έχει δημιουργήσει στο διαδίκτυο τον 'Οδηγό οδοντικού τραύματος' (dental trauma guide) που είναι μια διαδραστική βάση τεκμηριωμένων πληροφοριών με συνεχή επικαιροποίηση. Βάση αυτού του οδηγού και των τελευταίων οδηγιών της Διεθνούς Ομοσπονδίας του Οδοντικού Τραύματος θα περιγραφούν η λήψη του οδοντιατρικού και

ιατρικού ιστορικού, η εξωστοματική και ενδοστοματική εξέταση καθώς και ο ακτινολογικός έλεγχος ασθενών με οδοντικό τραύμα στον νεογιλό ή μόνιμο φραγμό. Ιδιαίτερη βαρύτητα θα δοθεί στην άμεση αντιμετώπιση του οδοντικού τραύματος στα νεογιλά και τα μόνιμα δόντια με αναφορές στον διαδικτυακό οδηγό. Η πολφική νέκρωση δοντιών που έχουν υποστεί οδοντικό τραύμα είναι η πιο κοινή μετατραυματική επιπλοκή. Στην όψιμη αντιμετώπιση του οδοντικού τραύματος εκτεταμένη αναφορά θα γίνει στην επιλογή ενδοδοντικής θεραπείας αναφέροντας περιστατικά επαναγωγείωσης και ακρορριζογένεσης, τονίζοντας ταυτόχρονα τα υλικά και τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται. Πάντα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι η ορθοδοντική θεραπεία σήμερα είναι πολύ διαδεδομένη και πολύ συχνά αφορά μετακίνηση πρόσθιων δοντιών με ιστορικό τραύματος. Ο ορθοδοντικός πρέπει πάντοτε να καταγράφει τέτοιο ιστορικό και να λαμβάνει υπόψη τις επιπτώσεις της θεραπείας του στη μακροπρόθεσμη πρόγνωση τυχόν τραυματισμένων δοντιών. Τέλος, στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του οδοντικού τραύματος σημαντικότερο ρόλο παίζει η αισθητική αποκατάσταση των τραυματισμένων δοντιών. Θα γίνει θεωρητική και πρακτική παρουσίαση κλινικών προσεγγίσεων, για αποκαταστάσεις τραυματισμένων δοντιών με τη βοήθεια κλειδιού σιλικόνης ή με επανασυγκόλληση αποσπασμένου τμήματος δοντιού, καθώς και αποκατάσταση απολεσθέντος δοντιού λόγω εκγύμνωσης με τη χρήση νάρθηκα σύνθετης ρητίνης ενισχυμένου με ίνες.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΑ ΤΡΑΠΕΖΙΑ

Πρόληψη και αντιμετώπιση λευκών κηλίδων σε ορθοδοντικούς ασθενείς

Συντονίστρια: Λίζα Παπαγιαννούλη¹

Εισηγητές: Ανδρέας Αγουρόπουλος², Σωτηρία Γκίζάνη³

¹ Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

² Δρ. Παιδοδοντίατρος

³ Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Κατά την διάρκεια μια ορθοδοντικής θεραπείας είναι συχνή η δημιουργία αρχόμενων τερηδονικών βλαβών

(ATB). Αυτό συμβαίνει κυρίως σε ορθοδοντική θεραπεία με ακίνητους μηχανισμούς σε ασθενείς με κακή στοματική υγιεινή. Αρχόμενες τερηδονικές βλάβες, σύμφωνα με ιστολογικά και κλινικά κριτήρια, χαρακτηρίζονται εκείνες που περιορίζονται μόνο στην αδαμαντίνη ή που έχουν φθάσει και μόλις περάσει την αδαμαντινο-οδοντινική ένωση.

Σκοπός του στρογγυλού τραπέζιου είναι η παρουσίαση, της διάγνωσης και αντιμετώπισης των ATB σε ορθοδοντικούς ασθενείς και η συζήτηση που υπάρχει για τις μεθόδους κλινικής αντιμετώπισης

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται πως η συχνότητα εμφάνισης ATB σε ορθοδοντικούς ασθενείς κυμαίνεται μεταξύ 2-96%. Η μεγάλη αυτή απόκλιση οφείλεται αφενός στον διαφορετικό τρόπο που ορίζονται οι βλάβες αυτές στις διάφορες μελέτες και αφετέρου στο εάν κατά την ορθοδοντική θεραπεία εφαρμόζονται προληπτικά προγράμματα. Η βασική αιτία εμφάνισης των ATB στους ορθοδοντικούς ασθενείς είναι η αυξημένη κατακράτηση οδοντικής μικροβιακής πλάκας (ΟΜΠ) κατά την διάρκεια της θεραπείας που οφείλεται στην έλλειψη του αυτοκαθαρισμού των οδοντικών επιφανειών (σάλιο, γλώσσα, χείλη και παρειές) αλλά και στην μεγαλύτερη δυσκολία του αποτελεσματικού καθαρισμού των δοντιών με την οδοντόβουρτσα. Η αυξημένη κατακράτηση ΟΜΠ συσχετίζεται και με τα υψηλότερα επίπεδα τερηδονογονόνων βακτηρίων στους ορθοδοντικούς ασθενείς σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν ορθοδοντικούς μηχανισμούς.

Η πρόληψη της δημιουργίας των ATB γίνεται πριν, κατά την διάρκεια και μετά το τέλος της ορθοδοντικής θεραπείας. Βασικό στάδιο πριν την έναρξη της θεραπείας είναι η εκτίμηση του γενικού και τοπικού τερηδονικού κινδύνου για τον κάθε ορθοδοντικό ασθενή. Η καθημερινή χρήση από τον ασθενή κατάλληλων μέσων απομάκρυνσης της ΟΜΠ (οδοντόβουρτσα, μεσοδόντια βουρτσάκια κλπ) μαζί με φθοριούχο οδοντόκρεμα και στοματόπλυμα αποτελούν τη βάση της πρόληψης εμφάνισης ATB.

Στο ιατρείο ενδείκνυται ένα εξατομικευμένο προληπτικό πρόγραμμα που περιλαμβάνει καθαρισμό δοντιών και τοπική εφαρμογή φθορίου κάθε 1,5-4 μήνες. Στους ασθενείς υψηλού τερηδονικού κινδύνου μπορούν επιπρόσθετα να χρησιμοποιηθούν ενασβεστωπικοί παράγοντες (CPP-ACP), ξυλιτόλη, προβιοτικά και οδοντόκρεμες με υψηλή περιεκτικότητα σε φθόριο (5000ppm, εφόσον το επιτρέπει η ηλικία του ασθενή). Μετά την ολοκλήρωση της ορθοδοντικής θεραπείας, ανάλογα με την έκταση των βλαβών, συνιστάται παρακολούθηση για βλάβες χωρίς λύση της συνέχειας της αδαμαντίνης ή σε πιο εκτεταμένες σε βάθος βλάβες χρήση ρητινών χαμηλού ιξώδους, μικρο/μάκρο αποτριβή ή και αποκατάσταση με σύνθετη ρητίνη

Η συνεργασία του Παιδοδοντίατρου/Οδοντίατρου με τον Ορθοδοντικό και η στενή παρακολούθηση των ασθενών κατά την διάρκεια της ορθοδοντικής θεραπείας είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση της οδοντικής υγείας αλλά και του καλύτερου δυνατού αισθητικού αποτελέσματος.

Μεγάλες-βαθείς τερηδονικές κοιλότητες: Διαγνωστικά και αποκαταστατικά διλήμματα.

Συντονιστής: Νικόλαος Κοτσάνος¹

Εισηγητές: Νικόλαος Κοτσάνος¹, Βαδιάκας Γεώργιος², Κωνσταντίνος Κωδωνάς³

¹ Καθηγητής και Διευθυντής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

² Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

³ Δρ. Ενδοδοντολόγος ΑΠΘ

Το περιβάλλον της βαθιάς τερηδονικής κοιλότητας χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερες συνθήκες όπως έλλειψη οξυγόνου, ελάχιστη ή ανύπαρκτη διείσδυση σάλιου και σχετικά πλούσια παροχή πεπτιδίων από την αποδόμηση των οργανικών ουσιών της οδοντίνης. Σ' αυτές τις συνθήκες, συμβιώνουν πολλά είδη μικροβίων που κατά κανόνα είναι οξεάντοχα και αναερόβια, Gram-θετικά, ραβδόμορφα βακτήρια. Η διαχείριση της βαθιάς τερηδονικής κοιλότητας γίνεται πολύ συχνά με επείγουσα μορφή. Το σχέδιο θεραπείας μπορεί να περιλαμβάνει θεραπεία πολφού (κάλυψη άμεση ή έμμεση, πολφοτομή, πολφεκτομή) και αποκατάσταση με έμφραξη ή στεφάνη ή τέλος την εξαγωγή του δοντιού και την αντιμετώπιση των πιθανών συνεπειών της πρόωρης απώλειάς του. Επί πλέον, σε νεαρά μόνιμα δόντια η σημασία ολοκλήρωσης της ριζοδιάπλασης κάνει πιο επιτακτική τη συντηρητική αντιμετώπιση του πολφικού ιστού.

Η επιλογή του σχεδίου θεραπείας λαμβάνει υπόψη της παράγοντες όπως δυνατότητα άμεσης συνεργασίας με το παιδί και γενική υγεία, στοματική υγιεινή, χρόνο παραμονής του δοντιού, ορθοδοντική κατάσταση, σχέση κόστους/οφέλους και οικογενειακές παραμέτρους. Σε κάποιες περιπτώσεις η άμεση συνεργασία με τον ασθενή δεν είναι δυνατή είτε πρέπει να γίνουν συμβιβασμοί ώσπου να επιτευχθεί συμμόρφωση στο επίπεδο στοματικής υγιεινής. Τότε ο/η οδοντίατρος έχει στη διάθεσή του/της διάφορες

λύσεις, τόσο στον τρόπο προσέγγισης, όπως επικοινωνιακές ή φαρμακολογικές τεχνικές όσο και τροποποιήσεις στο ιδανικό σχέδιο θεραπείας, όπως η χρήση της 'ενδιάμεσης' ή 'τραυματικής' αποκατάστασης ή ακόμα, στους νεογιλούς γομφίους, η προτεινόμενη, τελευταία, τοποθέτηση προσχηματισμένης μεταλλικής στεφάνης με την τεχνική Hall. Οι σύγχρονες αντιλήψεις της επανορθωτικής οδοντιατρικής, αλλά και η εισαγωγή νέων, βελτιωμένων υλικών και τεχνικών αντιμετώπισης της τερηδονικής βλάβης επηρεάζουν τη βιωσιμότητα των αποκαταστάσεων που τοποθετούνται σε νεογιλά και νεαρά μόνιμα δόντια. Η τεκμηρίωση, αν και ελλιπής για 'ευρείες' κοιλότητες τάξης II, κατευθύνει την επιλογή υλικού ανάμεσα σε προκατασκευασμένες στεφάνες, αμάλγαμα, σύνθετες ρητίνες, υαλοϊονομερείς κονίες και τις παραλλαγές τους.

Η χρήση laser στην Παιδοδοντιατρική

Συντονιστής: Κωνσταντίνος Αραποστάθης
Εισηγητές: Κωνσταντίνος Αραποστάθης,
 Δημήτρης Βελώνης, Ιωάννης
 Καρούσης

Η εξέλιξη στην εφαρμογή LASER (από τα αρχικά Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation) στην οδοντιατρική είναι συνεχής, όπως και ο διάλογος και η αντιπαράθεση μεταξύ ερευνητών, κλινικών και εκείνων που προσπαθούν να μεταφέρουν την έρευνα στην κλινική πράξη. Η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδοδοντιατρικής αναγνωρίζει τη χρήση laser ως επιστημονικά τεκμηριωμένη, εναλλακτική ή/και συμπληρωματική μέθοδο παροχής θεραπείας των μαλακών και σκληρών ιστών για βρέφη, παιδιά, εφήβους και άτομα με αναπηρίες. Σκοπός αυτού του στρογγυλού τραπέζιου είναι να περιγράψει τις βασικές αρχές λειτουργίας των διαφόρων τύπων laser, την επίδραση στους ιστούς, τις ενδείξεις χρήσης τους σε διάφορες διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες και να αναλύσει τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα σε σχέση με τις παραδοσιακές τεχνικές. Η τεχνολογία laser μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την διάγνωση μασπικών βλαβών σε νεογιλά και μόνιμα δόντια, μειώνοντας την ανάγκη λήψης ακτινογραφιών. Η ακτινοβολία, με χαμηλής έντασης ενέργεια

πριν από οποιαδήποτε χειρουργική ή μη οδοντιατρική εργασία, μπορεί να δημιουργήσει ένα αναλγητικό αποτέλεσμα στην περιοχή, μειώνοντας την ανάγκη για χορήγηση τοπικής αναισθησίας. Μαζί με την κατάλληλη ψυχολογική προετοιμασία του παιδιού, η σωστή παρουσίαση και προσέγγιση με το laser είναι καθοριστική. Η τεχνολογική εξέλιξη των laser προσφέρει τη δυνατότητα αφαίρεσης τερηδοσμένου οδοντικού ιστού, συνήθως με λιγότερη ή καθόλου χρήση αναισθησίας, και παρασκευή κοιλοτήτων σε μόνιμα και νεογιλά δόντια. Εύλογο όμως είναι το ερώτημα, εάν οι εναπομείναντες σκληροί οδοντικοί ιστοί, μετά την παρασκευή με laser, είναι εξ ίσου κατάλληλοι ως υπόστρωμα για συγκόλληση των αποκαταστατικών υλικών, όπως επίσης και εάν επιτυγχάνεται εξ' ίσου καλή συγκόλληση όπως μετά την παρασκευή με τον κλασικό τρόπο. Διάφοροι τύποι laser προτείνεται να χρησιμοποιούνται για την πολφοτομή και την ενδοδοντική θεραπεία των νεογιλών δοντιών. Έχει αποδειχθεί ότι laser που παράγουν ακτινοβολία κοντά στο μήκος κύματος του υπέρυθρου φάσματος του φωτός μπορούν να είναι αποτελεσματικά στην απολύμανση του ριζικού σωλήνα και ότι τα Erbium lasers παρουσιάζουν αποτελεσματική ικανότητα καθαρισμού του ριζικού σωλήνα από τα οργανικά υπολείμματα. Στην χειρουργική μαλακών ιστών με χρήση laser θα αναπτυχθούν: η χειρουργική χαλινών, η εκτομή καλοήθων όγκων της στοματικής κοιλότητας, η λήψη βιοψίας, η ουλεκτομή και ουλοπλαστική καθώς και η θεραπεία αφθών και έρπητα.

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Θεραπεία πολφού νεογιλών δοντιών. Ρεαλιστικές προσδοκίες από τις νέες τεχνικές

ΓΙΩΡΓΟΣ ΒΑΔΙΑΚΑΣ¹

¹ Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Οι θεραπευτικές μέθοδοι νεογιλών δοντιών με πολφική βλάβη διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, αυτές που αφορούν δόντια με ζωντανό πολφό και περιλαμβάνουν την έμμεση

και άμεση κάλυψη του πολφού και την πολφτομή, και αυτές που εφαρμόζονται σε άπολφα δόντια και αντιπροσωπεύονται από την πολφεκτομή και την έμφραξη του ριζικού σωλήνα. Η έμμεση κάλυψη του πολφού έχει επανέλθει ως προτεινόμενη τεχνική στους νεογιλούς γομφίους με βαθιές τερηδόνας, λόγω των υψηλών ποσοστών επιτυχίας (80-90%) που προέκυψαν από μελέτες της τελευταίας δεκαετίας. Αντίθετα, σε περιπτώσεις αποκάλυψης του πολφού, ιδιαίτερα λόγω τερηδόνας, η άμεση κάλυψη δεν εμφανίζει ενθαρρυντικά αποτελέσματα και προτιμάται η μέθοδος της πολφτομής, αν και μία σειρά νεώτερων υλικών κάλυψης βρίσκονται υπό διερεύνηση σε μελέτες, χωρίς όμως μακροχρόνια αποτελέσματα. Η φορμοκρεσόλη αποτελούσε το φάρμακο εκλογής κατά την πολφτομή, ωστόσο, οι πιθανές καρκινογόνες, μεταλλαξιογόνες και τοξικές ιδιότητες για τις οποίες ενοχοποιείται οδήγησαν τους ερευνητές στη χρήση άλλων φαρμάκων και υλικών με παρόμοια ή και υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας, όπως ο θειικός σίδηρος και πιο πρόσφατα το ΜΤΑ. Τα ποσοστά επιτυχίας που αναφέρονται στη βιβλιογραφία υπερβαίνουν το 90% για το ΜΤΑ. Η μη επιβεβαίωση όμως των ανεπιθύμητων ενεργειών της φορμοκρεσόλης στην κλινική πράξη, σε συνδυασμό με το αισθητά χαμηλότερο κόστος της συγκριτικά με το ΜΤΑ, την τοποθετούν ακόμη και σήμερα πολύ ψηλά στις επιλογές των ειδικών ως φάρμακο εκλογής για την πολφτομή. Σε δόντια με νεκρό πολφό, η πολφεκτομή αποτελεί θεραπεία εκλογής, υπό την προϋπόθεση ότι η απορρόφηση της ρίζας δεν είναι εκτεταμένη και το δόντι είναι αποκαταστάσιμο. Τα υλικά για την έμφραξη του ριζικού σωλήνα θα πρέπει μεταξύ άλλων χαρακτηριστικών να διαθέτουν ικανή απορροφησιμότητα και βιοσυμβατότητα με τους γύρω ιστούς και το σπέρμα του διαδόχου μονίμου. Ως τέτοια υλικά προτείνονται το οξείδιο του ψευδαργύρου-ευγενόλη σε μορφή πάστας και οι διάφορες πάστες με κύριο ενεργό στοιχείο το ιωδοφόρμιο, οι οποίες και τυγχάνουν ευρείας εφαρμογής. Τα ποσοστά επιτυχίας που αναφέρουν κλινικές μελέτες είναι ικανοποιητικά και ανέρχονται περίπου στο 80%.

Η εξέλιξη της ειδικότητας της Παιδοδοντιατρικής στην Ευρώπη

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΛΥΓΓΙΑΚΗΣ¹

¹ Δρ. Υφηγητής Παιδοδοντιατρικής Leeds University

Αν και οργανωμένη οδοντιατρική φροντίδα για τα παιδιά, αναφέρεται ιστορικά να παρέχεται για πρώτη φορά στα τέλη του 19ου αιώνα στην κεντρική Ευρώπη μέσω των σχολικών οδοντιατρείων, η εξέλιξη της ειδικότητας τον 20ο αιώνα συνετελέσθη κυρίως στις ΗΠΑ, ιδιαίτερα μετά τη δημιουργία της American Academy of Pediatric Dentistry το 1947. Αρκετά αργότερα, οι υπάρχουσες υποδομές και το δημόσιο σύστημα πρωτοβάθμιας περιθαλψης στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ενίσχυσαν την σταδιακή εξέλιξη και αναγνώριση της Παιδοδοντιατρικής και στην Ευρώπη, ιδιαίτερα μετά την ίδρυση της European Academy of Paediatric Dentistry το 1990.

Η πρώτη αναγνώριση της ειδικότητας σε 'δυτικό' ευρωπαϊκό κράτος έγινε το 1958 στη Σουηδία και η δεύτερη το 1998 στο Ηνωμένο Βασίλειο, με ενδιάμεσες αναγνωρίσεις σε αρκετά 'ανατολικά' κράτη το 1971. Μεταπτυχιακή εκπαίδευση προϋπήρχε όμως αρκετά χρόνια πριν, μετά την ίδρυση του Eastman Dental Institute στο Λονδίνο το 1930 και στη Στοκχόλμη το 1936, στα πρότυπα του προγενέστερου (1915) αντίστοιχου ιδρύματος στο Ρότσεστερ των ΗΠΑ από δωρεά του George Eastman, ιδρυτή της Kodak.

