

ΤΕΤΡΑΜΗΝΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ  
ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

---

# Οδοντο ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ

**NEA**

---

Τόμος 2ος | Τεύχη:

4ο, 5ο, 6ο

Ιανουάριος – Δεκέμβριος 2001

A FOUR MONTH ISSUE of  
the THESSALIAN STOMATOLOGIC  
SOCIETY of GREECE

**Odonto  
STOMATOLOGIC  
NEWS**

January – December 2001  
Volume 2, No 4, 5, 6

# ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ

# ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΕΑ

Τετραμηνιαία περιοδική έκδοση  
της Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας

## ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΤΣΟΛΑΚΗΣ

## ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΣΤΕΡΓΙΟΣ ΠΕΓΙΟΣ  
ΜΙΧΑΛΗΣ ΚΑΤΣΟΥΡΑΚΗΣ  
ΡΟΔΟΠΗ ΚΟΥΡΣΟΥΜΗ  
ΝΑΣΟΣ ΝΑΣΙΚΑΣ  
ΝΙΚΟΣ ΦΑΚΑΣ  
ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΗΣ ΣΕΜΕΡΤΖΙΔΗΣ  
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΒΑΣΙΛΑΚΗΣ

## ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Απόστολος Τσολάκης  
Τσιμισκή 45 - Λάρισα 412 23  
τηλ. 0410 257688, fax 0410 281884  
e-mail: apostso@otenet.gr

## ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ, ΠΑΡΑΓΩΓΗ

ΖΑΝΔΕΣ<sup>dtp</sup> / Επιστημονικές Εκδόσεις  
Αγαπηνού 6  
546 21 Θεσσαλονίκη  
τηλ./fax 0310 277119, 0310 240123  
e-mail: ziatros@otenet.gr

• Τα "Οδοντοστοματολογικά Νέα" είναι το επισημό επιστημονικό έντυπο της Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας και εκδίδεται κάθε τετράμηνο.

• Ετήσια συνδρομή: δωρεάν.

## • Υπεύθυνος σύμφωνα με το νόμο:

Απόστολος Τσολάκης  
Τσιμισκή 45 - Λάρισα 412 23  
τηλ. 0410 257688, fax 0410 281884  
e-mail: apostso@otenet.gr

# ODONTOSTOMATOLOGIC NEWS

A four month issue of  
the Thessalian Stomatologic Society of Greece

## EDITOR IN CHIEF

APOSTOLOS TSOLAKIS

## EDITORIAL BOARD

STERGIOS PEGIOS  
MICHALIS KATSOURAKIS  
RODOPI KOURSOUMI  
NASOS NASIKAS  
NIKOS FAKAS  
THEMISTOKLIS SEMERTZIDIS  
GEORGE VASILAKIS

## ADDRESS FOR CORRESPONDENCE

Dr Apostolos Tsolakis  
Tsimiski 45, Larisa 412 23, Greece  
tel. ++30 410 257688, fax ++30 410 281884  
e-mail: apostso@otenet.gr

## PRODUCED BY

ZANDES<sup>dtp</sup> / Scientific Publications  
6, Agapinou Str., Thessaloniki  
GR-546 21 Greece  
tel./fax +30 310 277119  
e-mail: ziatros@otenet.gr

• "Odontostomatologic News" is the official publication of the Thessalian Stomatologic Society of Greece.

• Annual subscription: free.

## • Responsibility according to the law:

Dr Apostolos Tsolakis  
Tsimiski 45, Larisa 412 23, Greece  
tel. ++30 410 257688, fax ++30 410 281884  
e-mail: apostso@otenet.gr

## Οδηγίες προς τους Συγγραφείς

Τα «ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΕΑ» είναι το επισήμο περιοδικό της Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας και δημοσιεύει ανασκοπήσεις, πρωτότυπες εργασίες, ενδιαφέροντες περιπτώσεις, κλινικές ή εργαστηριακές μελέτες, ενημερωτικά άρθρα με αντικείμενο την Οδοντοστοματολογία γενικά και τις ειδικότητες ή υποειδικότητες της ειδικότερα, ως και κάθε άρθρο που θα κρίνεται ότι έχει σχέση με την Οδοντιατρική επιστήμη.

Κάθε εργασία, που υποβάλλεται στο περιοδικό, πρέπει να συνοδεύεται από επιστολή, στην οποία θα αναφέρονται: α) η κατηγορία της εργασίας και β) ότι η εργασία δεν έχει δημοσιευθεί ούτε πρόκειται να δημοσιευθεί σε άλλο ελληνικό ή ξένο περιοδικό.

Το κείμενο των εργασιών υποβάλλεται σε τρία αντίγραφα, ενώ οι εικόνες και τα σχήματα σε δύο. Γίνεται, επίσης, αποδεκτή η υποβολή αντιγράφου σε ψηφιακή μορφή.

Η δακτυλογράφηση του κειμένου γίνεται μόνο στη μια όψη του φύλλου, σε διπλό διάστημα και περιθώρια 5 cm. Στην αρχή της πρώτης σελίδας αναγράφονται: 1) ο τίτλος του άρθρου 2) τα ονόματα των συγγραφέων και 3) το ονόμα της κλινικής-εργαστηρίου απ' οπού προέρχεται η εργασία. Στο τέλος της εργασίας, θα υπάρχει παραπομπή με το ονόμα και τη διεύθυνση του πρώτου συγγραφέα.

Κάθε εργασία θα περιλαμβάνει σαφώς τα επιμέρους τμήματα της δομής που την αποτελούν π.χ., μια κλινικοεργαστηριακή μελέτη πρέπει να αποτελείται από: α) ελληνική περιληψη εώς 150 λέξεις, β) εισαγωγή όπου θα αναφέρεται ο σκοπός της εργασίας, γ) περιγραφή του υλικού και της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε στην εργασία, δ) τα αποτελέσματα, ε) συζήτηση των αποτελεσμάτων σε σχέση με τα βιβλιογραφικά δεδομένα επί του θέματος. Στο τέλος, θα υπάρχει ο τίτλος, τα ονόματα των συγγραφέων και περιληψη, έως 400 λέξεις, στα αγγλικά.

Η βιβλιογραφία θα υπάρχει στο τέλος, αριθμημένη κατά αλφαριθμητική σειρά και σύμφωνα με τους κανόνες του Index Medicus. Αναγράφονται, δηλαδή, τα επώνυμα των συγγραφέων, τα αρχικά των ονομάτων τους, ο τίτλος της εργασίας και το ονόμα του περιοδικού με τις ανάλογες διεθνείς συντομεύσεις, π.χ.

Spyropoulos M N, Tsolakis A I, Katsavrias E, Alexandridis K. Effects of experimental unilateral condylectomy followed by altered mandibular function on the maxilla and zygoma. European Journal of Orthodontics 19:205-210, 1997

Moorrees C F A: The dentition of the growing child. Harvard University Press, Cambridge, 1959.

Οι βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο, αναφέρονται με αριθμούς-εκθέτες.

Οι εικόνες πρέπει να είναι τυπωμένες σε γιαλιστέρο χαρτί, αριθμημένες στο πίσω μέρος τους και με ένα βέλος να δείχνεται το πανωμέρος της φωτογραφίας. Τα σχήματα πρέπει να είναι σχεδιασμένα με σινική μελανή, έτοιμα για άμεση εκτύπωση. Οι υπότιτλοι των εικόνων γράφονται σε χωριστή σελίδα και αριθμούνται σύμφωνα με τις αντιστοιχες φωτογραφίες.

Η γλώσσα του κειμένου να είναι η απλή νεοελληνική και να υπάρχει, κατά το δυνατόν, γλωσσική ομοιογένεια.

Οι εργασίες, που δημοσιεύονται, αποτελούν πνευματική ιδιοκτησία του συγγραφέα και του περιοδικού. Η δημοσίευση μιας εργασίας δεν συνεπάγεται αποδοχή των απόψεων των συγγραφέων από πλευράς περιοδικού.

Εργασίες και επιστολές θα αποστέλλονται στη διεύθυνση:

Απόστολο Τσολάκη  
Τσιμισκή 45  
412 23 Λάρισα  
e-mail: apostso@otenet.gr

## Directions for Authors

"Odontostomatologic News" is the official journal of the Stomatologic Society of Thessaly and publishes original articles, review articles, reports of interesting clinical cases, clinical or laboratory studies, editorials, letters to the editor and any article related to Odontostomatology.

Manuscripts may be written in Greek or English and should include a summary in English or Greek respectively. Greek summaries of our foreign guests will be prepared by the editorial board. Any article submitted to the journal must be accompanied by a letter in which it should be declared that: a) the category of the article and b) that any part or the whole of the article has not been previously published in any Greek or foreign journal. Manuscripts are to be submitted in triplicate copies, where as figures and plates in two copies. Articles submitted in computer disks or through e-mail are also welcomed. Manuscripts must be typewritten with double spacing with 5cm margins left on both sides of the paper.