Σήμερα υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός ευρωπαϊκών κρατών που έχουν αναγνωρίσει την ειδικότητα της Παιδοδοντιατρικής έχοντας σαν κοινή συνισταμένη το παρόμοιο πρόγραμμα σπουδών όπως δημοσιεύτηκε το 1997 από την European Academy of Paediatric Dentistry και την ελάχιστη διάρκεια εκπαίδευσης των 3 ετών, αν και ο τρόπος και οι φορείς αναγνώρισης συχνά διαφέρουν. 16 ευρωπαϊκά κράτη (και εκτός E.E.) αναγνωρίζουν τη ειδικότητα μέσω του Υπουργείου Υγείας ή των αντίστοιχων Ιατρικών/Οδοντιατρικών Συμβουλίων. Επιπλέον η Ελλάδα αναγνωρίζει την ειδικότητα μέσω του Υπουργείου Παιδείας, η Ολλανδία, η Ελβετία και η Γερμανία αναγνωρίζουν την εξειδίκευση μέσω των αντίστοιχων εθνικών Εταιρειών Παιδοδοντιατρικής, ενώ η Τσεχία μέσω του εθνικού Οδοντιατρικού Συμβουλίου. Τα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη με εξαίρεση την Κύπρο, την Ισλανδία και τη Δανία έχουν ακαδημαϊκά αναγνωρισμένα μεταπτυχιακά προγράμματα ειδικότητας/

εξειδίκευσης τριετούς τουλάχιστον διάρκειας, ενώ λίγα μόνο κράτη έχουν και προγράμματα μικρότερης διάρκειας. Οι τελευταίες αναγνωρίσεις αφορούν την Πορτογαλία και την Ιταλία, όπου αναγνωρίστηκε με νόμο η ειδικότητα και βρίσκονται σε διαδικασία πιστοποίησης από τους κρατικούς φορείς τα κέντρα και τα προγράμματα ειδίκευσης.

Συμπερασματικά φαίνεται ότι τη τελευταία δεκαετία υπάρχει σε εξέλιξη μία προσπάθεια για την αναγνώριση της ειδικότητας στο σύνολο των κρατών της Ε.Ε., παρά τις υπαρκτές δυσκολίες που αφορούν κυρίως τη διαφορετική νομολογία και την εμπλοκή της Ε.Ε., τις αντιλήψεις των τοπικών οδοντιατρικών φορέων και τα διαφορετικά υγειονομικά συστήματα περίθαλψης. Με τη συνδρομή της European Academy of Paediatric Dentistry η εκπαίδευση έχει σε μεγάλο βαθμό ομογενοποιηθεί, ενώ σε εξέλιξη βρίσκεται και η προσπάθεια πιστοποίησης μεγαλύτερου αριθμού προγραμμάτων ειδίκευσης.

Η σημασία του δείκτη IC-DAS I & II στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της τερηδόνας στα παιδιά

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΟΥΛΗΣ¹

¹ Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Η τερηδόνα λόγω καλύτερης διατροφής, διαβίωσης αλλά κυρίως λόγω της ευρείας χρήσης του φθορίου και ιδιαίτερα της φθοριούχου οδοντόπαστας έχει μειωθεί δραστικά τα τελευταία 20 χρόνια στις βιομηχανικές χώρες, αλλά και στην χώρα μας. Το αποτέλεσμα της δράσης του φθορίου εκτός από τη μείωση αυτή σε απόλυτους αριθμούς έχει και σοβαρές επιπτώσεις στη μορφολογία, τη βαρύτητα και τη ταχύτητα εξέλιξης της νόσου. Η αλλαγή αυτών των χαρακτηριστικών έχει ως συνέπεια την αλλαγή της φιλοσοφίας στον τρόπο και στα μέσα της διάγνωσης αλλά και στη δυνατότητα του κλινικού να μπορεί να την αντιμετωπίζει πιο συντηρητικά από ότι στο παρελθόν αρκεί: α) να την εντοπίζει έγκαιρα στα αρχικά στάδια, β) να κάνει ακριβή διάγνωση του σταδίου της εξέλιξης και κατά πόσο δεν είναι ανοικτή κοιλότητα ή βλάβη και γ) να αξιολογεί εάν είναι ενεργή ή όχι, ώστε βάσει της κατηγορίας κινδύνου του ασθενή να

μπορεί να επιλέγει τα πιο κατάλληλα μέσα και τρόπους πρόληψης ή αντιμετώπισης. Ωστόσο τα παλαιότερα κριτήρια αξιολόγησης της τερηδονικής βλάβης, και κυρίως ο δείκτης DMF που είχε προταθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα καθώς αδυνατούσαν να αξιολογήσουν το στάδιο εξέλιξης της νόσου διαχωρίζοντας έτσι την αρχόμενη από την προχωρημένη βλάβη. Έτσι στις αρχές του 21ου αιώνα προτάθηκε από μία Συντονιστική Επιτροπή Ερευνητών ένα διεθνές σύστημα εντοπισμού και αξιολόγησης της τερηδόνας το οποίο (ICDAS II) το οποίο το 2005 έλαβε την τελική μορφή του και έκτοτε χρησιμοποιείται ευρέως μέχρι σήμερα. Η κύρια διαφορά αυτού του συστήματος με τα παλαιότερα είναι η δυνατότητα που δίνει στον οδοντίατρο να καταγράφει τη τερηδόνα στα αρχικά της στάδια (αρχόμενη τερηδόνα) και πριν το σχηματισμό κοιλότητας δίδοντας τη δυνατότητα με αυτό τον τρόπο τον κλινικό για τον τρόπο με τον οποίο θα αντιμετωπίσει την κάθε περίπτωση. Επίσης είναι ένα σύστημα που έχει μεγάλη αξία και απήχηση όχι μόνο σε κλινικό αλλά και σε ερευνητικό επιδημιολογικό επίπεδο καταγραφής της τερηδόνας σε επιδημιολογικές μελέτες δίνοντας τη δυνατότητα να σχεδιάζουμε πιο στοχευμένα δημόσια προγράμματα παρέμβασης και πρόληψης σε Εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο.

Σκοπός αυτής της εισήγησης είναι να παρουσιάσει και να τεκμηριώσει τη σημασία της χρήσης του δείκτη ICDAS II σε μια προσπάθεια διεύρυνσης της χρήσης του συστήματος διάγνωσης και καταγραφής της τερηδόνας στα αρχικά της στάδια από τον Οδοντίατρο-Παιδοδοντίατρο, συμβάλλοντας στην έγκαιρη διάγνωση και την πρόληψη της τερηδόνας στα παιδιά και εφήβους.

Ενδείξεις συστηματικών νοσημάτων από τη στοματική κοιλότητα

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΑΝΑΚΑ-GANTENBEIN¹

¹ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας-Νεανικού Διαβήτη, Α' Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων "Αγία Σοφία"

Πολλά συστηματικά νοσήματα χαρακτηρίζονται και από

εκδηλώσεις από τη στοματική κοιλότητα και η γνώση των ευρημάτων αυτών είναι ουσιαστικής σημασίας τόσο για τον Οδοντίατρο όσο και για τον θεράποντα Ιατρό, στην προκειμένη περίπτωση για παιδιά και εφήβους, τον Παιδιάτρο. Η ευρεία ανάπτυξη των υποειδικοτήτων της Παιδιατρικής οδήγησε μάλιστα στην λεπτομερέστερη ανάλυση των ειδικών ευρημάτων ανά Υπο-Ειδικότητα. Στη συνέχεια θα αναλυθούν τα ευρήματα από τη στοματική κοιλότητα ενδοκρινολογικών παθολογιών της παιδικής και εφηβικής ηλικίας.

Οι ενδοκρινολογικές παθήσεις αποτελούν διαταραχές των ενδοκρινικών αδένων, οι οποίες χαρακτηρίζονται από συμπτώματα ή σημεία από διάφορα όργανα του σώματος. Ευρήματα από τη στοματοφαρυγγική κοιλότητα μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση ενδοκρινολογικών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η μακρογλωσσία, η οποία απαντάται σε μη έγκαιρα διαγνωσμένο και θεραπευόμενο συγγενή υποθυρεοειδισμό. Η μακρογλωσσία σε συνδυασμό με παρατεινόμενο ίκτερο, άρνηση λήψης τροφής, δυσκοιλιότητα, ομφαλοκήλη και άλλα ευρήματα μπορεί να κατευθύνει τη διαγνωστική σκέψη του παιδίατρο προς συγγενή υποθυρεοειδισμό και να οδηγήσει στη διενέργεια ειδικών εργαστηριακών εξετάσεων με προσδιορισμό free T4, T3 και TSH για επιβεβαίωση της διάγνωσης και έναρξη θεραπευτικής αγωγής. Επίσης, η μακρογλωσσία αποτελεί χαρακτηριστικό του συνδρόμου Beckwith-Wiedemann, ενός συνδρόμου που χαρακτηρίζεται από μακροσωμία, με ή χωρίς ημι-υπερτροφία, εξόμφαλο, μακρογλωσσία και η έγκαιρη του διάγνωση βοηθά στην αντιμετώπιση των συνοδών προβλημάτων, όπως π.χ. υπογλυκαιμικά επεισόδια στη βρεφική ηλικία ή ακόμη και την έγκαιρη διερεύνηση συμπαγών όγκων κατά την παιδική ηλικία. Ένα άλλο εύρημα από τη στοματική κοιλότητα αποτελεί η υπέρχρωση ούλων, η οποία παραπέμπει σε πρωτοπαθή επινεφριδιακή ανεπάρκεια, με συνοδό υπερέκκριση της ACTH/MSH. Η έγκαιρη διάγνωση επιτρέπει την έγκαιρη έναρξη ορμονικής υποκατάστασης και ως εκ τούτου αποφυγή απειλητικών για την ίδια τη ζωή του ασθενούς επεισοδίων επινεφριδιακής κρίσης. Επιπλέον η παρουσία μονήρους μέσου τομέα ή ακόμη η διάγνωση σχιστιών (λαγώχειλους ή λυκοστόματος) μπορεί να παραπέμπει σε ύπαρξη γενικότερα διαταραχών μέσης γραμμής (midline defects), οι οποίες συχνά συνοδεύονται και από υποφυσιακή ανεπάρκεια. Η ορθή αξιολόγηση των ευρημάτων αυτών θα οδηγήσει στην έγκαιρη διερεύνηση πιθανής υποφυσιακής διαταραχής.

Επιπλέον, ευρήματα από τη στοματική κοιλότητα απαντώνται πιο συχνά σε ενδοκρινολογικές, όπως τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1, με αυξημένη πιθανότητα τερηδόνας ή και λομώξεων της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας σε περίπτωση ανεπαρκούς γλυκαιμικής ρύθμι-

σης και μεγάλων διαστημάτων υπεργλυκαιμίας. Και στην περίπτωση παιδικής παχυσαρκίας με συχνή κατανάλωση σακχαρούχων ροφημάτων και γλυκών επιδορπίων αυξάνεται ο κίνδυνος τερηδόνας, και ο ρόλος του Παιδο-οδοντίατρο στην ευαισθητοποίηση των γονέων των παιδιών αυτών στην αποφυγή παχυσαρκίας και υιοθέτηση υγιεινών τρόπων διατροφής είναι ουσιαστικής σημασίας. Μία άλλη ενδοκρινολογική διαταραχή, η οποία συνοδεύεται από ευρήματα από τη στοματική κοιλότητα είναι το Σύνδρομο Prader-Willi, το οποίο οφείλεται σε απουσία τμήματος του μακρού σκέλους του χρωμοσώματος 15 πατρικής προέλευσης στην περιοχή 15q11-q13 και χαρακτηρίζεται από υποθαλαμική διαταραχή με μυϊκή υποτονία και διαταραχές σίτισης στη νεογνική ηλικία, ενώ προοδευτικά εγκαθίσταται νοσογόνο παχυσαρκία στην παιδική ηλικία και νευροαναπτυξιακή καθυστέρηση. Τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν αυξημένη γλοιότητα σιέλου και μεγαλύτερη συχνότητα υπο-οδοντίας από το γενικό παιδιατρικό πληθυσμό και απαιτείται ειδική παιδο-οδοντιατρική αντιμετώπιση.

Συμπερασματικά, είναι σαφής η ανάγκη στενής συνεργασίας μεταξύ Παιδο-Οδοντίατρο και Παιδιάτρο-Ενδοκρινολόγου δεδομένου ότι η ορθή αξιολόγηση ευρημάτων από τη στοματική κοιλότητα μπορεί να οδηγήσει έγκαιρα σε διάγνωση και κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση μίας ενδοκρινολογικής παθήσεως. Παράλληλα, η γνώση των διαταραχών από τη στοματική κοιλότητα που συνοδεύουν γνωστές ενδοκρινολογικές θα οδηγήσουν στη στοχευμένη και έγκαιρη παραπομπή σε Παιδο-Οδοντίατρο για διερεύνηση και αντιμετώπιση. Κατά την ίδια έννοια πολλά άλλα συστηματικά νοσήματα χαρακτηρίζονται από ευρήματα από την στοματική κοιλότητα και ως εκ τούτου, μόνο η στενή συνεργασία μεταξύ ειδικών και η ευρεία ιατρική γνώση θα προσφέρουν τη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών υγείας σε κάθε παιδί.

Νεώτερα επιδημιολογικά δεδομένα για την Υπεναλάτωση Γομφίων-Τομέων (ΥΓΤ ή ΜΙΗ)

ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΚΕΒΡΕΚΙΔΟΥ¹

¹ Παιδοδοντίατρος ΜΔΕ ΑΠΘ

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν μελέτες σχετικά

με τον επιπολασμό της Υπεναλάτωσης Γομφίων-Τομέων (ΥΓΤ) από διάφορα μέρη του κόσμου όπου η συχνότητα εμφανίζει ευρεία διακύμανση. Ωστόσο, επιδημιολογικά στοιχεία στην Ελλάδα υπάρχουν μόνο για συγκεκριμένο πληθυσμό παιδιών στην περιοχή της Αθήνας. Η επιδημιολογική μελέτη αυτή είχε ως σκοπό: 1. την εκτίμηση του επιπολασμού, της βαρύτητας και της εξέλιξης της ΥΓΤ, και 2. τη συσχέτιση της ΥΓΤ με την εμφάνιση βλαβών τύπου ΥΓΤ σε νεογιλά και άλλα μόνιμα δόντια, με την τερηδόνα, και με την οδοντιατρική φοβία, σε παιδιά ηλικίας 8 και 14 στην Ελλάδα.

Για τη διεξαγωγή της μελέτης χορηγήθηκε έγκριση από την Επιτροπή δεοντολογίας και λήφθηκε άδεια από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Η επιλογή του δείγματος έγινε με την μεθοδολογία της Στρωματοποιημένης Αναλογικής Τυχαίας Δειγματοληψίας από τρεις Ελληνικές πόλεις (1179 8χρονα and 1156 14χρονα παιδιά). Ένας διαμετρημένος οδοντίατρος εξέτασε όλα τα παιδιά μέσα στην τάξη και κατέγραψε την ΥΓΤ με βάση τα κριτήρια της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Παιδοδοντιατρικής καθώς και την τερηδόνα με βάση το δείκτη DMFS/dmfs. Η βαρύτητα της ΥΓΤ χαρακτηρίστηκε ως ήπια ή σοβαρή.

Ο επιπολασμός της ΥΓΤ ήταν 21.3% (498/2335). Η Πτολεμαΐδα είχε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ΥΓΤ (15.6%) από τα Ιωάννινα (22.9%, $p=0.007$) και τη Θεσσαλονίκη (22.5%, $p=0.002$). Η βαρύτητα της ΥΓΤ παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ηλικία (βαριά μορφή ΥΓΤ στα 8χρονα: 12.9%, στα 14χρονα: 35.0%, $p<0.001$) καθώς και με τον αριθμό των προσβεβλημένων από ΥΓΤ δοντιών (ήπια μορφή ΥΓΤ: 2.44, βαριά μορφή ΥΓΤ: 4.22, $p<0.001$). Βλάβες τύπου ΥΓΤ σε νεογιλούς γομφίους βρέθηκαν σε 9/66 (13.6%) των 8χρονων με ΥΓΤ και σε 31/309 (10%) των 8χρονων χωρίς ΥΓΤ. 46/97 (47.4%) των 14χρονων με ΥΓΤ είχαν επιπλέον προσβεβλημένο/α δόντια, κυρίως κυνόδοντες. Ο δείκτης DMFS των παιδιών με ΥΓΤ (8χρονα: 1.01 ± 1.78 , 14χρονα: 3.46 ± 1.85) ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερος ($p<0.001$) των παιδιών χωρίς ΥΓΤ (8χρονα: 1.60 ± 2.01 , 14χρονα: 4.60 ± 4.41) και για τις δύο ηλικιακές ομάδες. Ο δείκτης CFSS-DS για την οδοντιατρική φοβία δεν διέφερε στα παιδιά με (26.5 ± 9.6) και χωρίς ΥΓΤ (26.2 ± 9.9) ($p=0.339$) ανεξάρτητα από την βαρύτητα της ΥΓΤ.

Συμπερασματικά, 1 στα 5 παιδιά από αυτό το δείγμα ελληνικού πληθυσμού παρουσίασε ΥΓΤ, αλλά υπήρχαν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις πόλεις. Η βαρύτητα της ΥΓΤ στα 14χρονα ήταν σχεδόν τριπλάσια από ότι στα 8χρονα παιδιά. Περίπου τα μισά 14χρονα παιδιά είχαν επιπλέον προσβεβλημένο δόντι εκτός των πρώτων μόνιμων γομφίων

και τομέων. Επιπλέον, βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ΥΓΤ και στην τερηδόνα, αλλά όχι ανάμεσα στην ΥΓΤ και στην οδοντιατρική φοβία στα παιδιά.

Η τεχνική της διαπότισης με υγρή ρητίνη για την αντιμετώπιση αρχόμενων τερηδονικών βλαβών στην Παιδοδοντιατρική

ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΚΑΒΒΑΔΙΑ¹

¹ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Ο σκοπός της παρουσίασης αυτής είναι η συζήτηση στα πλαίσια της Παιδοδοντιατρικής των ενδείξεων και της τεχνικής εφαρμογής διαπότισης με υγρή ρητίνη (ICON) για την αντιμετώπιση αρχόμενων όμορων και παρειακών τερηδονικών βλαβών.

Η τεχνική ξεκίνησε σαν το sealant των ομόρων επιφανειών για αρχόμενες βλάβες. Ενδείκνυται για την διαχείριση αρχόμενων τερηδονικών βλαβών κατηγορίας ICDAS I και II, λείων επιφανειών όμορα και προστομακά, προ της εμφάνισης της κοιλότητας, εξυπηρετώντας την αρχή της αντιμετώπισης της τερηδόνας με την τεχνική της ελάχιστης παρέμβασης. Βασίζεται στην διαπότιση της πορώδους απασβεστωμένης αδαμαντίνης με υγρή ρητίνη χαμηλού ιξώδους μετά από αδροποίηση της αδαμαντίνης με HCL. Το HCL σε περιεκτικότητα 15%, χρησιμοποιείται για 120 sec ώστε να γίνεται καλύτερη αφαίρεση του επιφανειακού στρώματος της αδαμαντίνης σε μόνιμα και νεογιλά για να διευκολυνθεί η καλύτερη διαπότιση της πορώδους τερηδονικής βλάβης με την υγρή ρητίνη, μέσω τριχοειδικής μικροδιείσδυσης. Η τεχνική αυτή στοχεύει στον έλεγχο της εξέλιξης της βλάβης, παρεμποδίζοντας την διόδο διατροφικών μεταβολιτών για τα βακτήρια που βρίσκονται εγκλωβισμένα κάτω από την ρητίνη καθώς και την εισροή νέων βακτηρίων. Με την διαπότιση των πόρων της αδαμαντίνης με ρητίνη, ενισχύεται συνολικά και η δομή της καθιστώντας την λιγότερο ευθραπτη. Για την αδροποίηση των ομόρων βλαβών με το HCL, καθώς και για την διαπότιση των βλαβών με υγρή ρητίνη όμορα

και στοχευμένα μόνον στο δόντι που φέρει την τερηδονική βλάβη, χρησιμοποιείται ειδική συσκευή μιάς χρήσεως που παρέχεται από τον κατασκευαστή (ICON). Η τεχνική έχει βρεθεί να είναι αποτελεσματική κλινικά σε αρχόμενες όμορες τερηδόνες νεογιλών και μόνιμων δοντιών.

Η τεχνική προτείνεται επίσης για τους ορθοδοντικούς ασθενείς που παρουσιάζουν αρχόμενες τερηδονικές βλάβες υπό μορφή λευκών κηλίδων για την αναχαίτηση της εξέλιξής τους. Χρησιμοποιείται πριν, κατά την διάρκεια της ορθοδοντικής θεραπείας ή μετά την αφαίρεση των ακίνητων μηχανισμών. Η τεχνική έχει βρεθεί κλινικά χρήσιμη για την αισθητική βελτίωση των λευκών κηλίδων της αδαμαντίνης που παραμένουν μετά την αφαίρεση των ακίνητων μηχανισμών.

Συμπερασματικά, η τεχνική της διαπότσης με υγρή ρητίνη, προτείνεται για την αντιμετώπιση αρχόμενων όμορων και παρειακών τερηδονικών βλαβών.

ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ

Πλάκα ή βιοϋμένας; Αλλαγές στην αντιμετώπιση των οδοντικών νόσων;

Εισηγητές: Σωτήρης Κάλφας¹, Βασιλική Τοπίτσογλου²

¹ Καθηγητής Προληπτικής Οδοντιατρικής,
Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων ΑΠΘ

² Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Προληπτικής Οδοντιατρικής,
Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων ΑΠΘ

Οδοντική μικροβιακή πλάκα, βλεννομικροβιακή πλάκα και οδοντικός βιοϋμένας είναι έννοιες ταυτόσημες, διαφορετικές ή συμπληρωματικές η μια της άλλης; Η σύνθεσή της μπορεί να επηρεαστεί από τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου, την παρουσία του σάλιου, το είδος της επιφά-

νειας στην οποία αναπτύσσεται; Η επιτυχής απομάκρυνσή της μπορεί να επηρεαστεί από το είδος της οδοντόβουρτσας, την συχνότητα χρήσης της, την σύνθεση της οδοντόκρεμας, την μέθοδο και επιδεξιότητα του χρήστη; Στην παρούσα αντιπαράθεση θα συζητηθούν η δομή (διάταξη και σύνθεση) των βιοϋμένων, οι φάσεις δημιουργίας τους και τα λειτουργικά τους χαρακτηριστικά (ανταλλαγή γενετικού υλικού, επικοινωνία μεταξύ μικροβίων και με κύτταρα του ξενιστή, συνέργεια, συμβίωση, φαινότυπος, ανταγωνισμός, προστασία, αντίσταση στους αμυντικούς μηχανισμούς, τροφικές αλυσίδες) καθώς επίσης και ο ρόλος των βιοϋμένων για τη διατήρηση της στοματικής υγείας ή την εμφάνιση παθολογικών καταστάσεων.

Λοιμώξεις που οφείλονται σε βιοϋμένες, είναι κατά κανόνα χρόνιες και εντοπισμένες σε μια συγκεκριμένη περιοχή ή ιστό. Οι οδοντικοί βιοϋμένες είναι σύνθετα συστήματα μικροβιακών συναθροίσεων εξαιρετικής δυναμικότητας. Δεν είναι υπερβολή ο ισχυρισμός ότι δεν θα υπήρχε Οδοντιατρική αν δεν υπήρχαν οι οδοντικοί βιοϋμένες, καθόσον τα κυριότερα νοσήματα των οδοντικών και περιοδοντικών ιστών οφείλονται σε βιοϋμένες. Από την περίοδο των αρχικών παρατηρήσεων των «βλεννο-μικροβιακών πλακών» μέχρι σήμερα με την πιο σύγχρονη θεώρηση του «βιοϋμένα», οι μελέτες των οδοντικών μικροβιακών εναποθέσεων έχουν αλλάξει σημαντικά τις γνώσεις μας για το οικοσύστημα του στόματος, για τις μεταβολές στην ισορροπία του και τις αλληλεπιδράσεις του με τους ιστούς του ξενιστή. Μεταξύ των άλλων διερευνάται η ύπαρξη συγκεκριμένων παθογόνων μικροβίων για οδοντικά και περιοδοντικά νοσήματα, η λοιμοτοξικότητα και η ευαισθησία τους σε αντιβιοτικά in vivo, καθώς και ο φαινότυπος τόσο των παθογόνων όσο και αυτών που είναι ωφέλιμα για τον ξενιστή.

Η κατανόηση του φαινομένου των οδοντικών βιοϋμένων, βοηθά στην πληρέστερη κατανόηση της βιολογικής βάσης της οδοντιατρικής και κατ' επέκταση, η αναγνώριση του ρόλου τους βοηθά στην αντιμετώπιση της νόσου τερηδόνας και των περιοδοντικών παθήσεων με την εφαρμογή τεκμηριωμένων λύσεων για την ορθότερη διαχείριση των βιοϋμένων. Ο οδοντίατρος θα μπορεί να προτείνει κατάλληλα θεραπευτικά ή προληπτικά μέτρα που δεν εξαντλούνται στους μηχανικούς και χημικούς τρόπους απομάκρυνσης των μικροβιακών εναποθέσεων, αλλά επεκτείνονται και σε μέτρα με περισσότερο βιολογική-οικολογική βάση.

Ο 1.1

Σχέση σωματικού βάρους και οδοντικής τερηδόνας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας

ΤΡΙΚΑΛΙΩΤΗΣ Α.¹

1. Παιδοδοντίατρος, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση των εργασιών που μελετούν την σχέση του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) με τους δείκτες οδοντικής τερηδόνας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Υλικό & Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σχετικών εργασιών στη βάση δεδομένων pubmed μέχρι τον Ιούνιο του 2015. Χρησιμοποιώντας τους παραπάνω συνδυασμούς λέξεων ως λέξεις-κλειδιά, έγινε ανάγνωση περιλήψεων των εργασιών που ανευρέθηκαν και όλες οι σχετικές ερευνητικές εργασίες συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση.

Αποτελέσματα

Βρέθηκαν 16 κατάλληλες ερευνητικές εργασίες, από τις οποίες οι 9 αναφέρουν στατιστικά μη σημαντική σχέση μεταξύ των δεικτών, οι 4 δείχνουν θετική συσχέτιση, δηλαδή αυξημένοι δείκτες ΔΜΣ με αυξημένους τερηδονικούς δείκτες, ενώ 3 αρνητική, δηλαδή δείκτες ΔΜΣ κάτω του φυσιολογικού με αυξημένους δείκτες τερηδόνας.

Συμπεράσματα

Είναι σημαντικό ότι ο αριθμός των ερευνών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας έχει αυξηθεί τη τελευταία πενταετία, ωστόσο το γεγονός ότι οι δύο δείκτες επηρεάζονται από ποικίλους αιτιολογικούς παράγοντες, καθώς και η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε σε κάθε έρευνα, οδηγούν σε προβληματισμούς όσον αφορά τη εξαγωγή σαφών συμπερασμάτων.

Ο 1.2

Θεραπεία παιδιών με τερηδόνα προσχολικής ηλικίας. Αποκατάσταση στόματος και παρακολούθηση

ΣΑΛΑΜΑΡΑ Ο.¹, ΜΠΙΡΓΠΟΥ Ε.¹, ΒΑΔΙΑΚΑΣ Γ.²

1. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια, ΕΚΠΑ

2. Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

Σκοπός: Η καταγραφή της αποκατάστασης και παρακολούθησης παιδιών με τερηδόνα προσχολικής ηλικίας, στα πλαίσια της θεραπευτικής αντιμετώπισης στη Μεταπτυχιακή Κλινική Παιδοδοντιατρικής, Ε.Κ.Π.Α.

Μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 191 παιδιά με τερηδόνα προσχολικής ηλικίας που προσήλθαν για θεραπεία το χρονικό διάστημα 2012-2015, και στα οποία έγινε πλήρης αντιμετώπιση των θεραπευτικών τους αναγκών και παρακολούθηση των αποκαταστάσεών τους. Όλα τα παιδιά είχαν ελεύθερο ιατρικό ιστορικό. Οι παράμετροι που καταγράφησαν ήταν τα δημογραφικά στοιχεία, οι στοματικές τους συνθήκες, οι θεραπευτικές ανάγκες και οι οδοντιατρικές εργασίες στις οποίες υπεβλήθησαν στην αρχική θεραπευτική φάση και στις επανεξετάσεις.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν τα 4,5 έτη, με την πλειοψηφία να είναι Έλληνες και αγόρια(56%). Από το σύνολο των αποκαταστάσεων, Σ.Ρ τοποθετήθηκαν στο 78,5% και ανοξειδωτές στεφάνες στο 14,63%, ενώ σε πολυτομή υπεβλήθη το 20,9% των δοντιών. Εξαγωγές έγιναν στο 40% περίπου των παιδιών, με περισσότερες από τις μισές να αφορούν άνω τομείς. Το 32,46% των ασθενών εμφάνισε νέες τερηδόνες κατά τις επανεξετάσεις σε όλες τις ομάδες των δοντιών, αλλά σε μεγαλύτερο ποσοστό στους άνω νεογιλούς γομφίους(44,44%).

Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία των οπισθίων δοντιών αποκαταστάθηκε με Σ.Ρ, ενώ ένας μεγάλος αριθμός άνω τομέων κρίθηκε μη αποκαταστάσιμος. Ένα σημαντικό ποσοστό των παιδιών εμφάνισε νέες τερηδόνες κατά τις επανεξετάσεις.

01.3

Συσχέτιση τερηδόνας με ορατή μικροβιακή πλάκα και μελανή χρωστική σε παιδιά προσχολικής ηλικίας

ΠΙΚΡΑΜΕΝΟΥ Β.¹, ΔΗΜΗΤΡΑΚΗ Δ.¹

1. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Σκοπός: Η συσχέτιση της νόσου τερηδόνας με την παρουσία ορατής μικροβιακής πλάκας και μελανής χρωστικής σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Υλικό: Το δείγμα αποτελείται από 2180 παιδιά ηλικίας 2,5-5,9 ετών από 33 ιδιωτικούς παιδικούς σταθμούς της Θεσσαλονίκης.

Μέθοδος: Η εξέταση πραγματοποιήθηκε από έναν εξεταστή και περιελάμβανε την καταγραφή της τερηδόνας ως dmfs, της ορατής μικροβιακής πλάκας και της μελανής χρωστικής. Η εξέταση έγινε στο χώρο του παιδικού σταθμού με οδοντιατρικά κάτοπτρα μίας χρήσεως και τη βοήθεια ενός penlight.

Αποτελέσματα: Παρουσία τερηδονικών αλλοιώσεων καταγράφηκε στο 10% των παιδιών (dmfs>0). Η μέση τιμή του dmfs ήταν 0,36 (SD =1.9). Παρουσία ορατής μικροβιακής πλάκας βρέθηκε σε 23 παιδιά (1,1%) ενώ μελανή χρωστική βρέθηκε σε 24 παιδιά (1,1%). Τα παιδιά που εμφάνιζαν ορατή μικροβιακή πλάκα ήταν 17,166 φορές πιθανότερο να έχουν τερηδονικές αλλοιώσεις σε σχέση με τα παιδιά που δεν εμφάνιζαν. (IRR=17,166, 95% CI:10,906-27.018, p<0,001). Δεν υπήρχε διαφορά στο dmfs μεταξύ των παιδιών που είχαν και αυτών που δεν είχαν μελανή χρωστική (p=0,252).

Συμπεράσματα: Η παρουσία ορατής οδοντικής μικροβιακής πλάκας φαίνεται να είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση τερηδόνας, ενώ δεν υπήρξε συσχέτιση ανάμεσα στην παρουσία μελανής χρωστικής και ύπαρξη τερηδόνας.

01.4

Οδοντιατρική φοβία και τερηδόνα σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Επιδημιολογικά στοιχεία και καθορισμός ορίων του φόβου

ΜΠΟΚΑ Β.¹, ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗΣ Κ.², ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ Β.³, ΚΟΤΣΑΝΟΣ Ν.⁴, VEERKAMP J.⁵

1. Παιδοδοντίατρος, Υποψήφια Διδάκτωρ ACTA Άμστερνταμ

2. Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

3. Στατιστικός

4. Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

5. Καθηγητής, ACTA Άμστερνταμ

Σκοπός: Η παρουσίαση των επιδημιολογικών δεδομένων της οδοντιατρικής φοβίας και της τερηδόνας σε παιδιά σχολικής ηλικίας και ο καθορισμός των ορίων του φόβου. **Υλικό και Μέθοδος:** 1.540 παιδιά επιλέχθηκαν από 15 δημόσια δημοτικά σχολεία. Η οδοντιατρική εξέταση πραγματοποιήθηκε στην τάξη, με καθρεφτάκια μίας χρήσεως και penlight. Για την αξιολόγηση της οδοντιατρικής φοβίας τα παιδιά συμπλήρωναν το CFSS-DS.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος του CFSS-DS ήταν 27,1±10,8. Η ηλικία σχετίζεται σημαντικά (p <0,05) με τη φοβία, καθώς μετά τα 9,7 έτη μειώνεται. Οι μέσες διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών δεν ήταν σημαντικές. 45,4% των παιδιών δεν είχαν τερηδόνα. Το μέσο DMFS και dmfs ήταν 0.6 ± 1.5 και 3.4 ± 5.9, αντίστοιχα. Σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ των διαφόρων περιοχών της πόλης, που σχετίζονται με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (p < 0.05). Τα αγόρια παρουσίασαν υψηλότερο dmfs (m=4±6,6, p=0,026), ενώ τα κορίτσια παρουσίασαν υψηλότερο DMFS (m=0,75±1,77, p <0,001). Τιμές πάνω από 37 (3,6% των παιδιών) στο CFSS-DS, βρέθηκαν ενδεικτικές για οδοντιατρική φοβία, ενώ τιμές 33-37 (11,8% των παιδιών) θεωρήθηκαν στο όριο, με πιθανότητα εκδήλωσης φοβίας

Συμπεράσματα: Η ηλικία σχετίζεται με την οδοντιατρική φοβία, 84,6% των παιδιών έχει χαμηλά επίπεδα φοβίας, που δεν δημιουργεί προβλήματα συμπεριφοράς στον οδοντίατρο. Πάνω από τα μισά παιδιά (54.6%) έχουν τερηδόνα.

01.5

Επίδραση της οικονομικής κρίσης της Ελλάδας στην στοματική υγεία παιδιών προσχολικής ηλικίας

ΑΓΟΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Α.¹, ΠΑΠΑΓΙΑΝΟΥΛΗ Λ.²

1. Παιδοδοντίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ
2. Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα στην στοματική υγεία παιδιών προσχολικής ηλικίας

Υλικό και Μέθοδος: Παιδιά προσχολική ηλικίας εξεταστήκαν σε δημοτικούς παιδικούς σταθμούς στα 7 δημοτικά διαμερίσματα της Αθήνας πριν την οικονομική κρίση, το 2007 (N=578) και μετά, το 2012 (N=560) με τα ίδια κλινικά κριτήρια. Έγινε καταγραφή του δείκτη οδοντικής τερηδόνας (dmft) και ορατής μικροβιακής πλάκας (VPI) ενώ οι γονείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο με προσωπικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. Στατιστική ανάλυση: περιγραφική στατιστική, μη παραμετρικά κριτήρια ($p \leq 0,05$).

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος ηλικίας των παιδιών ήταν 4,5 έτη και για τις δύο χρονικές περιόδους. Υπήρξε στατιστικά σημαντική μείωση του ποσοστού των παιδιών με τερηδόνες από 41% σε 24% ($p < 0,001$) και της βαρύτητας της νόσου ($p < 0,001$) από $dmft_{2007} = 1,7$ (SD:3,2) σε $dmft_{2012} = 0,57$ (SD:1,5) και αύξηση της καθαριότητας ($p = 0,001$) των δοντιών $VPI_{2007} = 0,7$ (SD:0,3) σε $VPI_{2012} = 0,5$ (SD:0,4). Ωστόσο, το 2012 καταγράφηκαν λιγότερες εξαγωγές ($p = 0,016$) και εμφράξεις ($p = 0,001$) και παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση του αναφερόμενου οικογενειακού εισοδήματος ($p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι ενώ υπάρχει βελτίωση της κατάστασης στοματικής υγείας των παιδιών προσχολική ηλικίας με την πάροδο των ετών, η οδοντιατρική τους περίθαλψη είναι μειωμένη στην περίοδο της οικονομικής κρίσης.

02.1

Προβλήματα του στοματογναθικού συστήματος σε παιδιά με οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία που υποβάλλονται σε αντικαρκινική θεραπεία

ΠΑΣΧΑΛΙΔΟΥ Μ.¹, ΝΤΑΟΥΤΙΔΟΥ Σ.¹, ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗΣ Κ.²

1. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ
2. Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Σκοπός: Ο παιδικός καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου στα παιδιά με συχνότερη κακοήθεια την οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία (ΟΛΛ). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα προβλήματα στο στοματογναθικό σύστημα ασθενών με ΟΛΛ που υποβάλλονται σε αντικαρκινική θεραπεία.

Υλικά και μέθοδοι: Έγινε αναζήτηση στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed, Scopus, Cochrane με λέξεις κλειδιά “παιδικός καρκίνος”, “οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία”, “ακτινοθεραπεία”, “χημειοθεραπεία”, “οδοντικές ανωμαλίες”.

Αποτελέσματα: Τα προβλήματα που προκύπτουν στη στοματική κοιλότητα ασθενών με ΟΛΛ αφορούν αλλοιώσεις των περιοδοντικών ιστών και των σιελογόνων αδένων, πολυτερηδονισμό, ανωμαλίες στην ανάπτυξη των γνάθων και στη διάπλαση των δοντιών. Η βαρύτητα των παραπάνω συμπτωμάτων σχετίζεται με το σχήμα και τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, την παράλληλη ακτινοθεραπεία και την ηλικία. Το οδοντιατρικό σχέδιο θεραπείας διαφοροποιείται ανάλογα με τη χρονική περίοδο πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την αντικαρκινική θεραπεία.

Συμπεράσματα: Στην επείγουσα και ευαίσθητη κατάσταση της διάγνωσης ενός παιδιού με ΟΛΛ είναι σημαντική η αποτελεσματική αντιμετώπιση των οδοντιατρικών αναγκών του ασθενούς που θα του εξασφαλίσει καλύτερη ποιότητα ζωής καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου και των κηδεμόνων του. Για το σκοπό αυτό απαιτείται η συνεργασία των αντίστοιχων ειδικοτήτων παιδοδοντιών, παιδίατρων, παιδογκολόγων και ψυχολόγων.