The first page of the manuscript should include the title of the article, full name(s) of the author(s), academic degrees, and institutional affiliations and positions. The last page of the manuscript should include the corresponding author's address, business and home telephone numbers, fax numbers, and e mail address.

Any article must include a) abstract of 150 words or less b) introduction indicating the purpose of the study c) description of the methods and materials used d) results and e) discussion pointing out the significance of the data and the limitations. A summary in English of 400 words or less must be provided at the end.

References should be written in a separate page and in alphabetic order.

Reference format should conform to that set forth Index Medicus.

Examples:

Spyropoulos M N, Tsolakis A I, Katsavrias E, Alexandridis K: Effects of experimental unilateral condylectomy followed by altered mandibular function on the maxilla and zygoma. European Journal of Orthodontics 19:205-210, 1997

Moorrees C F A: The dentition of the growing child. Harvard University Press, Cambridge, 1959

References mentioned in the text must be numbered according to the numerical order in the reference list.

Three sets of high - contrast glossy prints of illustrations, numbered in the back with an arrow pointing the upper part of the illustration must also be sent. Each figure must be accompanied by a legend. Type all legends together on one separate sheet of paper. All published manuscripts are copyright ownerships of the author as well as of the journal.

Statements and opinions expressed in the articles and communications are not necessarily those of the editor and the editor disclaims any responsibility for such material.

Manuscripts for publication should be sent to

Dr. Apostolos Tsolakis,  
Editor,  
Odontostomatologic News,  
Tsimiski 45, Larissa  
GR-41 223, Greece  
e-mail: apostso@otenet.gr

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>Μήνυμα Σύνταξης .....</b>	<b>5</b>
<b>Καρδιακή ανακοπή - Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) .....</b>	<b>9</b>
Απόστολος Κομνός	
Διευθυντής ΜΕΘ Π.Γ. Νοσοκομείου Λάρισας	
<b>Πρώτες βοήθειες σε επείγοντα περιστατικά, που είναι δυνατόν να συμβούν στο οδοντιατρείο .....</b>	<b>17</b>
Απόστολος Κομνός	
Διευθυντής ΜΕΘ Π.Γ. Νοσοκομείου Λάρισας	
<b>Βιογραφικά επιτίμων μελών Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας .....</b>	<b>24</b>
<b>Βιβλιοπαρουσίαση .....</b>	<b>28</b>
<b>Σύνδρομο καυσαλγίας του στόματος (ΣΚΣ) .....</b>	<b>33</b>
Μιχάλης Γ. Κατσουράκης	
Επιμ. Α' Οδοντιατρικού Τμήματος ΠΓΝ Λάρισας	
<b>Στρατηγική αντιμετώπισης τρίτων γομφίων (επιπλοκές - κινδύνοι) .....</b>	<b>38</b>
Φκιαράς Α., Σεμερτζίδης Θ.	
Από την Γναθοχειρουργική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας	
<b>Η σημασία ελέγχου υπερουλικής μικροβιακής πλάκας .....</b>	<b>41</b>
Θωμάς Κατσανούλας	
Οδοντίατρος - Περιοδοντολόγος, M.Sc., Πανεπιστήμιο LUND Συνηδίας	
<b>Σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού .....</b>	<b>45</b>
Νάσος Νασίκας	
Παιδοδοντίατρος M.D.Sc.	
<b>Πρόσθιος και οπίσθιος οδηγός - Συνοπτική Θεώρηση .....</b>	<b>47</b>
Αχιλλέας Κατσούπας	
Οδοντίατρος	
<b>Ο «Οδοντίατρος» της οδού Αθηνάς .....</b>	<b>49</b>
Μπαρμπή Βοζαλή	
Συνταξιούχον Οδοντίατρον	
<b>Η πρόληψη στην ορθοδοντική .....</b>	<b>55</b>
Μ. Ν. Σπυροπούλου	
Καθηγήτρια και Διευθύντρια του Εργαστηρίου Ορθοδοντικής του Πανεπιστημίου Αθηνών	
<b>Προφυλακτική αντιβίωση στη χειρουργική του στόματος .....</b>	<b>61</b>
Στέλιος Δαλαμπίρας	
Επίκουρος Καθηγητής Γναθοχειρουργικής Κλινικής Α.Π.Θ.	
<b>Περιλήψεις ομιλιών στο Β' Συμπόσιο της Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας .....</b>	<b>67</b>
8-9 Δεκεμβρίου 2001, Λάρισα	