02.2

Καταγραφή στοματικής κατάστασης παιδιών και εφήβων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1: Αρχικά αποτελέσματα

ΜΠΑΜΠΑΤΖΙΑ Α.¹, ΠΑΠΑΝΑΚΟΥ Σ.¹, ΓΚΙΖΑΝΗ Σ.², ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Β.³, ΚΑΝΑΚΑ- GANTENBEIN Χ.⁴, ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΥΛΗ Ε.⁵

1. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια, ΕΚΠΑ
2. Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
3. Επίκουρος Καθηγήτριας Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής ΕΚΠΑ
4. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας –Νεανικού διαβήτη ΕΚΠΑ
5. Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της συγχρονικής περιγραφικής μελέτης ήταν η καταγραφή της στοματικής κατάστασης παιδιών και εφήβων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1) και η σύγκρισή της μεταξύ των ατόμων με ρυθμισμένο (ΡΣΔ) και αρρυθμιστο (ΑΣΔ) διαβήτη καθώς και των υγιών ατόμων ίδιας ηλικίας (ΥΓ).

Υλικό και Μέθοδος: 60 ασθενείς του Διαβητολογικού Κέντρου της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παίδων "Αγία Σοφία" (ηλικίας 6-15 ετών) συμμετείχαν στη μελέτη: α) ΑΣΔ: 30 με HbA1c $\geq 7,5\%$ και β) ΡΣΔ: 30 με HbA1c $<7,5\%$. Στην ΥΓ ομάδα συμμετείχαν 41 ασθενείς της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ. Ο δείκτης πλάκας (PII) (Silness & Loe 1964), ο ουλικός δείκτης (GI) (Silness & Loe 1964) και οι δείκτες τερηδόνας ICDAS/ DMFS χρησιμοποιήθηκαν για την καταγραφή της στοματικής τους κατάστασης.

Αποτελέσματα: Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στο δείκτη πλάκας μεταξύ των ομάδων (ANOVA, $p=0.033$), με σημαντικά περισσότερη μικροβιακή πλάκα στην ΑΣΔ ομάδα. Επίσης, η μέση τιμή του δείκτη DMFS έδειξε σημαντικές διαφορές (t-test, $p=0.023$) μεταξύ της ΑΣΔ και ΥΓ ομάδας (2,13 και 0,48 αντίστοιχα). Ο ουλικός δείκτης δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων.

Συμπεράσματα: Τα παιδιά με ΣΔ1 έχουν φτωχότερη στοματική υγιεινή και εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν τερηδόνα, ιδιαίτερα όταν η νόσος είναι μη ρυθμισμένη.

02.3

Ακράτεια Μελανίνης, μία πρόκληση για τον παιδοδοντίατρο

ΔΗΜΗΤΡΑΚΗ Δ.¹, ΝΤΑΟΥΤΙΔΟΥ ΣΤ.¹, ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗΣ Κ.², ΚΩΤΣΙΟΜΥΤΗ ΕΛ.³, ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Μ.⁴, ΚΟΤΣΑΝΟΣ Ν.⁵

1. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ
2. Επίκουρος Καθηγήτριας Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ
3. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Προσθητικής ΑΠΘ
4. Καθηγήτριας Ορθοδοντικής ΑΠΘ
5. Καθηγήτριας Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με την Ακράτεια Μελανίνης (AM), την αιτιοπαθογένειά της και τις εκδηλώσεις από το στοματογναθικό σύστημα και η παρουσίαση τεσσάρων κλινικών περιστατικών που προσήλθαν στη μεταπτυχιακή κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου για παρακολούθηση και αποκατάσταση.

Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στην ελληνική και ξένη βιβλιογραφία με τους συνδυασμούς των ακολουθών λέξεων κλειδιά: «incontinentia pigmenti», «ακράτεια μελανίνης», «NEMO», «Bloch-Sulzberger syndrome».

Αποτελέσματα: Η AM είναι ένα σπάνιο νευροδερματικό σύνδρομο που κληρονομείται με τον φυλοσύνδετο επικρατούντα χαρακτήρα. Προσβάλλει τους ιστούς του εξωδέρματος όπως δέρμα, δόντια, οφθαλμούς και ΚΝΣ. Επιδημιολογικά υπολογίζεται στις 1:50000 γεννήσεις με το 93% των ασθενών να είναι θήλεα. Η διάγνωση τίθεται από τις κλινικές εκδηλώσεις που εμφανίζονται περιγεννητικά και επιβεβαιώνεται και γενετικά. Οι εκδηλώσεις από το δέρμα εξελίσσονται σε 4 στάδια: φυσαλιδώδες, μρμγκιώδες, υπερχρωμικό, υποχρωμικό. Οι οδοντικές ανωμαλίες, οι πιο συχνές μη δερματικές εκδηλώσεις της AM, εμφανίζονται ως υποδοντία, μικροδοντία, κωνικές μύλες, επιπρόσθετα φύματα στα οπίσθια δόντια και καθυστέρηση ανατολής. Περαιτέρω χαρακτηριστικά αποτελούν η δυσμενής θέση των δοντιών στο φραγμό και η απώλεια της κατακόρυφης διάστασης.

Συμπεράσματα: Η θεραπευτική αντιμετώπιση ατόμων με AM αποτελεί ένα πολυσύνθετο πρόβλημα που απαιτεί την εποικοδομητική και συντονισμένη συνεργασία πολλαπλών ειδικοτήτων, παιδοδοντιών, ορθοδοντικών και προσθητολόγων.

O2.4

Κατάσταση στοματικής υγείας παιδιών προσχολικής ηλικίας με νευροαναπτυξιακές διαταραχές

ΤΖΟΥΑΝΑΚΗ Α.¹, ΑΓΟΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Α.², ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΥΛΗ Λ.³

1. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ
2. Παιδοδοντίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ
3. Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Σκοπός: Καταγραφή της κατάστασης στοματικής υγείας παιδιών προσχολικής ηλικίας με νευροαναπτυξιακές διαταραχές (ΝΑΔ) και συσχέτισή της με προσωπικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά.

Υλικό και Μέθοδος: Όλα τα παιδιά των 6 κέντρων της ΕΛΕΠΑΠ (N=147) εξετάστηκαν μετά από έγγραφη συγκατάθεση των γονέων από έναν παιδοδοντίατρο και έγινε καταγραφή του δείκτη οδοντικής τερηδόνας (dmft), ορατής μικροβιακής πλάκας (VPI), της παρουσίας ουλικής υπερπλάσις ενώ τα επίπεδα Mutans Streptococci (MS) εκτιμήθηκαν με εμπορικό test. Οι γονείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο με προσωπικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. Στατιστική ανάλυση: κριτήριο χ^2 και γραμμική παλινδρόμηση ($p \leq 0,05$).

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος ηλικίας των παιδιών ήταν 4,5 ετών (SD: 1,5), 34% είχαν τερηδόνες, μέση τιμή $dmft=2,7$ (SD:5,7), $VPI=0,52$ (SD:0,25) και 16% είχαν ανιχνεύσιμα επίπεδα MS. Μόνο 35% των παιδιών είχαν επισκεφτεί οδοντίατρο και 45% των μπτέρων θεωρούσαν το βούρτσισμα με φθοριούχο οδοντόκρεμα ωφέλιμο. Τα παιδιά με φλεγμονώδη υπερπλάσια ούλων είχαν σημαντικά περισσότερες τερηδόνες ($\chi^2=6,6$, $p=0,009$). Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας ($p=0,007$) και η γνώμη της για την κατάσταση στοματικής υγείας του παιδιού ($p=0,03$) ήταν οι δύο σημαντικότερες προβλεπτικές μεταβλητές του dmft.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, τα μικρά παιδιά με ΝΑΔ έχουν σοβαρά προβλήματα στοματικής υγείας και είναι απαραίτητη η έγκαιρη παρέμβαση και η ενημέρωση των γονέων τους.

Χορηγία: Υποτροφία Κουλουριδίδη από την Procter & Gamble

O2.5

Σύνδρομο της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας: Προσέγγιση στην οδοντιατρική πράξη

ΤΟΛΛΙΛΗ Χ.¹, ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗΣ Κ.²

1. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ
2. Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η κατανόηση της κλινικής εικόνας του συνδρόμου της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), η ανάδειξη των ιδιομορφιών που έχει στην οδοντιατρική πράξη, καθώς και η καταλληλότερη θεραπευτική προσέγγιση του παιδοδοντιατρικού ασθενούς με ΔΕΠΥ.

Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Medline/PubMed, Scopus και Cochrane library), στις κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης ΔΕΠΥ και της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας του 2013.

Αποτελέσματα: Η ΔΕΠΥ παρουσιάζει ως βασικά συμπτώματα δυσκολία στη συγκέντρωση και στην προσοχή, παρορμητικότητα και υπερκινητικότητα (υπερδραστηριότητα). Οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι κυρίως γενετικοί, νευροβιολογικοί και περιβαλλοντικοί. Η διάγνωση γίνεται βάσει των διαγνωστικών κριτηρίων της ΔΕΠΥ σύμφωνα με το DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας του 2013. Η ΔΕΠΥ μπορεί να συνυπάρχει και με άλλα προβλήματα ή ψυχικές διαταραχές. Η θεραπευτική προσέγγιση της ΔΕΠΥ περιλαμβάνει τη φαρμακευτική αντιμετώπιση, τη θεραπεία συμπεριφοράς, και την ατομική και την οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Συμπεράσματα: Τα παιδιά με ΔΕΠΥ αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα διαχείρισης συμπεριφοράς κατά την οδοντιατρική θεραπεία. Χρρίζουν ενίσχυσης των συστάσεων στοματικής υγιεινής και διατροφικών συνθηκών και θα πρέπει να εντάσσονται σε συχνό πρόγραμμα επανελέγχων για προληπτικούς λόγους.

02.6

Οδοντιατρική Αντιμετώπιση Ασθενών με Οπτική Αναπηρία

ΖΟΥΜΠΟΥΛΑΚΗΣ Μ.¹, ΚΑΛΛΕ Π.², ΖΑΛΙΟΣ Ε.³, ΣΕΚΕΡΗΣ Χ.⁴, ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗΣ Κ.⁵

1. Μεταπτυχιακός Φοιτητής Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής ΑΠΘ
2. Εκπαιδύτρια Κινητικότητας/Προσανατολισμού και Δεξιότητων Καθημερινής Διαβίωσης για άτομα με απώλεια όρασης «Πρωτοπορία» Αστική Μη Κερδοσκοπική, Θεσσαλονίκη
3. Ιατρός, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»
4. Οφθαλμίατρος, Επιμελητής Α', Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς
5. Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αναφέρεται στις οδοντιατρικές ανάγκες των ατόμων με οπτική αναπηρία, αλλά και στην οδοντιατρική τους διαχείριση και αντιμετώπιση.

Έγινε διερεύνηση της βιβλιογραφίας που περιλαμβάνει επιδημιολογικά στοιχεία, τις συχνότερες αιτίες οπτικής αναπηρίας και αναζητήθηκαν κλινικά πρωτοκόλλα οδοντιατρικής αντιμετώπισης των ατόμων με οπτική αναπηρία.

Ο αριθμός των ατόμων με οπτική αναπηρία παγκοσμίως φτάνει τα 285.000.000 (39.000.000 τυφλοί, 246.000.000 μειωμένης όρασης). Ακόμα 19 εκατομμύρια παιδιά έχουν οπτική αναπηρία (12.000.000 μη διορθωμένα διαθλαστικά προβλήματα, 1.400.000 τυφλά). Τόσο για την πρόσβαση όσο και για την κίνησή στο χώρο ενός οδοντιατρείου, απαιτείται συγκεκριμένος σχεδιασμός όπως και γνώσεις βασικών κανόνων συνοδείας ενώ οι διάφορες τεχνικές διαχείρισης συμπεριφοράς θα πρέπει να τροποποιούνται και κάποιες να μην χρησιμοποιούνται. Αναφέρεται συσχέτιση μεταξύ οπτικής αναπηρίας και συστηματικών παθήσεων ενώ κάποια φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν επιδείνωση στην όραση. Η ουλίτιδα είναι η κυρίαρχη βλάβη που παρατηρείται ενώ βιβλιογραφικά δεν είναι σαφές εάν διαφέρουν η τερηδονική προσβολή, το τραύμα και η στοματική υγιεινή.

Οι ασθενείς με οπτική αναπηρία χρειάζονται ειδική φροντίδα και εξειδικευμένες γνώσεις για την αντιμετώπισή των οδοντιατρικών τους προβλημάτων. Έτσι είναι επιτακτική η αναγνώριση των ιδιομορφιών τους και η παροχή εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας σε αυτούς.

02.7

Οδοντική σύντηξη και οδοντική διδυμία στο νεογιλό φραγμό

ΝΤΑΟΥΤΙΔΟΥ Σ.¹, ΔΗΜΗΤΡΑΚΗ Δ.¹, ΔΕΡΜΑΤΑ ΑΝ.¹, ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗΣ Κ.², ΚΟΤΣΑΝΟΣ Ν.³

1. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ
2. Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ
3. Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Σκοπός: Ο όρος «διπλά δόντια» περιγράφει την οδοντική σύντηξη και την οδοντική διδυμία που αποτελούν μορφολογικές ανωμαλίες του σχήματος και του μεγέθους των δοντιών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την αιτιολογία, τη συχνότητα εμφάνισης, τη διάγνωση και τους τρόπους αντιμετώπισης των δύο αυτών οδοντικών ανωμαλιών στο νεογιλό φραγμό.

Υλικό-Μέθοδος: Έγινε αναζήτηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed, Google Scholar, Embase και Scopus με λέξεις κλειδιά “διδυμία”, “σύντηξη”, “διπλά δόντια”, “διαφοροδιάγνωση”, “αντιμετώπιση”.

Αποτελέσματα: Η σύντηξη προκύπτει ως αποτέλεσμα συνένωσης δύο οδοντικών σπερμάτων ενώ η διδυμία ως αποτέλεσμα της προσπάθειας διαχωρισμού ενός οδοντικού σπέρματος. Κάποιες φορές προκύπτουν δυσκολίες στη διαφοροδιάγνωση των ανωμαλιών αυτών, η οποία στηρίζεται στο συνολικό αριθμό των δοντιών του φραγμού καθώς και στην κλινική και ακτινογραφική τους εικόνα. Η ύπαρξη σύντηξης ή διδυμίας συνδέεται σε άλλοτε άλλο βαθμό με ποικίλα προβλήματα όπως τερηδονικές βλάβες, ορθοδοντικά προβλήματα και προβλήματα αισθητικής.

Συμπεράσματα: Ο οδοντίατρος/παιδοδοντίατρος θα πρέπει να είναι ενήμερος για τις προαναφερθείσες οδοντικές ανωμαλίες και τους τρόπους αντιμετώπισης τους, καθώς ανεξάρτητα από τη διαφοροδιάγνωσή τους, η παρουσία οδοντικής σύντηξης ή διδυμίας μπορούν να οδηγήσουν σε ποικίλα προβλήματα.

03.1

Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες και Οδοντικό Τραύμα

ΜΠΑΞΕΒΑΝΟΣ Κ.¹, ΤΟΠΙΤΣΟΓΛΟΥ Β.², ΜΕΝΕΞΕΣ
Γ.³, ΚΑΛΦΑΣ Σ.⁴

1. Υποψήφιος Διδάκτωρ ΑΠΘ
2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΑΠΘ
3. Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ
4. Καθηγητής ΑΠΘ

Σκοπός: Η διερεύνηση των οδοντικών τραυμάτων σε σχέση με ψυχοκοινωνικές παραμέτρους που διαφαίνονται μέσα από το επιδημιολογικό μοντέλο «Πορείας ζωής».

Υλικό & Μέθοδος: Καταγράφηκε η παρουσία οδοντικών τραυμάτων σε μόνιμους τομείς 531 δεκατετράχρονων. Τα αίτια και οι ψυχοκοινωνικές παράμετροι των παιδιών και της οικογένειας συγκεντρώθηκαν μέσω συνέντευξης και ερωτηματολογίου. Οι ψυχολογικές παράμετροι, μεταξύ άλλων, αφορούσαν και (α) στην υποστήριξη που λαμβάνει ο έφηβος από τον πατέρα (β) από την μητέρα, και (γ) στην αίσθηση συνοχής του εφήβου και (δ) της μητέρας. Στατιστική Ανάλυση: Με εφαρμογή υποδειγμάτων Λογιστικής Παλινδρόμησης, ελέγχθηκε η συσχέτιση του οδοντικού τραύματος με 25 ανεξάρτητες μεταβλητές του μοντέλου «Πορεία Ζωής». Μέσω της Ιεραρχικής Ανάλυσης σε Συστάδες (ΙΑΣ), πραγματοποιήθηκε ομαδοποίηση των εφήβων, βάσει των βαθμών τους στις 4 προαναφερθείσες ψυχολογικές παραμέτρους.

Αποτελέσματα: Τα οδοντικά τραύματα συσχετίζονται με 8 από τις 25 ανεξάρτητες μεταβλητές, οι περισσότερες των οποίων είναι ψυχολογικές ($p < 0,05$). Η ΙΑΣ ανέδειξε τρεις συστάδες εφήβων, μία εκ των οποίων χαρακτηριζόταν από τα θετικότερα ψυχολογικά σκορ και τα λιγότερα οδοντικά τραύματα ($p < 0,05$). Αναδείχθηκε σημαντική συσχέτιση των συστάδων με το οικογενειακό βιοτικό επίπεδο ($p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Τα οδοντικά τραύματα των εφήβων συσχετίζονται με ψυχολογικούς παράγοντες, οι οποίοι συνδέονται με την οικογενειακή οικονομική κατάσταση.

03.2

Χρήση προστατευτικού νάρθηκα για πρόληψη οδοντικού τραύματος σε νεαρούς αθλητές καλαθοσφαίρισης: Ανάλυση 177 ερωτηματολογίων από Ελλάδα και ΗΠΑ

ΕΞΑΡΧΟΥ Ε.¹, ΚΟΤΣΑΝΟΣ Ι.², ΠΕΤΡΙΔΗΣ Α.³, ΚΟΤ-
ΣΑΝΟΣ Ν.⁴

1. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΑΠΘ
2. Προπτυχιακός φοιτητής, Fitness and wellness, Park University, Mo, USA
3. Μεταπτυχιακός φοιτητής Περιοδοντολογίας, ΑΠΘ
4. Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, ΑΠΘ

Σκοπός: Το οδοντοφατνιακό τραύμα είναι συχνό φαινόμενο σε αθλήματα με έντονη σωματική επαφή αντιπάλων, όπως η καλαθοσφαίριση. Για την πρόληψή του προτείνεται η χρήση στοματικού νάρθηκα. Σκοπός της εργασίας ήταν η συλλογή πληροφοριών για τη χρήση του από νεαρούς αθλητές του μπάσκετ, στην Ελλάδα και τις ΗΠΑ.

Υλικό & Μέθοδος: Συμπληρώθηκαν 107 ερωτηματολόγια από νεαρούς αθλητές καλαθοσφαίρισης ομάδων της Θεσσαλίας και της Θεσσαλονίκης και 70 από αντίστοιχους κολλεγίων των κεντρικών πολιτειών των ΗΠΑ, σχετικά με την ενημέρωσή τους, τη συχνότητα χρήσης, την αποδοχή και την αποτελεσματικότητα των νάρθηκων.