## CONTENTS

<b>Editor's Message.....</b>	6
<b>Cardiac-Pulmonary Resuscitation.....</b>	9
Apostolos Komnos, MD	
<b>Emergencies in the dental office .....</b>	17
Apostolos Komnos, MD	
<b>Curriculum Vitae of Emeritus members of the Thessalian Stomatologic Society.....</b>	24
<b>Book Review .....</b>	29
<b>Burning mouth syndrome .....</b>	33
Michalis G. Katsourakis	
<b>Patient management with third molar surgical removal (risks and complications).....</b>	38
Fkiaras A., Semertzidis Th.	
<b>The Importance of Supragingival Plaque Control .....</b>	41
Thomas Katsanoulas	
<b>Child abuse syndrome .....</b>	45
Nasos Nasikas	
<b>Anterior and posterior guidance in occlusion. A summary discussion .....</b>	47
Achilleas Katsoupas	
<b>The "Dentist" of Athinas Street.....</b>	49
Barmpis Vozalis	
<b>Prevention in Orthodontics.....</b>	55
M. N. Spyropoulos	
<b>Prophylactic Antibiotic Therapy.....</b>	61
Stelios Dalampiras	
<b>Speech presented at the 2nd Symposium of the Thessalian Stomatologic Society.....</b>	67
December 8 - 9, 2001, Larissa, Greece	

# ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΕΑ

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Τόμος 2ος, Τεύχος 4ο, 5ο και 6ο • Ιανουάριος – Δεκέμβριος 2001

## Μήνυμα Σύνταξης

### Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Με τα παρόντα τεύχη, τα «Οδοντοστοματολογικά Νέα» κάνουν μια πρώτη προσπάθεια ουσιαστικής αναβάθμισής τους σε περιοδικό με επιλεγμένη επιστημονική ύλη, που θα ακολουθεί σταθερά και αξιόπιστα κριτήρια. Αντιλαμβανόμαστε πως απαιτείται σκληρή δουλειά και συνέπεια, αλλά ελπίζουμε ότι θα ανταποκριθούμε στα νέα δεδομένα.

Πιστεύοντας πως η εκπαίδευση των σημερινών οδοντιάτρων παραμένει ελλιπής όσον αφορά τις πρώτες βοήθειες που πρέπει να προσφέρονται στο ιατρείο, κατά την αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών που αφορούν τη συνολική υγεία και επιβίωση του ασθενούς, αφιερώνουμε το 4ο τεύχος του περιοδικού μας στην καρδιοπνευμονική αναζωγόνηση και στις ενέργειες που πρέπει να προβαίνει ο οδοντιάτρος για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων γενικών νοσημάτων, που θα εκδηλωθούν κατά την οδοντιατρική συνεδρία. Αν δε λάβουμε υπ' όψιν ότι ακόμα και το εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό στην Ελλάδα, μέχρι πρόσφατα, δεν ακολουθούσε συστηματοποιημένους κανόνες στην καρδιοαναπνευστική αναζωγόνηση, που είναι δυνατόν να επαναληφθούν και να αναπαραχθούν

με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, πιστεύουμε πως είναι ιδιαίτερα χρήσιμη η αναφορά του περιοδικού στα προαναφερόμενα θέματα. Περισσότερο δε μάλλον όταν η συγγραφή των άρθρων του 4ου τεύχους ακολουθεί πιστά τους όρους και κανόνες που έχει θεσπίσει το έτος 2000 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο για την καρδιοαναπνευστική αναζωγόνηση.

Στο 5ο τεύχος δίδεται η ευκαιρία σε συναδέλφους που ασκούν την Οδοντιατρική στη Θεσσαλία, να παρουσιάσουν εργασίες που ξεφεύγουν από το επίπεδο της απλής αναφοράς και ακολουθούν τους κανόνες της επιστημονικής παρουσίασης μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης, μιας ερευνητικής εργασίας ή μιας κλινικής μελέτης.

Το 6ο τεύχος είναι αφιερωμένο στην πρόληψη στην Οδοντιατρική. Είμαστε περήφανοι που πανεπιστημιακοί καθηγητές αναφέρονται στο ενδιαφέρον αυτό τμήμα της Οδοντιατρικής, είτε με άρθρα τους είτε με εκτεταμένες περιλήψεις των ομιλιών που θα παρουσιάσουν στο Β' Συμπόσιο της Εταιρείας μας. Γι' αυτό το λόγο, τους ευχαριστούμε ιδιαίτερα.