Αποτελέσματα: Η χρήση προστατευτικών στοματικών νάρθηκων στην καλαθοσφαίριση ήταν χαμηλή (11,5% στο δείγμα των ΗΠΑ και 17,7% στο ελληνικό δείγμα). Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων δείχνει ότι τα στοιχεία χαμηλής ενημέρωσης και αποδοχής στα δυο δείγματα παρουσιάζουν σημαντικές ομοιότητες.

Συμπέρασμα: Οι στοματικοί νάρθηκες δεν είναι δημοφιλείς στους νεαρούς ερασιτέχνες αθλητές καλαθοσφαίρισης. Οι οδοντίατροι μπορούν να έχουν πιο ενεργό ρόλο στην προώθηση της χρήσης τους καθώς η ενημέρωση των νεαρών αθλητών είναι ελλιπής.

03.3

Ο Βρυγμός στα παιδιά. Διάγνωση, Αιτιολογία, Αντιμετώπιση

ΔΕΡΜΑΤΑ Α.¹, ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗΣ Κ.², ΚΟΤΣΑΝΟΣ Ν.³

1. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ
2. Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ
3. Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά στη διάγνωση, στην αιτιολογία και στην αντιμετώπιση του βρυγμού στα παιδιά.

Υλικό και μέθοδος: Ανασκόπηση των δημοσιεύσεων σε βάσεις δεδομένων του διαδικτύου (Google Scholar, Pubmed, ProQuest, Embase, Cochrane) χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες "λέξεις κλειδιά": bruxism, children, diagnosis, etiology, treatment.

Αποτελέσματα: Ο βρυγμός ορίζεται ως το μη λειτουργικό σφίξιμο ή τρίξιμο των δοντιών που συμβαίνει κατά κύριο λόγο κατά τη διάρκεια της νύχτας. Κοινό χαρακτηριστικό στα παιδιά που παρουσιάζουν βρυγμό είναι η έντονη οδοντική φθορά. Η αιτιολογία του βρυγμού στα παιδιά είναι πολυπαραγοντική και σχετιζόμενη με συγκλεισιακούς, ψυχολογικούς, γενετικούς και συστηματικούς παράγοντες. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν κυρίως ψυχολογικές μεθόδους και χρήση ναρθικών σύγκλεισης. Η τεκμηρίωση όσον αφορά στην αναγκαιότητα και στον τρόπο θεραπείας του βρυγμού στα παιδιά κρίνεται ανεπαρκής.

Συμπεράσματα: Στους υπεύθυνους για το βρυγμό αιτιολογικούς παράγοντες περιλαμβάνονται τοπικοί, ψυχολογικοί, συστηματικοί και γενετικοί παράγοντες. Πριν την απόφαση για εφαρμογή των όποιων θεραπευτικών μέτρων, οδοντίατρος οφείλει να λάβει υπ' όψιν το ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό του ασθενούς και την πολυπαραγοντική αιτιολογία του βρυγμού.

03.4

Σχέση αυχενικής οριακής προσαρμογής με την ανάπτυξη δευτερογενούς τερηδόνας σε εμφράξεις Πης ομάδας από τροποποιημένη με ρητίνη υαλοϊνομερή κονία σε νεογιλούς γομφίους

ΣΙΩΚΗΣ Β.¹, ΜΠΑΛΑΣΟΥΛΗ Χ.², ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ Δ.², ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗΣ Κ.³, ΚΟΤΣΑΝΟΣ Ν.⁴

1. Οδοντίατρος, ΑΠΘ
2. Παιδοδοντίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης ΑΠΘ
3. Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ
4. Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της εργασίας ήταν να συσχετισθεί η ανάπτυξη δευτερογενούς τερηδόνας με την ύπαρξη αυχενικού κενού χώρου (cervical gap) σε εμφράξεις Πης ομάδας από τροποποιημένη με ρητίνη υαλοϊνομερή κονία (ΤΡΥΚ) σε νεογιλούς γομφίους.

Υλικό & Μέθοδος: 51 νεογιλοί γομφίοι με όμορες τερηδονικές βλάβες αποκαταστάθηκαν με ΤΡΥΚ (Vitremet, 3M, ESPE) από έναν έμπειρο παιδοδοντίατρο σε ιδιωτικό ιατρείο, με μέσο χρόνο ενδοστοματικής παραμονής 31,3 μήνες. Μετά την εξαγωγή/απόπτωση τους, τα δόντια τοποθετήθηκαν σε νερό και μελετήθηκαν με ένα στερεομικροσκόπιο. Μετρήθηκε το αυχενικό κενό μεταξύ δοντιού - υλικού και αξιολογήθηκε η παρουσία ή μη τερηδόνας ή δυσχρωμίας. Κατόπιν, σε επιμήκη τομή της μύλης τους έγινε ιστολογική εξέταση για εκ νέου αξιολόγηση της παρουσίας/απουσίας δευτερογενούς τερηδόνας.

Αποτελέσματα: Το 76,4% των δοντιών ήταν άνω νεογιλοί γομφίοι. Μακροσκοπικά, παρουσία αυχενικών κενών παρουσίασε το 90,2% των δοντιών και οριακή δυσχρωμία το 29,4%. Κατά την ιστολογική εξέταση 7 δόντια (13,7%) εμφάνισαν δευτερογενή τερηδόνα. Η παρουσία αυχενικών κενών και η οριακή δυσχρωμία δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ανάπτυξη δευτερογενούς τερηδόνας ($p=0,262$ και $p=0,771$, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Παρά την παρουσία αυχενικών κενών, υπήρξε πολύ χαμηλή εύρεση δευτερογενούς τερηδόνας. Η παρεμπόδιση της ανάπτυξης τερηδόνας μπορεί να αποδοθεί στη χρόνια απελευθέρωση φθορίου του αποκαταστατικού υλικού.

03.5

Αιτιολογία των εξωγενών οδοντικών χρωστικών της παιδικής ηλικίας. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας και κλινικά περιστατικά

ΧΑΤΖΗΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Κ.¹, ΚΟΥΤΣΟΥΚΟΣ Ι.², ΛΥΓΙΔΑΚΗΣ Ν.³

1. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
2. Οδοντίατρος Επιμελητής Α, ' Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης
3. Υφηγητής Παιδοδοντιατρικής Πανεπιστήμιο Leeds, UK

Σκοπός: Διερεύνηση της αιτιολογίας των εξωγενών οδοντικών χρωστικών στην παιδική ηλικία.

Υλικό και Μέθοδος: Αναλύθηκαν όλα τα σχετικά επιστημονικά άρθρα μετά το 2000 που επιλέχθηκαν μέσω του Pubmed.

Αποτελέσματα: Οι εξωγενείς οδοντικές χρωστικές εμφανίζονται στα παιδιά με συχνότητα 2,5-19%. Κλινικά παρουσιάζονται σαν στίγματα ή γραμμές, συνεχείς ή με ατελή συνένωση των σιγμάτων, που σπανίως υπερβαίνουν το αυχενικό τριτημόριο, χωρίς επέκταση όμορα. Θεωρούνται: α) είδος οδοντικής πλάκας, με αδιάλυτα άλατα σιδήρου και υψηλή περιεκτικότητα σε ασβέστιο/φώσφορο, εύρημα σχετιζόμενο με το συχνά χαμηλό δείκτη τερηδόνας στα παιδιά αυτά ή β) συσώρευση σουλφιδίων σιδήρου, προϊόντων αντίδρασης του σουλφιδίου του υδρογόνου (προϊόν βακτηριακής δράσης) με το σίδηρο του σάλιου/ουλικού υγρού. Αναφέρεται, επίσης, η σχέση των χρωστικών με ορισμένα χρωμογόνα βακτήρια (*Actinomyces*) και με ελαττωμένο αριθμό τερηδογόνων βακτηρίων, ενώ δεν υπάρχει σχέση με τον *S. mutans*. Ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν τη σχέση τους με τη χρήση κλωρεξιδίνης, ενώ η κατανάλωση νερού υψηλής περιεκτικότητας σε σίδηρο δεν επηρεάζει την εμφάνισή τους.

Συμπεράσματα: Η αιτιολογία των εξωγενών χρωστικών της παιδικής ηλικίας παραμένει άγνωστη. Απαιτείται επιπλέον κλινική και εργαστηριακή έρευνα σχετικά με: α) τα μικρόβια και άλλους μικροοργανισμούς στα οδοντικά βιοϋμένια και τη στοματική κοιλότητα, β) την τερηδονική κατάσταση και γ) τους παράγοντες διατροφής και τις τεχνικές στοματικής υγιεινής.

03.6

Υπολογισμός οδοντικής ηλικίας με στατιστική κατά Bayes σε ελληνικό πληθυσμό

ΧΑΛΑΖΩΝΙΤΗ Α.¹

1. Οδοντίατρος, ΕΚΠΑ

Σκοπός: Ανάπτυξη μεθόδου εκτίμησης οδοντικής ηλικίας για τον ελληνικό πληθυσμό βάσει στατιστικών πιθανοτήτων κατά Bayes.

Υλικό & Μέθοδος: Σε δείγμα 248 ορθοπαντομογραφμάτων κοριτσιών ηλικίας 7 έως 16 ετών (μέσος όρος: 10,9) καταγράφηκαν τα στάδια ωρίμανσης κατά Demirjian των δοντιών του κάτω αριστερού τεταρτημορίου, και τα άτομα χωρίστηκαν σε ηλικιακές ομάδες ανά έτος. Τα στάδια ωρίμανσης χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό της οδοντικής ηλικίας (ένταξη σε ηλικιακές ομάδες) βάσει της μεθόδου Bayes, θεωρώντας κάθε δόντι ως ανεξάρτητη μεταβλητή. Η ακρίβεια αξιολογήθηκε με τη μέθοδο διασταυρούμενης επικύρωσης ενός σημείου. Επιπρόσθετα, υπολογίστηκε η οδοντική ηλικία βάσει των Braga et al. 2005, για τη σύγκριση της καταλληλότητας των δύο μεθόδων στον ελληνικό πληθυσμό.

Αποτελέσματα: Το ποσοστό των ατόμων που ταξινομήθηκαν με ακρίβεια ± 6 μηνών ήταν 40%, ενώ με ακρίβεια ± 18 μηνών 82%. Το 95% όριο αξιοπιστίας κάλυπτε διάστημα 60 μηνών. Με εφαρμογή των δεδομένων των Braga et al. παρατηρήθηκαν ποσοστά 37% και 77% αντίστοιχα, με το 95% όριο αξιοπιστίας να εκτείνεται σε 84 μήνες.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεδομένα αναφοράς μπορούν να χρησιμοποιηθούν μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών αλλά η εξειδικευμένη μέθοδος παρέχει ακριβέστερη εκτίμηση της οδοντικής ηλικίας.

03.7

Οφέλη και προκλήσεις της διεθνούς διδασκαλίας μέσω τηλεδιάσκεψης

ΛΕΥΚΕΛΙΔΟΥ Α.¹, AZDANI ΙΕ. Ν.², ZHENG L.³, ΚΟΤΣΑΝΟΣ Ν.⁴, ΠΑΠΑΓΕΡΑΚΗΣ Π.⁵

1. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια, Παιδοδοντιατρικής, Α.Π.Θ.
2. Postgraduate Student, Department of Orthodontics and Pediatric Dentistry, University of Michigan
3. Postdoctoral Fellow, Department of Orthodontics and Pediatric Dentistry, University of Michigan
4. Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, Α.Π.Θ.
5. Αναπληρωτής Καθηγητής, Department of Orthodontics and Pediatric Dentistry, University of Michigan

1. Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
2. Τμήμα Ορθοδοντικής και Παιδοδοντιατρικής, Πανεπιστήμιο Μίσιγκαν, ΗΠΑ

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν βελτίωση της αφομοίωσης σύνθετων οδοντιατρικών θεμάτων μέσω συζήτησης και η ενίσχυση ανταλλαγής ιδεών και προτάσεων σχετικά με τη θεραπευτική αντιμετώπιση κλινικών περιστατικών. Οργανώθηκαν θεωρητικά μαθήματα μέσω τηλεδιάσκεψης μεταξύ των φοιτητών του Πανεπιστημίου του Μίσιγκαν και του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Η υπόθεση ήταν πως συνδέοντας δύο τμήματα από διαφορετικές Πανεπιστημιακές σχολές, οι μεταπτυχιακοί τους φοιτητές θα αποκτήσουν και θα ανταλλάξουν νέες και περισσότερες εμπειρίες και ιδέες.

Υλικό και Μέθοδος: Τηλεδιασκέψεις οργανώθηκαν χρησιμοποιώντας την πλατφόρμα bluejeans. Κάθε τμήμα παρουσίασε κλινικά περιστατικά και έπειτα έγινε συζήτηση σχετικά με τη διαφοροδιάγνωση και τα εναλλακτικά σχέδια θεραπευτικής αντιμετώπισης. Οι τηλεδιασκέψεις καταγράφηκαν και αναλύθηκαν. Η αξιολόγηση έγινε μέσω ενός ερωτηματολογίου το οποίο μοιράστηκε στους μεταπτυχιακούς φοιτητές.

Αποτελέσματα: Η συζήτηση κατά την παρουσίαση των κλινικών περιστατικών μέσω τηλεδιάσκεψης ήταν εκτενέστερη σε σχέση με τα μαθήματα των προηγούμενων ετών. Η πλειονότητα των μεταπτυχιακών φοιτητών προτίμησε περισσότερο τη διδασκαλία μέσω τηλεδιάσκεψης από τη κλασική διδασκαλία.

Συμπεράσματα: Τα εποικοδομητικά σχόλια κατά την αξιολόγηση θα χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της διδασκαλίας μέσω τηλεδιάσκεψης. Ο στόχος για το μέλλον είναι να συμπεριληφθούν 2-3 πανεπιστημιακές σχολές επιπρόσθετα. Το έργο αυτό θα μπορούσε, μέσω της διαδικτυακής συνεργασίας των εμπλεκόμενων τμημάτων και πανεπιστημίων, να επαναπροσδιορίσει την αντιμετώπιση κλινικών περιστατικών στην Παιδοδοντιατρική

P1.1

Η Αντιμικροβιακή Δράση Συνδεδειγμένων Συστημάτων με Χλωρεξιδίνη Στην Αντοχή Δεσμού με την Οδοντίνη

ΜΠΟΥΤΣΙΟΥΚΗ Χ.¹, ΤΟΛΙΔΗΣ Κ.², ΓΕΡΑΣΙΜΟΥ Π.³, LÜCKER S.⁴, KRÄMER N.⁵

1. Μεταπ. Φοιτήτρια, ΑΠΘ / University of Giessen, Germany
2. Αναπλ. Καθηγητής, ΑΠΘ
3. Επικ. Καθηγητής, ΑΠΘ
4. Επιστημ. Συνεργάτης, University of Giessen, Germany
5. Καθηγητής, University of Giessen, Germany

Σκοπός: Αξιολόγηση της αντοχής δεσμού των συνδεδειγμένων συστημάτων μετά από προσθήκη χλωρεξιδίνης και της αντιμικροβιακής δράσης της χλωρεξιδίνης με τη χρήση ενός αυτοματοποιημένου μοντέλου τερηδόνας.

Υλικό και Μέθοδος: Σε εκτεθειμένη μεσομυλική οδοντίνη πενήντα υγιών τρίτων γομφίων εφαρμόστηκε ένας από τους παρακάτω συνδεδειγμένους παράγοντες: 1) Ομάδα ελέγχου (CTRL) 2) 0,1% χλωρεξιδίνη στον ενεργοποιητή (PRIM) 3) 0,1% χλωρεξιδίνη στη συνδεδειγμένη ρητίνη, (ADH), 4) Peak Universal Bonding Agent 0,2%, Ultradent (PEAK). Παρασκευάστηκαν ραβδία σε μικροτόμο (n=20-25/δόντι) με επιφάνεια σύνδεσης=0,46mm². N=521 ραβδία διαχωρίστηκαν για άμεση δοκιμασία αντοχής δεσμού στο μικρο-εφελκυσμό (TC-550, Syndicad), ενώ N=512 ραβδία εισίχθησαν στο μοντέλο τερηδόνας για 2 ημέρες και στη συνέχεια δοκιμάστηκαν σε αντοχή δεσμού μέχρι τη θραύση.

Αποτελέσματα: σε MPa [SD]: *μετά από το μοντέλο τερηδόνας, % αποτυχιών σύνδεσης: CTRL: 59[20],46%;

*31[20], 76%; PRIM: 46[16],53%; *40[13],55%; ADH: 50[19],56%; * 32[13],53%; PEAK: 45[15],58%; *41[15],69%.

Συμπεράσματα: Η προσθήκη χλωρεξιδίνης σε συνδετικά συστήματα, υποβαθμίζει την άμεση αντοχή δεσμού με την οδοντίνη. Η χλωρεξιδίνη στο στάδιο του ενεργοποιητή ή η εργοστασιακή της προσθήκη σε συνδετικό παράγωγα προσφέρει προστασία του δεσμού από τη δράση των *Streptococcus mutans* και τη δευτερογενή τερηδόνα.

P1.2

Ανάπτυξη νέου οδοντιατρικού υλικού και αξιολόγηση των αναγεννητικών και αντιμικροβιακών ιδιοτήτων του

ΛΕΥΚΕΛΙΔΟΥ Α.¹, ΧΑΤΖΗΣΤΑΥΡΟΥ Ξ.², ΚΟΤΣΑΝΟΣ Ν.³, ΠΑΠΑΓΕΡΑΚΗΣ Π.⁴

1. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΑΠΘ, Department of Orthodontics and Pediatric Dentistry, University of Michigan
2. Φυσικός, Department of Orthodontics and Pediatric Dentistry, University of Michigan
3. Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ
4. Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, Department of Orthodontics and Pediatric Dentistry, University of Michigan

Σκοπός: Η κατασκευή ενός υλικού το οποίο θα διαμορφώνει ένα περιβάλλον ελεύθερο μικροβίων και ταυτόχρονα τις συνθήκες για αναγέννηση οδοντικών ιστών. Η αξιολόγηση των αναγεννητικών και αντιμικροβιακών ιδιοτήτων του υλικού.

Υλικό και Μέθοδος: Νανοσωματίδια αργύρου (Ag) μέσα σε βιούαλο (bioglass) ενσωματώθηκαν σε σύνθετη ρητίνη (flow resin) σε συγκεντρώσεις 0,5,10,15 % κ.β. σχηματίζοντας το υλικό AgBGCMP. Βιουμένιο αναπτύχθηκε πάνω στα δοκίμια του υλικού και αξιολογήθηκε ποιοτικά και ποσοτικά με SEM και CLSM και ImageJ ανάλυση. Επίσης, προσδιορίστηκαν οι αναγεννητικές ιδιότητες του υλικού.

Αποτελέσματα: Η ενσωμάτωση αργύρου και βιούαλου

αυξάνει τις αντιμικροβιακές ιδιότητες του υλικού μειώνοντας τόσο τη πολυπλοκότητα της μορφολογίας του βιουμενίου όσο και την αναλογία ζωντανών/νεκρών βακτηρίων, η οποία με στατιστικά σημαντική διαφορά μειώνεται καθώς αυξάνεται η συγκέντρωση του υλικού. Οι αναγεννητικές ιδιότητες επιβεβαιώνονται.

Συμπεράσματα: Η κατασκευή νέων υλικών με διπλό ρόλο -αναγεννητικό και αντιμικροβιακό- είναι δυνατόν να καλύψει τις αδυναμίες των σημερινών υλικών, ώστε να βρει θέση στη κλινική πράξη προσφέροντας ένα περιβάλλον για επούλωση των οδοντικών ιστών.