Τα «Οδοντοστοματολογικά Νέα» θα συνεχίσουν την προσπάθεια, έχοντας πάντα ως γνώμονα την έγκυρη επιστημονική πληροφόρηση των συναδέλφων, φιλοξενώντας άρθρα από τα πανεπιστημιακά μας κέντρα, αλλά και δίνοντας την ευκαιρία και στους κλινικούς συναδέλφους της περιφέρειας να καταθέσουν τις εμπειρίες τους.

Απόστολος Τσολάκης

# ODONTOSTOMATOLOGIC NEWS

A FOUR MONTH ISSUE OF THE THESSALIAN STOMATOLOGIC SOCIETY

Volume 2, Issue 4, 5, 6 • January – December 2001

## *Editor's Message*

**Dear Colleagues,**

With the present issues of the "**Odontostomatologic News**" we have made a serious effort to upgrade all articles and present them in a universally recognized scientific fashion. A lot of energy was applied towards this effort and we hope that we have achieved our goal.

Past educational efforts were inadequate in the field of emergency management, first aid and Cardiac-Pulmonary Resuscitation therefore possibly placing the lives of our patients at risk. It is for this reason that we dedicate this fourth issue of the journal to CPR and management of clinical emergencies.

Also, until recently Greek students in most health professions were not properly trained in CPR and emergency procedures. Due to this fact, we feel that publication of this material is of utmost importance. More importantly, the articles present the most recent guidelines of the European Resuscitation Council.

In the fifth issue, we provide the opportunity for our dental colleagues of Thessaly to present their clinical or review articles.

The sixth issue is dedicated to Preventive Dentistry. We are proud to say that university professors have contributed articles or extensive summaries of their presentations at the 2nd Symposium of our Society. We therefore offer them our sincere gratitude.

The "**Odontostomatologic News**" will continue its efforts to continuously present the latest information to our colleagues through the publication of material from our universities as well as from the esteemed clinicians of our region.

Dental colleagues from all over the world are welcome to submit their articles to this journal. We hope to make the journal one with international interest.

**Apostolos Tsolakis**

ΤΕΤΡΑΜΗΝΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ  
ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

# Οδοντο ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ

**NEA**

Τόμος 2ος | Τεύχος:

60

Σεπτέμβριος - Δεκέμβριος 2001

A FOUR MONTH ISSUE of  
the THESSALIAN STOMATOLOGIC  
SOCIETY of GREECE

## Odonto STOMATOLOGIC NEWS

September - December 2001  
Volume 2, No 6



# Η πρόληψη στην ορθοδοντική.

Μ. Ν. Σπυροπούλου

*Καθηγήτρια και Διευθύντρια του Εργαστηρίου Ορθοδοντικής  
του Πανεπιστημίου Αθηνών*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πρόληψη στην Ορθοδοντική περιέχει την έγκαιρη απομάκρυνση όλων εκείνων των παραγόντων που είναι δυνατόν να επηρεάσουν δυσμενώς την ομαλή αδέσηση των γνάθων και την ομαλή διάπλαση και διαμόρφωση της οδοντικής συγκλείσως. Απαραίτητες προϋποθέσεις για τα πιο πάνω, είναι να υπάρχουν οι γνώσεις που αφορούν τις συναφείς βιολογικές διαδικασίες, όπως και η εκπαίδευση που δίνει στον οδοντίατρο τη δυνατότητα να εφαρμόζει τις απαραίτητες, σε κάθε περίπτωση, επεμβάσεις. Στο κείμενο που ακολουθεί, συνοφιζούνται οι απαραίτητες γνώσεις και παρουσιάζονται χαρακτηριστικές περιπτώσεις που εμπίπτουν στον τομέα της προλήψεως.

Η πρόληψη των προβλημάτων είναι το ζητούμενο και το ιδεώδες σε όλους τους τομείς και τις δραστηριότητες της ζωής. Ιδαιτέρως, στα θέματα Υγείας, η πρόληψη, την οποία οι σοφοί μας πρόγονοι θεοποίησαν ως **θεά Υγεία**, ξεχωρίζοντάς την από τις άλλες κόρες του Ασκληπιού, παραμένει η πιο σημαντική φροντίδα και επιδίωξη της σύγχρονης Ιατρικής και Οδοντιατρικής, αλλά και των σύγχρονων προηγμένων κοινωνιών.

Στον **Τομέα της Ορθοδοντικής**, οι υπηρεσίες που προσφέρονται στους ασθενείς μας μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: την **Προληπτική**, την **Κατασταλτική** και την **Επανορθωτική**. Το περιεχόμενό τους έχει οριθετηθεί ως εξής:

Η **Πρόληψη** περιέχει την έγκαιρη **απομάκρυνση** όλων εκείνων **των παραγόντων** που είναι δυνατόν να επηρεάσουν δυσμενώς την ομαλή αύξηση των γνάθων και την ομαλή διάπλαση και διαμόρφωση της οδοντικής συγκλείσως. Απαραίτητες προϋποθέσεις για τα πιο πάνω, είναι να υπάρχουν οι γνώσεις που αφορούν στις συναφείς βιολογικές διαδικασίες, όπως και η εκπαίδευση που δίνει στον οδοντίατρο τη δυνατότητα να εφαρμόζει τις απαραίτητες, σε κάθε περίπτωση, επεμβάσεις.

Η **Καταστολή** περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες που απαιτούνται, μετά την έναρξη εμφανίσεως μιας ανωμαλίας, προκειμένου να γίνει ανάταξη της αρχόμενης αυτής ανωμαλίας, ή με στόχο να περιοριστεί η περαιτέρω εξέλιξη και η βαρύτητά της.

Η **Επανορθωτική** θεραπεία είναι αυτή που επιδιώκει την πλήρη διόρθωση των οδοντικών και οδοντογναθικών ανωμαλιών, με έλεγχο της διευθύνσεως αυξήσεως των γνάθων, όταν το επιτρέπει η ηλικία του ασθενούς, με εκτεταμένες μετακινήσεις δοντών, ή με συνεργασία και με άλλες ειδικότητες της οδοντιατρικής, για τη δημιουργία μιας λειτουργικώς και αισθητικώς αρμονικής συγκλείσεως των δοντιών μέσα σε ένα λειτουργικώς και αισθητικώς αρμονικό περιβάλλον.

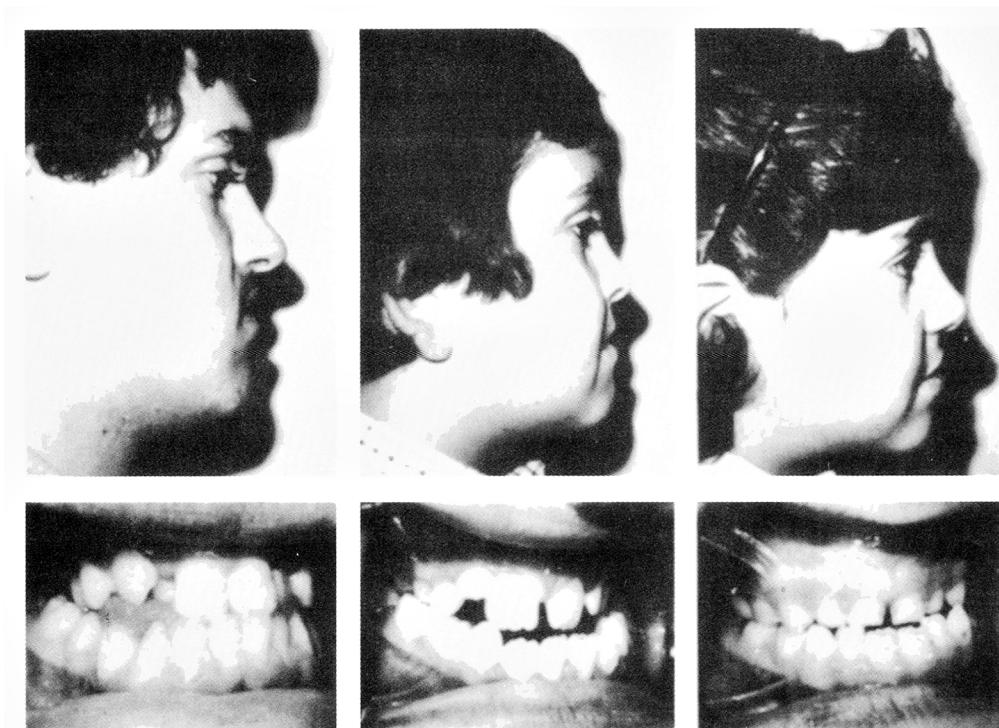
## ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Όπως αναφέρθηκε, απαραίτητη προϋπόθεση για εφαρμογή ικανοποιητικής προλήψεως είναι: α) η γνώση των διαδικασιών που έχουν ως αποτέλεσμα την ομαλή εξέλιξη της αυξήσεως και της συγκλείσεως των δοντιών, όπως και των αιτίων που μπορεί

### ► Λέξεις κλειδιά (Key words):

προληπτική ορθοδοντική,  
περιβαλλοντικά αίτια,  
προληπτικές διαδικασίες,  
*preventive orthodontics,*  
*environmental factors,*  
*preventive procedures*

**Εικ. 1:** Η κατανομή των προσώπου και η σύγκλειση των δοντιών σε τρία αδέλφια, με τα ίδια χαρακτηριστικά ευρήματα μιας σκελετικής δυσαρμονίας των γνάθων.