P1.3

Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας της συγκριτικής αξιολόγησης της δράσης και των εφαρμογών των επιφανειακών αναισθητικών

ΜΠΑΜΠΛΗ Ε.¹, ΑΠΟΣΤΟΛΟΓΛΟΥ Β.¹, ΝΤΑΜΠΑΡΑΚΗΣ Ν.², ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗΣ Κ.³

1. Φοιτήτρια Οδοντιατρικής, Α.Π.Θ
2. Επικ. Καθηγήτριας Οδοντοφαρμακικής Χειρουργικής, Χειρουργικής Εμφυτευματολογίας και Ακτινολογίας, Α.Π.Θ
3. Επικ. Καθηγήτριας Παιδοδοντιατρικής, Α.Π.Θ

Η εφαρμογή των επιφανειακών αναισθητικών αποτελεί μια εδραιωμένη πρακτική στην οδοντιατρική αλλά με αλληλοσυγκρουόμενα αποτελέσματα. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με σύγκριση των διαφόρων επιφανειακών αναισθητικών τόσο μεταξύ τους όσο και με placebo φάρμακα σε παιδιά, με παρόμοιο τρόπο εφαρμογής και όχι με συσκευές. Όσον αφορά την σύγκριση των επιφανειακών αναισθητικών μεταξύ τους, και με βάση τα κριτήρια επιλογής ευρέθησαν 13 εργασίες, η σύγκριση των οποίων σε 8 εργασίες ήταν μη στατιστικά σημαντική, σε 2 εργασίες ο συνδυασμός λιδοκαΐνης 20% και τετρακαΐνης 4% ήταν αποτελεσματικότερος του σκευάσματος 2.5% λιδοκαΐνης-2.5% πριλοκαΐνης και

του σκευάσματος βενζοκαΐνης 20% (σε ορθοδοντικές εργασίες), σε μία εργασία το σκεύασμα λιδοκαΐνης 20% υπερείχε του σκευάσματος βενζοκαΐνης 20% ενώ σε μία άλλη συμβαίνει το ακριβώς αντίθετο (το σκεύασμα βενζοκαΐνης 20% υπερείχε της EMLA και της λιδοκαΐνης 10%). Τέλος σε μία εργασία η EMLA υπερείχε της βενζοκαΐνης 18% και της λιδοκαΐνης 5%. Οσον αφορά την σύγκριση των επιφανειακών αναισθητικών με placebo σκευάσματα, η έρευνα της βιβλιογραφίας βρήκε 2 εργασίες με την σύγκριση της κρέμας EMLA για την πολφική αναισθησία νεογιλών δοντιών και για τοποθέτηση ελαστικού απμονωτήρα χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά στο αποτέλεσμα.

P1.4

Καταγραφή των γνώσεων των παιδαγωγών του Δημοτικού Βρεφοκομείου Αθήνας σχετικά με τη στοματική υγεία παιδιών προσχολικής ηλικίας

ΛΙΟΝΤΟΥ Β.¹, ΑΓΟΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Α.², ΓΚΙΖΑΝΗ Σ.³, ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΥΛΗ Λ.⁴

1. Παιδοδοντίατρος, Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
2. Παιδοδοντίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ
3. Επικ. Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ
4. Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ

Σκοπός: Η καταγραφή των γνώσεων των παιδαγωγών του Δημοτικού Βρεφοκομείου Αθήνας αναφορικά με τη στοματική υγεία παιδιών προσχολικής ηλικίας και η συσχέτιση των γνώσεων αυτών με τα προσωπικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους.

Υλικό και μέθοδος: 506 παιδαγωγοί συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο με 40 ερωτήσεις σχετικά με δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, γνώσεις για τη στοματική υγεία στην προσχολική ηλικία, συμμετοχή σε σχετικά παιδαγωγικά προγράμματα. Η στατιστική ανάλυση περιελάμβανε περιγραφική στατιστική, διμερείς συσχετίσεις και υποδείγματα γραμμικής και λογιστικής παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των παιδαγωγών ήταν 41 έτη (SD: 7,5), 68% ήταν γονείς, 73% δεν είχαν παρακο-

λουθήσει κανένα μάθημα αγωγής στοματικής υγείας, 70% θεωρούσαν πως οι σχετικές τους γνώσεις ήταν ανεπαρκείς, 45% είχαν συμμετάσχει σε κάποιο πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας, 27% γνώριζαν την ηλικία της πρώτης επίσκεψης στον παιδοδοντίατρο και 37% την ηλικία έναρξης βουρτσίσματος. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρέαζαν το επίπεδο γνώσεων των παιδαγωγών ήταν η συμμετοχή τους σε παιδαγωγικά προγράμματα ($p < 0,001$), η σημασία ύπαρξης μαθημάτων αγωγής στοματικής υγείας ($p = 0,01$), η προσωπική επάρκεια γνώσεων για τη στοματική υγεία ($p = 0,03$) και το αν ήταν γονείς ($p = 0,05$).

Συμπεράσματα: Οι παιδαγωγοί είχαν φτωχό επίπεδο γνώσεων σε σημαντικά θέματα στοματικής υγείας στην προσχολική ηλικία και είναι απαραίτητη η εκπαίδευσή τους στα θέματα αυτά.

P1.5

Στοματική υγεία παιδιών με ανοσοανεπάρκειες

ΚΑΡΑΚΕΛΙΔΟΥ Α.¹, ΑΝΔΡΕΑΔΗΣ Δ.²

1. Φοιτήτρια μεταπτυχιακού προγράμματος Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Α.Π.Θ
2. Επικ. Καθηγήτρια Στοματολογίας, Α.Π.Θ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να συγκεντρωθούν, να μελετηθούν και να καταδειχθούν οι συγγενείς ανοσοανεπάρκειες που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία και στη συνέχεια να τονιστεί η αναγκαιότητα της καλής στοματικής υγείας.

Υλικό και Μέθοδος: Οι ασθενείς με συγγενείς ανοσοανεπάρκειες είναι άπιστευτα ευπαθείς σε οδοντικά προβλήματα. Στην παρούσα εργασία αποσαφηνίζεται ο ορισμός της κάθε ανοσοανεπάρκειας, δίνεται η κλινική εικόνα και στη συνέχεια περιγράφονται οι ανάλογες οδοντιατρικές συμβουλές και οδηγίες.

Αποτελέσματα: Οι λοιμώξεις οδηγούν τους ανοκατεσταλμένους ασθενείς σε υψηλότερες συχνότητες ουλίτιδας, περιοδοντίτιδας, τερηδονισμένων δοντιών και ξηροστομίας. Η καλή εκμάθηση της στοματικής υγιεινής και οι τακτικοί επανέλεγχοι θα πρέπει να διασφαλίζονται. Φυσικά θα πρέπει και οι ίδιοι οι ασθενείς να είναι ενήμεροι για τον κίνδυνο που διατρέχουν από ιικές και βακτηριακές λοιμώξεις. Εάν υπάρχει κάποια υποκείμενη καρδιακή διαταραχή, τεχνητές βαλβίδες ή προυπάρχουσα στοματική λοίμωξη,

συνιστάται οι ασθενείς να λαμβάνουν αντιβιοτική αγωγή πριν την οδοντιατρική πράξη.

Συμπεράσματα: Η καλή στοματική υγιεινή, ο τακτικός έλεγχος και η καλή επικοινωνία με τον οδοντίατρο, ελαχιστοποιούν τους κινδύνους. Ο γιατρός, ο οδοντίατρος και πολλές φορές ο περιοδοντολόγος είναι η ιατρική ομάδα που θα διευθετήσει και θα συντονίσει όλη την θεραπευτική οδοντιατρική διαδικασία, όποτε υπάρξει ανάγκη.

P1.6

Σχέση μεταξύ λήψης βρογχοδιασταλτικών και/ή κορτικοστεροειδών φαρμάκων για το άσθμα κατά την προσχολική ηλικία και εμφάνισης ανωμαλιών κατασκευής της αδαμαντίνης πρώτων μόνιμων γομφίων σε παιδιά 6-12 ετών

ΜΑΣΤΟΡΑ Α.¹, ΒΑΔΙΑΚΑΣ Γ.², ΑΓΟΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Α.³, ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ-ΓΑΡΤΑΓΑΝΗ Π.⁴, ΓΕΜΟΥ-ΕΝΓΕΣΑΕΤΗ Β.⁵

1. Παιδοδοντίατρος, Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
2. Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
3. Παιδοδοντίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
4. Διευθύντρια Μονάδας Παιδιατρικής Πνευμονολογίας Α' Παιδιατρικής κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών ΕΚΠΑ
5. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής Αλλεργιολογίας Ιατρικής Σχολής, ΕΚΠΑ

Σκοπός: Η μελέτη της συσχέτισης εμφάνισης ανωμαλιών κατασκευής στην αδαμαντίνη πρώτων μόνιμων γομφίων και λήψης αντιασθματικών φαρμάκων κατά την προσχολική ηλικία, σε παιδιά ηλικίας 6-12 ετών.

Μέθοδοι: Η ομάδα μελέτης περιελάμβανε 70 παιδιά που επισκέπτονταν το Νοσοκομείο Παίδων 'Η Αγία Σοφία' (Αθήνα) και είχαν λάβει αντιασθματικά φάρμακα κατά την

ηλικιακή περίοδο 0-4 ετών. 70 υγιή παιδιά αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Πληροφορίες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το ιστορικό ελήφθησαν μέσω ερωτηματολογίου, ενώ για τη θεραπευτική τους αγωγή μέσω ιατρικών αρχείων του νοσοκομείου. Όλα τα παιδιά υπεβλήθησαν σε κλινική οδοντιατρική εξέταση (τροποποιημένος δείκτη DDE). Η στατιστική ανάλυση περιελάμβανε δοκιμασία χ², διμερείς συσχετίσεις και ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης (p<0,05).

Αποτελέσματα: Ανωμαλίες κατασκευής βρέθηκαν σε 24 παιδιά (34,3%) στην ομάδα μελέτης και σε 6 μάρτυρες (8,6%) - η διαφορά μεταξύ των ομάδων ήταν στατιστικά σημαντική (P<0,001, OR=5,56). Απώλεια αδαμαντίνης παρατηρήθηκε στο 41,6% των παιδιών με ανωμαλίες κατασκευής. Ο τύπος φαρμάκου, η διάρκεια και ηλικία έναρξης της χορήγησής του δε σχετίστηκαν με την ύπαρξη των βλαβών. Το φύλο ήταν ο μόνος στατιστικά σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας (p<0,01).

Συμπεράσματα: Η χρήση αντιασθματικών φαρμάκων (0-4 ετών) σχετίστηκε με τις ανωμαλίες κατασκευής στην αδαμαντίνη των πρώτων μόνιμων γομφίων. Οι σοβαρότερου βαθμού βλάβες με εκτεταμένη απώλεια αδαμαντίνης ήταν οι συννηθέστερα απαντώμενες

P2.1

Υπεναλάτωση γομφίων-τομέων (ΜΙΗ): Βιβλιογραφική ανασκόπηση

ΕΥΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Π.¹, ΒΛΑΧΟΥ Χ.²

1. Χειρουργός Οδοντίατρος, ΑΠΘ
2. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΑΠΘ

Σκοπός: Η αποτύπωση της τρέχουσας γνώσης σε σχέση με τη διάγνωση, την αιτιολογία, την επιδημιολογία και τη θεραπευτική αντιμετώπιση του ΜΙΗ.

Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στο MEDLINE με λέξεις-κλειδιά που σχετίζονται με το θέμα, καθώς και αναζήτηση της βιβλιογραφίας των εργασιών που προέκυψαν.

Αποτελέσματα: Το ΜΙΗ είναι η συστηματική υπεναλάτωση ενός ή περισσότερων 1ων μόνιμων γομφίων και πιθανώς και των μόνιμων τομέων. Χαρακτηρίζεται από

αδιαφανείς κηλίδες, κατάγματα μετά την ανατολή του δοντιού, άτυπες αποκαταστάσεις, οδοντική υπερευαισθησία και πιθανά εξαγωγές που έχουν προκληθεί εξαιτίας του. Διακρίνεται στην ήπια μορφή, που είναι και η πιο συχνή καθώς και στη μέτρια/σοβαρή μορφή. Έχει όχι καλά διευκρινισμένα, πιθανά πολυπαραγοντική αιτιολογία (νόσηση στην προ-, περι- ή άμεσα μεταγεννητική περίοδο, δηλ. σε κρίσιμες περιόδους της οδοντικής ανάπτυξης). Τα ποσοστά κατανομής του σε πληθυσμούς διαφόρων χωρών κυμαίνονται από 2,4 ως 40,2%, με δύο επιδημιολογικές εργασίες από τον ελληνικό χώρο να δίνουν 10 και 21%. Η θεραπευτική αντιμετώπιση εξαρτάται από τα συμπτώματα, τη σοβαρότητα και το βαθμό ανατολής.

Συμπεράσματα: Είναι κρίσιμο το ΜΙΗ να διαγιγνώσκεται νωρίς λόγω των υψηλότερων αναγκών αυτών των ατόμων για θεραπεία και για την καλύτερη πρόγνωση των δοντιών και της οδοντοφυΐας μακροχρόνια.

P2.2

Υπενασβεσίωση πρώτων μόνιμων γομφίων- μόνιμων τομέων (ΜΙΗ) : Παρουσίαση περιστατικών

ΜΠΑΜΠΑΤΖΙΑ Α.¹, ΚΕΦΑΛΛΗΝΟΥ Δ.², ΚΟΥΤΣΗ Β.³, ΒΑΔΙΑΚΑΣ Γ.⁴

1. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
2. Οδοντίατρος, ΕΚΠΑ
3. Παιδοδοντίατρος, Επιστημονική Συνεργάτης, ΕΚΠΑ
4. Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Ο όρος υπενασβεσίωση γομφίων τομέων (ΜΙΗ) χρησιμοποιείται για να περιγράψει την κλινική οντότητα υπενασβεσιωμένων περιοχών συστηματικής αιτιολογίας σε έναν ή περισσότερους πρώτους μόνιμους γομφίους, οι οποίες συχνά συνοδεύονται από ανάλογες βλάβες σε μόνιμους τομείς. Η έντονη ευαισθησία των δοντιών, η μη ικανοποιητική αισθητική και οι φτωχές μηχανικές ιδιότητες των οδοντικών ιστών που συχνά οδηγούν σε απώλεια οδοντικής ουσίας έχουν σαν αποτέλεσμα μια χαμηλότερη ποιότητα ζωής.

Παρουσίαση περιστατικών: 4 παιδιά ηλικίας 7- 12 ετών προσήλθαν στη Μεταπτυχιακή Κλινική Παιδοδοντιατρικής

λόγω της κακής αισθητικής και της έντονης ευαισθησίας σε θερμικά ερεθίσματα των μόνιμων τομέων και των πρώτων μόνιμων γομφίων αντίστοιχα. Η κλινική εξέταση έδειξε καλά περιγεγραμμένες κίτρινο-καφέ και λευκές κηλίδες στην αδαμαντίνη των προσβεβλημένων δοντιών η οποία επιπλέον εμφανιζόταν μαλακή και πορώδης. Το σχέδιο θεραπείας περιελάμβανε την αποκατάσταση των προσβεβλημένων γομφίων με τοποθέτηση προκατασκευασμένων ανοξειδωτών στεφανών και την αισθητική αποκατάσταση των τομέων με σύνθετη ρητίνη έπειτα από τη μερική αφαίρεση των βλαβών με την τεχνική της μικροαποτριβής.

Σχόλια: Οι επανορθωτικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την αποκατάσταση των δοντιών με υπενασβεσιώσεις πρέπει πάντα να γίνονται με γνώμονα τις ανάγκες του ασθενούς, την ηλικία, το βαθμό συνεργασίας του και τη βαρύτητα της προσβολής ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή λειτουργικότητα και αισθητική απόδοση.

P2.3

Οδοντινική Δυσπλασία τύπου I (ΟΔ1): Παρουσίαση δυο κλινικών περιστατικών

ΚΑΤΣΟΥΔΑ Μ.¹, ΛΕΥΚΕΛΙΔΟΥ Α.², ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗΣ Κ.³, ΚΟΤΣΑΝΟΣ Ν.⁴

1. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ
2. Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ
3. Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Η οδοντινική δυσπλασία (ΟΔ) αποτελεί μια σπάνια κληρονομούμενη αυτοσωμικά επικρατή νόσο και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση διαταραχών στην διάπλαση της οδοντίνης κατά τη διαδικασία της οδοντινογένεσης. Η ΟΔ ταξινομείται σε: α) οδοντινική δυσπλασία τύπου I (ΟΔ1) που αφορά τη δυσπλασία ρίζας, β) οδοντινική δυσπλασία τύπου II (ΟΔ2) που αφορά τη δυσπλασία μύλης και γ) εντοπισμένη οδοντινική δυσπλασία (ΟΔ3) που αποτελεί συνδυασμό της ΟΔ1 και ΟΔ2.

Στην παρουσίαση αυτή θα γίνει αναφορά δυο περιπτώσεων νεαρών ασθενών ηλικίας 8 και 10 ετών που φέρουν τα τυπικά και μη τυπικά χαρακτηριστικά της ΟΔ1. Στο 1^ο περιστατικό, παρά την φυσιολογική εικόνα μύλης, τα ακτινογραφικά ευρήματα του πολφικού θαλάμου ημισελήνοειδούς σχήματος και οι κωνικές-κοντές ρίζες τόσο των

πρώτων μόνιμων όσο και των δεύτερων νεογιλών γομφίων οδήγησαν στη διάγνωση της ΟΔ1 και την εισαγωγή του ασθενούς σε προληπτικό πρόγραμμα συχνών επανεξετάσεων. Στο 2° περιστατικό, η κλινική εικόνα κινητικότητας και υπεναλάτωσης των πρώτων μόνιμων γομφίων και η ακτινογραφική εικόνα απουσίας ρίζας διευθετήθηκε με την χειρουργική εξαγωγή αυτών.

Η διάγνωση και η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΟΔ1 παρουσιάζει πολλές δυσκολίες για τον κλινικό οδοντίατρο. Λόγω της περιορισμένης αναφοράς περιστατικών οδοντικής δυσπλασίας στη βιβλιογραφία, θεωρείται υψίστης σημασίας η παρουσίαση νέων περιστατικών για την θέσπιση νέων κριτηρίων για την διάγνωση.

P2.4

Οδοντικός εγκολεασμός (dens in dente): Παρουσίαση περιστατικού

ΜΠΑΜΠΑΤΖΙΑ Α.¹, ΓΚΑΤΖΟΓΙΑΝΝΗ Μ.², ΠΡΩΤΟΓΕΡΟΥ Ε.³, ΚΑΦΕΤΖΗ Δ.⁴, ΒΑΔΙΑΚΑΣ Γ.⁵

1. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
2. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Βιολογίας Στόματος, ΕΚΠΑ
3. Οδοντίατρος, Ειδικευθείσα στην Ενδοδοντία, ΕΚΠΑ
4. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Οδοντικής Χειρουργικής, ΕΚΠΑ
5. Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Ο οδοντικός εγκολεασμός οφείλεται σε εγκολεασμό όλων των σποιδάδων του οργάνου της αδαμαντίνης μέσα στην αναπτυσσόμενη οδοντική θηλή με αποτέλεσμα τη δημιουργία θυλακοειδούς εγκόλπωσης κλειστής προς την κατεύθυνση του ακρορριζίου και ανοικτής προς τη στοματική κοιλότητα.