να επηρεάσουν αρνητικά αυτές τις διαδικασίες, και β) η εκπαίδευση του οδοντιάτρου με τρόπο που να είναι σε θέση να δώσει τις κατάλληλες συμβουλές στον ασθενή και τους οικείους του, όπως και να εφαρμόσει τις απαιτούμενες, σε κάθε περίπτωση, ενέργειες.

Είναι, επομένως, σκόπιμο να αναφερθούν αρχικώς συνοπτικά τα αίτια που μπορεί να προκαλέσουν ανωμαλίες στη σύγκλειση και, στη συνέχεια, να διευκρινιστεί το ποια από τα αίτια αυτά είναι δυνατόν να προληφθούν και με ποιούς τρόπους.

#### Αίτια προσκλήσεως ανωμαλιών στη σύγκλειση των δοντιών.

Τα αίτια που μπορεί να προκαλέσουν ανωμαλίες στη σύγκλειση των δοντιών, προέρχονται από **κληρονομικός** παράγοντες, από **παράγοντες του περιβάλλοντος** ή από **συνδυασμό** και των δύο.

**Σε κληρονομικούς** παράγοντες οφείλονται πολλές από τις σκελετικές ανωμαλίες των γνάθων, οι οποίες εκδηλώνονται με ανωμαλίες στη σύγκλειση των δοντιών, αλλά και με διαταραχές στη μορφολογία του προσώπου και κυρίως στην κατατομή, η οποία παύει να είναι αρμονική και αποκτά μια κυρτότητα ή μια κοιλότητα. Κληρονομική, π.χ., προδιάθεση μπορεί να υπάρχει σε παιδιά που εμφανίζουν προπέτεια του πώγωνα, η οποία συχνά συνοδεύεται και από διαταραχή στην προσθιοπίσθια σχέση των πρόσθιων δο-

ντιών. Μπορεί, δηλαδή, η σχέση αυτή να είναι σταυροειδής, με τους κάτω τομείς να συγκλείνουν χειλικώς των άνω (εικόνα 1)

Επίσης, επειδή το μέγεθος και το σχήμα των δοντιών διέπονται από κληρονομικούς παράγοντες, είναι δυνατόν, λόγω διασταυρούμενης κληρονομικότητας από τους γονείς, να υπάρχει δυσαρμονία μεγέθους δοντιών και μεγέθους γνάθων. Η δυσαρμονία αυτή μπορεί να εκδηλωθεί με συνωστισμό των δοντιών, λόγω περίσσειας χώρου.

Σε κληρονομικούς παράγοντες, επίσης, οφείλεται συχνά η συγγενής έλλειψη ορισμένων μόνιμων δοντιών, όπως, π.χ., των πλάγιων τομέων της άνω γνάθου και των δεύτερων προγομφίων της κάτω γνάθου (εικόνα 2).

Όπως είναι ευνόητο, οι κληρονομικοί παράγοντες δεν επιδέχονται πρόληψη με τα μέχρι σήμερα, τουλάχιστον, επιστημονικά δεδομένα.

Οι **περιβαλλοντικοί** παράγοντες, που μπορεί να προκαλέσουν ανωμαλία στη σύγκλειση των δοντιών, είναι οι πιο σημαντικοί διότι είναι αυτοί που επιδέχονται κυρίως πρόληψη. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

**Τερηδονισμός** των νεογλών δοντιών, με καταστροφή των σημείων επαφής ή / και πρόωρη απώλεια των δοντιών αυτών. Αν δεν γίνει έγκαιρη αποκατάσταση των τερηδονισμένων δοντιών ή εάν δεν διατηρηθεί ο χώρος των νεογιλών δοντιών που έχουν



**Εικ. 2:** Ενδοστοματικές φωτογραφίες μητέρας (αριστερά) και κόρης (δεξιά), που εμφανίζουν συγγενή έλλειψη των πλαγιών τομέων της άνω γνάθου, η οποία συνοδεύεται και από ευρύ μεσοδόντιο διάστημα στους κεντρικούς τομείς.



**Εικ. 3:** Πολυτερηδονισμός και πρόωρες απώλειες νεογιλών δοντιών σε παιδί 6 ετών. Η κατάσταση αυτή μπορεί να προκαλέσει μια σύγκλειση ανέσεως ή ευκολίας, με προώθηση της κάτω γνάθου προς τα εμπρός, στην προσπάθεια του παιδιού να μασάει την τροφή του με τα πρόσθια δόντια του.