Παρουσίαση περιστατικού: Αγόρι ηλικίας 9 ετών προσήλθε στη Μεταπτυχιακή Κλινική Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ με ιστορικό έντονου πόνου στην περιοχή των κάτω πρόσθιων τομέων. Η κλινική και ακτινογραφική εξέταση έδειξε οδοντικό εγκολεασμό στο #32. Οι δοκιμασίες ζωικότητας πολφού στο εν λόγω δόντι ήταν αρνητικές ενώ υπήρχε πόνος κατά την επίκρουση. Στη ψηφιακή ογκομετρική τομογραφία που ελήφθησε στην περιοχή διαπιστώθηκε υπόπυκνη οστεολυτική αλλοίωση με σαφή όρια ακρορριζικά του #32 η οποία είχε προκαλέσει λύση της συνέχειας του πα-

ριακού πετάλου αντίστοιχα προς το συγκεκριμένο δόντι. Το σχέδιο θεραπείας περιελάμβανε ενδοδοντική θεραπεία του #32 και αποκατάσταση της μύλης με σύνθετη ρητίνη. Οι επανεξετάσεις στους 3, 6 και 12 μήνες έδειξαν απουσία παθολογικής συμπτωματολογίας και σημειολογίας, ενώ οι περιακρορριζικοί ιστοί απεικονίζονταν φυσιολογικοί χωρίς αλλοιώσεις.

Σχόλια: Η θυλακοειδής εγκόλπωση ευνοεί την εγκατάσταση και εξέλιξη της τερηδόνας με αποτέλεσμα τη φλεγμονή του πολφού, τη νέκρωση και συχνά τη δημιουργία περιακρορριζικής φλεγμονής. Σε περιπτώσεις που απαιτείται ενδοδοντική θεραπεία η διάνοιξη του μυλικού θαλάμου απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή λόγω του σύνθετου της μορφολογίας του δοντιού.

P2.5

Ιδιαιτερότητες στην Προσθετική Αποκατάσταση Ασθενή με Εξωδερμική Δυσπλασία

ΠΑΠΑΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Γ.¹, ΔΕΡΜΑΤΑ Α.², ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗΣ Κ.³, ΚΩΤΣΙΟΜΥΤΗ Ε.⁴

1. Μεταπτυχιακός Φοιτητής Προσθετικής, Α.Π.Θ.
2. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, Α.Π.Θ.
3. Επίκουρος Καθηγητής, Παιδοδοντιατρικής, Α.Π.Θ.
4. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Εργαστήριο Οδοντικής και Ανωτέρας Προσθετικής, Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Με τον όρο Εξωδερμική Δυσπλασία αποδίδονται οι κληρονομούμενες διαταραχές των οργάνων που διαπλάθονται από το εμβρυϊκό εξώδερμα, όπως τα δόντια, οι αδένες, το δέρμα, οι τρίχες και τα νύχια.

Παρουσίαση περιστατικού: Αγόρι με υποϊδρωτική εξωδερμική δυσπλασία, ηλικίας 8 ετών, προσήλθε στη Μονάδα αποκατάστασης ατόμων παιδικής ηλικίας με συγγενή ή επίκτητη έλλειψη δοντιών. Μετά από κλινική και ακτινολογική εξέταση διαπιστώθηκαν η συγγενής έλλειψη 22 μόνιμων δοντιών, κωνικό σχήμα μύλης άνω κεντρικών τομέων, μικροδοντία, μειωμένη ποσότητα σάλιου, μειωμένο ύψος και εύρος υπολειμματικής φατνιακής ακρολοφίας. Τα κύρια παράπονα ήταν η αδυναμία μάσησης και οι αισθητικές απαιτήσεις. Αποφασίστηκε η κατασκευή μερικής

προσωρινής οδοντοστοιχίας με συρμάτινα άγκιστρα στην κάτω γνάθο και ολικής προσωρινής οδοντοστοιχίας στην άνω γνάθο με πρόβλεψη για την ανατολή των μόνιμων δοντιών. Ταυτόχρονα έγινε ένταξη σε πρόγραμμα βμνιαίων επανελέγχων.

Σχόλια: Η προσθετική αντιμετώπιση του παιδοδοντιατρικού ασθενή με Εξωδερμική Δυσπλασία παρουσιάζει ιδιαίτερες. Η μειωμένη μηχανική και φυσική συγκράτηση βελτιώνεται με τη λειτουργική διαμόρφωση των επιφανειών των προσθέσεων και με τη διευκόλυνση της νευρομυϊκής προσαρμογής. Η συνεχιζόμενη ανάπτυξη επιβάλλει την πρόβλεψη δυνατότητας προσαρμογής και τους συστηματικούς επανελέγχους. Οι προσωρινές προσθετικές αποκαταστάσεις αποτελούν ένα αποτελεσματικό μέσο για την κάλυψη των αναγκών που δημιουργεί η εκτεταμένη νωδότητα που συνοδεύει την εξωδερμική δυσπλασία.

P2.6

Κατάγματα μύλης –ρίζας μετά από τραυματισμό σε πολλαπλούς νεογιλούς γομφίους: Παρουσίαση περιστατικού

ΣΙΓΓΑΛΑΣ Ν.¹, ΛΙΟΝΤΟΥ Β.², ΒΑΔΙΑΚΑΣ Β.³, ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΥΛΗ Λ.⁴

1. Μεταπτυχιακός φοιτητής Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
2. Παιδοδοντίατρος, Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
3. Επικ. Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
4. Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Τα επιπλεγμένα κατάγματα μύλης/ μύλης-ρίζας νεογιλών γομφίων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, αν και σπάνια, αποτελούν πρόκληση για τον οδοντίατρο απαιτώντας έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία.

Παρουσίαση περιστατικού: Αγόρι ηλικίας 4 ετών προσήλθε στην Μεταπτυχιακή Κλινική της Παιδοδοντιατρικής ΕΚΠΑ με πόνο κατά τη διάρκεια της μάσησης. Στο ιστορικό αναφέρθηκε πώση από κουκέτα πριν από 2 μήνες. Η κλινική και ακτινογραφική εξέταση αποκάλυψε την ύπαρξη επιπλεγμένων καταγμάτων μύλης-ρίζας σε 4 νεογιλούς

γομφίους και 1 μη επιπλεγμένο σε νεογιλό γομφίο. Κατά την κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας αποφασίστηκε η αποκατάσταση των νεογιλών γομφίων με πολφοτομή και ανοξειδωτη στεφάνη με την εξαίρεση ενός που εξήχθη. Ο ασθενής επανεξετάστηκε μετά από χρονικό διάστημα 3, 6, 12, 18 μηνών. Κατά την περίοδο της παρακολούθησης το παιδί εμφάνισε έντονο πόνο με συνοδό οίδημα στην περιοχή του ενός από τους αποκαταστημένους γομφίους, που αντιμετωπίστηκε με συντηρητική περιοδοντική θεραπεία και αντικατάσταση της αποκατάστασης.

Σχόλια: Μετά από τραυματισμό στην στοματοπροσωπική χώρα και ιδιαίτερα στην κάτω γνάθο, επιβάλλεται η πραγματοποίηση κλινικού και ακτινογραφικού ελέγχου των οπίσθιων νεογιλών δοντιών. Σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με επιπλεγμένα κατάγματα μύλης-ρίζας νεογιλών γομφίων, προτεραιότητα πρέπει να δοθεί στη συντηρητική αντιμετώπιση αυτών και στη μακρά και ανά τακτά χρονικά διαστήματα παρακολούθησή τους.

P2.7

Θεραπεία ενός έγκλειστου κεκαμμένου κεντρικού άνω τομέα

ΠΑΥΛΙΔΗΣ Δ.¹

1. Ορθοδοντικός, Πτολεμαίδα-Κοζάνη

Η διάγνωση ενός έγκλειστου τομέα με κάμψη αναφέρεται ως μια οδοντική δυσμορφία, η οποία χαρακτηρίζεται από μια γωνίωση ανάμεσα στη μύλη και τη ρίζα του δοντιού, προκαλώντας την αδυναμία ανατολής του. Ως πιθανότερη αιτιολογία θεωρείται το οδοντικό τραύμα σε πρόωμη ηλικία. Στο παρελθόν, η χειρουργική εξαγωγή ήταν η πρώτη επιλογή στη θεραπεία έντονα κεκαμμένων τομέων.

Ο σκοπός αυτής της αναφοράς κλινικού περιστατικού είναι να παρουσιάσει τη διόρθωση ενός έγκλειστου οριζόντιου και κεκαμμένου κεντρικού άνω τομέα μέσω της χειρουργικής αποκάλυψης μύλης 2 σταδίων, συνδυάζοντας μια συνεχόμενη δύναμη ορθοδοντικής έλξης. Ο τομέας μετακινήθηκε επιτυχώς στη σωστή του θέση. Η θεραπεία αναλύεται διεξοδικά τονίζοντας τα σημεία που αφορούν την ορθοδοντική και την παιδοδοντιατρική επιστήμη, με βάση τη σύγχρονη βιβλιογραφία.

P2.8

Εναλλακτική μέθοδος ναρθηκοποίησης σε κατάγματα φατνιακής απόφυσης του νεογιλού φραγμού. Παρουσίαση περιστατικού

ΚΟΥΤΣΟΥΚΟΣ Ι.¹, ΧΑΤΖΗΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Κ.²,
ΛΥΓΙΔΑΚΗΣ Ν.³

1. Οδοντίατρος Επιμελητής Α, ΄ Νοσοκομείο Παιδων Πεντέλης
2. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
3. Υφηγητής Παιδοδοντιατρικής Πανεπιστήμιο Leeds, UK

Εισαγωγή: Τα κατάγματα της φατνιακής απόφυσης χαρακτηρίζονται συχνά από κινητικότητα και μετατόπιση των κατεαγώτων τμημάτων, ενώ η αντιμετώπισή τους περιλαμβάνει την επανατοποθέτηση των μετατοπισμένων τμημάτων και τη ναρθηκοποίησή τους.

Παρουσίαση Περιστατικού: Κορίτσι 4,5 ετών προσήλθε στο ιατρείο 10 ώρες μετά από τραύμα της κάτω γνάθου από πτώση. Κλινικά, διαπιστώθηκε κάθετο κάταγμα της φατνιακής απόφυσης στην περιοχή του δεξιού κάτω νεογιλού κυνόδοντα, καθώς και επώδυνη παρειακή κινητικότητα και μετατόπιση του κατεαγώτος τμήματος συνοδευόμενη από αδυναμία σύγκλεισης. Άμεσα έγινε τοπική αναισθησία, αντισηψία της περιοχής, επανατοποθέτηση του κατεαγώτος τμήματος στην αρχική του θέση με χειρισμούς και επιβεβαίωση της σωστής θέσης ακτινογραφικά. Η αδυναμία τοποθέτησης σύρματος ναρθηκοποίησης στα νεογιλά δόντια λόγω έντονης βαθείας δήξης της ασθενούς, οδήγησε στην απόφαση τοποθέτησης σιλικονούχου θερμοπλαστικού νάρθηκα (EVA positioner) στο οδοντικό τόξο, μετά από λήψη αποτυπώματος με αλγινικό και συγκόλλησή του στους πρώτους νεογιλούς γομφίους με λεπτόρρευση ρητίνης. Στην ασθενή συστήθηκε μαλακή διατροφή και προσεκτική στοματική υγιεινή. Μετά από 4 εβδομάδες αφαιρέθηκε ο νάρθηκας και στην κλινική και ακτινογραφική εξέταση διαπιστώθηκε πλήρης επούλωση της περιοχής, απουσία κινητικότητας και ανεμπόδιστη σύγκλειση.

Σχόλια: Η πρωτότυπη αυτή μέθοδος ναρθηκοποίησης σε κατάγματα φατνιακής απόφυσης αποτελεί μία εύκολη και ανεκτή στα παιδιά προσέγγιση, σε περιπτώσεις, όπου η τοποθέτηση σύρματος ακινητοποίησης είναι αδύνατη.

P2.9

Αντιμετώπιση σοβαρού οδοντοφατνιακού τραύματος πρόσθιας άνω γνάθου σε νεαρό ασθενή: Παρουσίαση περίπτωσης

ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Ε.¹, ΚΑΜΠΕΡΟΣ Γ.², ΠΡΙΓΚΟΣ Χ.Α.²,
ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Δ.³, ΙΑΤΡΟΥ Ι.⁴

1. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
2. Μεταπτυχιακός φοιτητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, ΕΚΠΑ
3. Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
4. Διευθυντής- Καθηγητής, Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Από τη σύγχρονη βιβλιογραφία προκύπτει ότι ένα στα δύο παιδιά έως την ηλικία των 14 ετών έχει υποστεί κάποιο είδος οδοντικού τραύματος. Η συχνότητα διαφέρει ανάλογα με τον υπό μελέτη πληθυσμό, ωστόσο η ηλικία και το φύλο παίζουν βασικό ρόλο. Η περιοχή των προσθίων άνω δοντιών εμφανίζει τη μεγαλύτερη συχνότητα τραυματισμού.

Παρουσίαση περίπτωσης: Αγόρι ηλικίας 13 ετών παρουσιάστηκε ημέρα εφημερίας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου Παιδων «Π. & Α. Κυριακού» μετά από τραυματισμό κατά τη διάρκεια εξωτερικής αθλητικής δραστηριότητας. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε ολική εκγόμφωση του #11 και ενσφήνωση του #21, με συνήλη παρρη κατάγματος αδαμαντίνης οδοντίνης και φατνιακού πετάλου. Στην περιοχή υπήρχε επίσης θλαστικό τραύμα των μαλακών μορίων. Στο Νοσοκομείο πραγματοποιήθηκε άμεση αντιμετώπιση του τραύματος με επανατοποθέτηση του #11, χειρουργική επανατοποθέτηση του #21, ανάταξη του φατνιακού πετάλου, ακινητοποίηση των δοντιών με ορθοδοντικό σύρμα και σύνθετη ρητίνη και τέλος συρραφή του τραύματος. Σε δεύτερο χρόνο πραγματοποιήθηκαν ενδοδοντικές θεραπείες των δύο κεντρικών τομέων και οι ανασυστάσεις τους. Οι επανεξετάσεις του τριμήνου και εξαμήνου δεν έδειξαν παθολογικά ευρήματα.

Σχόλια: Τα τελευταία χρόνια τραυματισμός πρόσθιων δοντιών και των γύρω ιστών σε παιδιά, έχει εξελιχθεί σε πρόβλημα δημόσιας οδοντικής υγείας παγκοσμίως. Η σωστή και άμεση αντιμετώπιση του έχει καθοριστική σημασία για την αποκατάστασή του.

P3.1

Οδοντιατρική αντιμετώπιση ασθενών με κληρονομικές αιμορραγικές διαταραχές

ΓΚΟΥΝΤΑΚΟΥ Α.¹, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ-Κ.²,
ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗΣ Κ.³

1. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, ΑΠΘ
2. Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδιατρικής Αιματολογίας, ΑΠΘ
3. Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, ΑΠΘ

Υπό κανονικές συνθήκες, οι οδοντιατρικές επεμβάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν με μικρό κίνδυνο για τον ασθενή. Ωστόσο, ο ασθενής του οποίου η ικανότητα να ελεγχθεί η αιμορραγία έχει αλλοιωθεί λόγω κληρονομικών αιμορραγικών διαταραχών, μπορεί να είναι σε σοβαρό κίνδυνο, εκτός εάν ο οδοντίατρος εντοπίσει το πρόβλημα πριν προβεί σε οποιαδήποτε οδοντιατρική πράξη. Η αρχική αναγνώριση των αιμορραγικών διαταραχών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση των πιθανών επιπλοκών.

Οι κληρονομικές αιμορραγικές διαταραχές που θα αναφερθούν είναι η κληρονομική αιμορραγική τελαγγειεκτασία (σύνδρομο Osler-Weber-Rendu), η νόσος von Willenbrand, η νόσος Bernard-Soulier, η θρομβασθένεια Glanzmann, η αιμορροφιλία Α και η αιμορροφιλία Β.

Στις περισσότερες περιπτώσεις μπορούν να ληφθούν μέτρα, έτσι ώστε να μειωθεί σημαντικά ο κίνδυνος που συνδέεται με τις οδοντιατρικές επεμβάσεις. Η οδοντιατρική αντιμετώπιση ασθενών με κληρονομικές αιμορραγικές διαταραχές στο οδοντιατρείο χρειάζεται προσοχή. Ο συνδυασμός τοπικής και συστηματικής αντιμετώπισης φαίνεται ιδιαίτερα αποτελεσματικός. Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται για τη βελτίωση και διατήρηση καλής στοματικής υγείας, διότι για αυτούς, οι οδοντιατρικές θεραπείες περιπλέκονται από τον κίνδυνο αιμορραγικών εκδηλώσεων.

P3.2

Σύνδρομο Turner. Κλινικά γνωρίσματα και η διαχείριση στο οδοντιατρείο – Βιβλιογραφική ανασκόπηση

ΧΑΤΖΑΚΗ Κ.¹, ΝΤΑΟΥΤΙΔΟΥ Σ.¹, ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗΣ Κ.², ΚΟΤΣΑΝΟΣ Ν.³

1. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ
2. Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ
3. Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Σκοπός: Το σύνδρομο Turner αποτελεί τη συχνότερη χρωμοσωμική ανωμαλία που προσβάλλει τα θήλεα άτομα και χαρακτηρίζεται από ολική ή μερική απουσία ενός εκ των δύο Χ χρωμοσωμάτων. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η περιγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών ατόμων με σύνδρομο Turner εστιάζοντας στα ευρήματα στο κρανιοπροσωπικό σύμπλεγμα καθώς και στη διαχείριση των ασθενών αυτών στο χώρο του οδοντιατρείου.

Υλικό -Μέθοδος: Έγινε αναζήτηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed, Google Scholar, Embase και Scopus με λέξεις κλειδιά «Turner syndrome», «clinical characteristics», «dental management».

Αποτελέσματα: Στα χαρακτηριστικά του συνδρόμου συγκαταλέγονται το χαμηλό ανάστημα, η δυσγενεσία των γονάδων, συγγενείς ανωμαλίες κάποιων οργάνων, ανωμαλίες στο κρανιοπροσωπικό σύμπλεγμα και στην εμφάνιση γενικότερα. Η οπισθογναθική κάτω γνάθος, η στενή σε εγκάρσια διάσταση άνω γνάθος, το ανώμαλο μέγεθος και σχήμα δοντιών, οι διαταραχές στην ανατολή καθώς και οι διαταραχές στη σύγκλειση αποτελούν τα πιο βασικά χαρακτηριστικά του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος θηλέων με σύνδρομο Turner. Σε ένα μεγάλο ποσοστό συνυπάρχουν διαταραχές στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη με προβλήματα στην επικοινωνία, τη μάθηση και σε κάποιες περιπτώσεις νοστική υστέρηση.

Συμπεράσματα: Ο οδοντίατρος/ παιδοδοντίατρος θα πρέπει να είναι ενήμερος και καταρτισμένος για τη σωστή διαχείριση ασθενών με σύνδρομο Turner στο οδοντιατρείο.

P3.3

Οδοντιατρική αντιμετώπιση ασθενούς με σύνδρομο Marfan: παρουσίαση κλινικής περίπτωσης

ΒΑΤΣΟΛΑΚΗ Ε.¹, ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Ε.², ΑΓΟΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Α.³, ΓΚΙΖΑΝΗ Σ.⁴, ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΥΛΗ Λ.⁵

1. Οδοντίατρος, Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
2. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
3. Παιδοδοντίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
4. Επικ. Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
5. Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Marfan είναι μια κληρονομική πολυσυστηματική νόσος του συνδετικού ιστού οφειλόμενη κυρίως σε μεταλλάξεις του γονιδίου που κωδικοποιεί την γλυκοπρωτεΐνη Φιμπρίλν1(FBN1). Πρόκειται για γενετική διαταραχή με αυτοσωμικό επικρατούντα τύπο κληρονομικότητας, με συχνότητα εμφάνισης 1:5000 γεννήσεις χωρίς ιδιαίτερες φυλετικές και γεωγραφικές διακρίσεις. Οι συνήθεις κλινικές εκδηλώσεις προέρχονται από το σκελετικό και το καρδιαγγειακό σύστημα, το δέρμα, τους πνεύμονες και τους οφθαλμούς. Στη στοματική κοιλότητα εμφανίζονται υποπλασίες της αδαμαντίνης, διαταραχή στη διάπλαση των οδοντικών ριζών και ανωμαλίες στη μορφολογία του μυλικού θαλάμου.

Παρουσίαση Περιστατικού: Αγόρι 8 ετών με σύνδρομο Marfan ήρθε στη Μεταπτυχιακή Κλινική της Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ για τυπικό οδοντιατρικό έλεγχο. Στο ιατρικό ιστορικό αναφέρθηκε διάταση αορτής, ήπια ανεπάρκεια μιτροειδούς και περιορισμένη όραση από το δεξί μάτι. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν κακή στοματική υγιεινή, πολλαπλές τερηδονικές βλάβες, απώλειες νεογιλών δοντιών και οπίσθια σταυροειδής σύγκληση. Ο ακτινογραφικός έλεγχος αποκάλυψε συγγενείς ελλείψεις όλων των πλαγίων μόνιμων τομέων. Εξαιτίας του καρδιολογικού προβλήματος η θεραπεία έγινε με ημειοπροφύλαξη. Ο ασθενής ήταν συνεργάσιμος και το σχέδιο θεραπείας περιελάμβανε εξατομικευμένο προληπτικό πρόγραμμα, πολυφοτομέες, αποκαταστάσεις των δοντιών με ανοξειδωτές στεφάνες, εμφράξεις και ανασυστάσεις σύνθετων ρητινών καθώς και διατήρηση του χώρου στην κάτω γνάθο.

Σχόλια: Εξαιτίας της βαρύτητας των καρδιολογικών προβλημάτων στο συγκεκριμένο σύνδρομο, είναι απαραίτητη η πρόληψη και έγκαιρη οδοντιατρική αντιμετώπιση με στόχο την αποφυγή επιπλοκών και εκτεταμένων θεραπειών.

P3.4

Οδοντιατρική θεραπεία παιδιού με Σύνδρομο Συγγενούς Κεντρικού Υποαερισμού – Παρουσίαση περιστατικού

ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ Ε.¹, ΛΕΥΚΕΛΙΔΟΥ Α.¹, ΜΠΟΚΑ Β.²

1. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, Α.Π.Θ.
2. Παιδοδοντίατρος, Υποψήφια Διδάκτωρ, Πανεπιστήμιο ΑCTA Άμστερνταμ, Τμήμα Παιδοδοντιατρικής Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Το Σύνδρομο Συγγενούς Κεντρικού Υποαερισμού (Congenital Central Hypoventilation Syndrome - CCHS) είναι μία σπάνια ασθένεια που συνδυάζει αναπνευστικό υποαερισμό με συμπτώματα απορρύθμισης του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Για την επιτυχή διαχείριση των ασθενών αυτών απαιτείται συνεργασία οδοντιατρικής και ιατρικής ομάδας. Στόχος της αναφοράς περιστατικού είναι η παρουσίαση της οδοντιατρικής διαχείρισης παιδιού με CCHS, χωρίς φαρμακολογικά μέτρα, σε συνεργασία με ειδικά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό.

Παρουσίαση περιστατικού: Κορίτσι (7 ετών), διαγνωσμένο με CCHS, προσήλθε στο παιδοδοντικό ιατρείο παραπονούμενο για πόνο. Το παιδί κρίθηκε μη-συνεργάσιμο και προτάθηκε γενική αναισθησία. Ο παιδοπνευμονολόγος έκρινε σκόπιμη την αποφυγή της θεραπείας υπό γενική αναισθησία. Συνεπώς, αποφασίστηκε η πραγματοποίηση της οδοντιατρικής θεραπείας σε νοσοκομειακό περιβάλλον, χωρίς τη χρήση φαρμάκων, αλλά με τη δυνατότητα συνεχούς παρακολούθησης των ζωτικών σημείων. Η συνεργασία του παιδιού στο νοσοκομείο ήταν ιδιαίτερα βελτιωμένη, πιθανώς λόγω της εξοικείωσής της με το περιβάλλον. Η θεραπεία ολοκληρώθηκε (διατήρηση χώρου) σε δεύτερο χρόνο στο ιατρείο, όπου το παιδί παρουσίασε σημαντικά καλύτερο επίπεδο συνεργασίας.

Σχόλια: Η συνεργασία μεταξύ του ειδικά εκπαιδευμένου ιατρικού προσωπικού και του παιδοδοντίατρου ήταν υψίστης σημασίας. Η χρήση των βασικών τεχνικών διαχείρισης συμπεριφοράς, με την ταυτόχρονη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων της ασθενούς, οδήγησε σε ένα επιτυχές θεραπευτικό αποτέλεσμα το οποίο εμπειρείε και τη βελτιωμένη συνεργασία ασθενούς-οδοντίατρου.

P3.5

Η Χρήση του Πρωτοξειδίου του Αζώτου στην Παιδοδοντιατρική

ΓΙΑΤΡΑ Ε.¹, ΣΚΑΛΙΑ Ε.¹, ΤΡΙΑΝΤΗ Δ.¹

1. Φοιτήτρια Οδοντιατρικής ΑΠΘ

Σκοπός: Η εργασία αυτή αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση της χρήσης του μείγματος πρωτοξειδίου του αζώτου με οξυγόνο (N₂O/O₂) για ελάχιστη καταστολή στην παιδοδοντιατρική με στόχο τη μείωση του άγχους και τη βελτίωση της συμπεριφοράς του ασθενή.

Υλικό & Μέθοδος: Η αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας έγινε στις βάσεις δεδομένων Pubmed, EMBASE και ιδιόχειρα. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν “paedodontics, sedation [MESH] AND “Nitrous oxide inhalation” [MESH]. Συμπεριλήφθηκαν μόνο πηγές που ανέφεραν την αποκλειστική χορήγηση του N₂O/O₂ και όχι σε συνδυασμό με άλλη μέθοδο καταστολής.

Αποτελέσματα: Συγκεντρώθηκαν οκτώ δημοσιεύσεις και δυο κεφάλαια βιβλίων. Το N₂O/O₂ λόγω ήπιας κατασταλτικής και αναλγητικής δράσης ενδείκνυται σε πολλές περιπτώσεις όπως ασθενείς ηλικίας τεσσάρων ετών και άνω καθώς και με ειδικές ανάγκες με δυνατότητα επικοινωνίας. Ωστόσο αντενδείκνυται σε καταστάσεις όπως προβλήματα αναπνευστικού. Επειδή η χρόνια εισπνοή υπολειμματικών αερίων εγκυμονεί κινδύνους για το προσωπικό του ιατρού απαιτείται η λήψη μέτρων προφύλαξης. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται δυο διαφορετικές τεχνικές χορήγησης του μείγματος N₂O/O₂ η κλασική τεχνική και η γρήγορη τεχνική.

Συμπεράσματα: Από όλες τις μεθόδους καταστολής που χρησιμοποιούνται στην παιδοδοντιατρική το μείγμα N₂O/O₂ αποτελεί την πιο δημοφιλή λόγω της ασφάλειας και ευκολίας στη χρήση. Παρόλα αυτά στην Ελλάδα η χρήση του είναι εξαιρετικά περιορισμένη λόγω σχετικής νομοθεσίας.

P3.6

Συνήθη αντιμικροβιακά που χρησιμοποιούνται στην Παιδοδοντιατρική

ΤΖΙΑΛΛΑ Ν.¹, ΤΣΙΑΝΤΟΥ Δ.²

1. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, Α.Π.Θ. 2. Παιδοδοντίατρος, Α.Π.Θ.

Σκοπός. Οι παιδοδοντίατροι συνταγογραφούν αντιμικροβιακά προκειμένου να αντιμετωπίσουν ένα ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων στη στοματική κοιλότητα. Σκοπός της εργασίας είναι να αναφερθούν τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα αντιμικροβιακά και τα θεραπευτικά σχήματα.

Υλικό & Μέθοδος. Έγινε αναζήτηση κλινικών μελετών στις βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane και Embase και κατευθυντήριων οδηγιών της Αμερικάνικης Παιδοδοντιατρικής Εταιρείας (AAPD) και της Ευρωπαϊκής Παιδοδοντιατρικής Ακαδημίας (EAPD). Δεν τέθηκε περιορισμός στη χρονολογία δημοσίευσης και οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι “antimicrobials”, “antibiotics”, “infection”, “trauma”, “children”, “dentistry” σε όλους τους πιθανούς συνδυασμούς.

Αποτελέσματα. Στην παιδοδοντιατρική χρησιμοποιούνται κυρίως οι β-λακτάμες (πενικιλίνες και κεφαλοσπορίνες α' και β' γενεάς), τα μακρολίδια (κλαριθρομυκίνη) και οι λινκοζαμίδες (κλινδαμυκίνη). Η πολφίτιδα άνευ συμπτωμάτων, η ουλίτιδα λόγω οδοντικής πλάκας και οι ιογενείς νόσοι δεν απαιτούν τη χορήγηση αντιμικροβιακών. Το οξύ οίδημα οδοντικής αιτιολογίας μπορεί να απαιτεί τη χορήγηση συχνότερα πενικιλίνης, ενώ η τετρακυκλίνη χρησιμοποιείται μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις οδοντικού τραύματος. Οι ελκονεκρωτικές ή επιθετικές νόσοι του περιοδοντίου έχουν σύνηθες θεραπευτικό σχήμα τη μετρονιδαζόλη και η προφυλακτική χημειοπροφύλαξη την αμοξικιλίνη.

Συμπεράσματα. Ο οδοντίατρος χρειάζεται να είναι άριστος γνώστης του τρόπου χορήγησης, της διάρκειας δράσης και των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου, λαμβάνοντας υπόψιν το ιατρικό ιστορικό και την αύξηση του φαινομένου της μικροβιακής αντοχής λόγω υπερκατανάλωσης αντιμικροβιακών.

P3.7

Συστηματικές επιπλοκές και τοπικά συμβάματα κατά την τοπική αναισθησία στα παιδιά

ΑΠΟΣΤΟΛΟΓΛΟΥ Β.¹, ΝΤΑΜΠΑΡΑΚΗΣ Ν.²,
ΑΡΑΠΟΣΤΑΘΗΣ Κ.³, ΝΤΑΜΠΑΡΑΚΗΣ Ν.⁴

1. Φοιτήτρια Οδοντιατρικής, Α.Π.Θ
2. Φοιτητής Οδοντιατρικής, Α.Π.Θ
3. Επικ. Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, Α.Π.Θ
4. Επικ. Καθηγητής Οδοντοφαρμακικής Χειρουργικής, Χειρουργικής Εμφυτευματολογίας και Ακτινολογίας, Α.Π.Θ

Η τοπική αναισθησία στο παιδί αποτελεί μια ευαίσθητη διαδικασία που την κάνει περισσότερο ιδιαίτερη από ότι στον ενήλικα. Αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση να έχει το απαιτούμενο βάθος και διάρκεια για μια επιτυχημένη εργασία αλλά και για την οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης γιατρού και παιδιού. Το παιδί πρέπει να αποδεχτεί με κατάλληλη προετοιμασία τον εξοπλισμό (σύριγγα-βελόνη) ως ένα απαραίτητο μέρος της όλης διαδικασίας που θα του επιτρέψει μια ανώδυνη εργασία στο στόμα του. Ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει τις ανατομικές ιδιαιτερότητες του παιδιού, την κατάλληλη τεχνική αλλά και την προσεκτική χορήγηση του αναισθητικού με υπολογισμό του βάρους του ασθενή. Οι επιπλοκές από την τοπική αναισθησία πρέπει να προληφθούν και να αντιμετωπιστούν αμεσα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει και να διαφοροδιαγνώσει συστηματικά φαινόμενα τοξικότητας, αλλεργικής αντίδρασης, ψυχοσυστασιακά, αλλά και πιο απλά όπως πχ η δήξη από την έλξη ελέγχου των μαλακών μορίων

P3.8

Μη διατροφικές συνήθειες θηλασμού: Επιπτώσεις στο στοματογναθικό σύστημα των παιδιών, πρόληψη και αντιμετώπιση - Βιβλιογραφική ανασκόπηση

ΑΝΔΡΙΚΟΥΛΑ Θ.¹, ΚΑΤΣΑΝΤΩΝΗ Α.², ΠΑΝΑΓΙΩΤΟ-ΠΟΥΛΟΥ Μ.¹, ΟΥΛΗΣ Κ.³

1. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
2. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Παιδοδοντιατρικής, Rutgers School of Dental Medicine, New Jersey
3. Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

Σκοπός: Η διερεύνηση των αιτίων, των παραγόντων κινδύνου και του επιπολασμού του μη διατροφικού θηλασμού, των επιπτώσεών του στην ανάπτυξη της μόνιμης και της νεογιλής οδοντοφυΐας, του εάν και πότε πρέπει να παρεμβαίνουμε προληπτικά για τη διακοπή των συνθησιών καθώς και της πιο κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης που συνιστάται.

Υλικό και Μέθοδος: Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Ο θηλασμός του δακτύλου και ο θηλασμός της πιπίλας στα παιδιά προσχολικής ηλικίας (3-5 ετών) κυμαίνονται στο 6-23% και 0-70% αντίστοιχα και δεν αφήνουν κανένα πρόβλημα στην μυο-σκελετική ανάπτυξη του στόματος εάν σταματήσουν πριν την ηλικία των 3 ετών. Τα αντίστοιχα ποσοστά του παρατεταμένου θηλασμού δακτύλου και πιπίλας, που μπορούν να δημιουργήσουν μυο-σκελετικό πρόβλημα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι 11-30% και 11-55% αντίστοιχα, ενώ σε παιδιά σχολικής ηλικίας 0-13% και 0%. Οι επιπτώσεις από τον παρατεταμένο θηλασμό πιπίλας σχετίζονται κυρίως με παρειακή απόκλιση των δοντιών της άνω γνάθου και οπίσθια σταυροειδή σύγκλιση και από τον θηλασμό του δακτύλου με επιμήκυνση και πρόσθια μετατόπιση της άνω γνάθου και δοντιών και πρόσθια χασμοδοντία.

Συμπεράσματα: Η εξατομικευμένη αντιμετώπιση εξαρτάται από την ηλικία, το αντικείμενο του θηλασμού (δάκτυλο, πιπίλα), την ψυχολογική κατάσταση του παιδιού καθώς και εάν η συνήθεια του θηλασμού προκαλεί ορθοδοντική ανωμαλία ή όχι.

P3.9

Μεσόδοντες : Χαρακτηριστικά, διάγνωση και θεραπεία

ΠΑΠΑΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Μ.¹, ΠΑΠΑΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Α.², ΒΛΑΧΟΥ Σ.³

1. Οδοντίατρος, Αθήνα
2. Ορθοδοντικός Αθήνα
3. Παιδοδοντίατρος, Αθήνα

Εισαγωγή: Ο μεσόδοντας είναι η συνθεότερη μορφή υπεράριθμου δοντιού και συνήθως αποτελεί τυχαίο ακτινογραφικό εύρημα. Η συχνότητα εμφάνισης υπεράριθμων δοντιών στη μόνιμη οδοντοφυΐα είναι 1-2%, ενώ στη νεογνή μόλις 0.8%. Το 75% των μεσόδοντων έχουν κωνικό σχήμα, ενώ οι υπόλοιποι μπορεί να είναι φυματοειδείς ή οδοντώματα. Οι κωνικοί μεσόδοντες έχουν υψηλότερες πιθανότητες ανατολής. Στα παιδιά, το 1/3 των υπεράριθμων ανατέλλουν. Η διάγνωση γίνεται κλινικά και ακτινογραφικά με OPG/CBCT. Η ανάγκη για θεραπεία προκύπτει λόγω των πιθανών επιπτώσεων από την ύπαρξη του μεσόδοντα, όπως: αδυναμία ανατολής παρακείμενων δοντιών, συνωστισμός, αραιοδοντία, απορρόφηση γειτονικών ριζών, δημιουργία κύστης, υπέρ του δέοντος παραμονή του προκατόχου. Το 10% των διαστημάτων της μέσης γραμμής οφείλονται σε υπεράριθμους. Η θεραπεία συνίσταται σε εξαγωγή του μεσόδοντα ή σε διατήρηση και παρακολούθηση, εφόσον δεν δημιουργεί προβλήματα, τουλάχιστον μέχρι την τελείωση του ακροριζίου των παρακείμενων τομέων.

Παρουσίαση περιστατικών: Τρία περιστατικά με κωνικούς μεσόδοντες σε κάθετη διεύθυνση και αναστροφή και ένα περιστατικό με μεσόδοντα σε οριζόντια διεύθυνση.

Σχόλια: Όντας ασυμπτωματικός, ένας μεσόδοντας μπορεί να διατηρηθεί υπό περιοδική ακτινογραφική παρακολούθηση. Σε κάθε άλλη περίπτωση συνιστάται η εξαγωγή του.

P3.10

Η διαχείριση των τρίτων γομφίων στους εφήβους: εξαγωγή ή παρακολούθηση

ΠΑΠΑΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Μ.¹, ΠΑΠΑΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Α.², ΧΟΤΟΥΜΑΝ Ε.³

1. Οδοντίατρος, Αθήνα
2. Ορθοδοντικός Αθήνα
3. Δρ Παιδοδοντίατρος, Αθήνα

Εισαγωγή: Η διαχείριση των τρίτων γομφίων αποτελεί συχνά ένα θεραπευτικό δίλημμα για τον οδοντίατρο, καθώς οι περισσότεροι έφηβοι έχουν τουλάχιστον έναν τρίτο γομφίο, ενώ τα 3/4 αυτών έχουν και τους 4 σωφρονιστήρες. Η απουσία συμπτωμάτων από έναν σωφρονιστήρα δεν ταυτίζεται πάντα με την απουσία παθολογίας. Οι συμπτωματικοί τρίτοι γομφίοι, που εκδηλώνονται με υποτροπιάζοντα επεισόδια περιστεφανίτιδας ή περιοδοντικής φλεγμονής, δεν ξεπερνούν το 10% και συνιστάται η εξαγωγή τους. Από τους ασυμπτωματικούς τρίτους γομφίους, 5% αυτών ενδέχεται να σχετίζεται με κύστες, οδοντογενείς όγκους, αυξημένη ευπάθεια σε κατάγματα γνάθων και εκτοπία οπισθίων δοντιών. Από το υπόλοιπο 85% των ασυμπτωματικών σωφρονιστήρων, το 70-75% αυτών έχει ήδη ή θα εμφανίσει κάποια παθολογία, όπως εντοπισμένη περιοδοντίτιδα ή τερηδόνα στον ίδιο ή στον παρακείμενο γομφίο.

Παρουσίαση τριών περιστατικών: Ένα περιστατικό με υποτροπιάζουσα περιστεφανίτιδα, ένα με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης τερηδόνας σε δυσμενές περιβάλλον και τέλος ένα με εντοπισμένη περιοδοντίτιδα και προσβολή του παρακείμενου γομφίου με τερηδόνα.

Σχόλια: Η απόφαση για εξαγωγή ή διατήρηση με περιοδική επανεξέταση (κλινικά και ακτινογραφικά) θα πρέπει να λαμβάνεται από τον ασθενή έπειτα από την πλήρη ενημέρωσή του.