**Εικ. 4:** Ενδοστοματική φωτογραφία παιδιού στην περίοδο του μικτού φραγμού, με έντονη πρόσθια χασμοδοντία, που έχει προκληθεί από παρατεταμένη συνήθεια θηλασμού θηλάστρου.

χαθεί πρόωρα από τερηδόνα, τα παρακείμενα δόντια μετακινούνται στο χώρο που δημιουργείται και η περιμέτρος του οδοντικού τόξου μικραίνει. Το αποτέλεσμα είναι να μην υπάρχει επαρκής χώρος για την ανατολή των μόνιμων διάδοχων δοντιών, τα οποία ανατέλλουν σε κακές θέσεις ή και παραμένουν έγκλειστα στα οστά των γνάθων.

Είναι επίσης, δυνατόν, λόγω δυσκολίας στη μάστηση που μπορεί να δημιουργούν στο παιδί τα τερηδονισμένα δόντια, ή λόγω πρόωρης απώλειας νεογιλών γομφίων, η κάτω γνάθος να οδηγείται, κατά τη μάστηση, σε έκκεντρες θέσεις ανέσεως ή ευκολίας, δημιουργώντας όμως, με τον τρόπο αυτό, και προϋποθέσεις διαταραχής στην αύξηση της κάτω γνάθου, λόγω των διαφορετικών βιολογικών ερεθισμών που δέχονται οι δύο κόνδυλοι (εικόνα 3).

Για τους πιο κάτω λόγους, είναι αναγκαία η φροντίδα των νεογιλών δοντιών και η επίσκεψη του παιδιού στον πεπειραμένο οδοντίατρο ή στον παιδοδοντίατρο, από τον δεύτερο κιόλας χρόνο της ζωής του, ώστε να γίνει η σωστή ενημέρωση του παιδιού και των γονιών σε ότι αφορά στη διατροφή του και στην υγιεινή του στόματος, καθώς και για να αρχίσει η εφαρμογή προληπτικών μέτρων κατά της τερηδόνας. Οι επισκέψεις αυτές πρέπει να επαναλαμβάνονται, στη συνέχεια, ανά εξάμηνο.

**Διάφορες βλαβερές στοματικές συνήθειες.** Από αυτές, οι πιο συνηθισμένες είναι ο θηλασμός θηλάστρου ή δακτύλου, που συνεχίζεται πέρα από το τρίτο έτος της ηλικίας του παιδιού. Η ανωμαλία, που προκαλείται στη σύγκλειση των δοντιών, εξαρτάται από την ένταση του θηλασμού, την καθημερινή διάρκεια της συνήθειας και τα χρόνια που παραμένει η συνήθεια. Πάντως, ο παρατεταμένος θηλασμός θηλάστρου δημιουργεί συνήθως πρόσθια χασμοδοντία, ενώ ο θηλασμός του δακτύλου ωθεί τους άνω τομείς χειλικά και του κάτω γλωσσικά, αυξάνοντας την οριζόντια πρόταξη των άνω δοντιών (εικόνα 4). Οι τρόποι ανι-

μετωπίσεως πρέπει να βασίζονται σε φιλική προσέγγιση του παιδιού και στη μετατόπιση της ευθύνης και της ενοχής από το παιδί στο δάχτυλο. Η χρησιμοποίηση διαφόρων υπομνηστικών μέσων είναι συχνά αποτελεσματική όταν συνοδεύεται από την αντίστοιχη πειστική συζήτηση.

Βλαπτική, επίσης, επίδραση έχει η διαρκής κατάσπαση της κάτω γνάθου, δηλαδή η διατήρηση του στόματος σε στάση ημιανοικτή, είτε για λόγους αναπνοής ή από συνήθεια.

Η στάση αυτή παρατηρείται συνήθως όταν υπάρχει απόφραξη της ρινικής αναπνευστικής οδού από υπερτροφικές αδενοειδείς εκβλαστήσεις ή από άλλα αίτια και όταν υπάρχουν υπερτροφικές αμυγδαλές, οι οποίες καταλαμβάνουν ωφέλιμο χώρο μέσα στον στοματοφάρυγγα και ωθούν τη γλώσσα σε προσθιέστερη θέση μέσα στη στοματική κοιλότητα, προκαλώντας και κατάσπαση της κάτω γνάθου. Τέλος, η στάση αυτή της κάτω γνάθου μπορεί να παραμείνει ως συνήθεια και μετά την αντιμετώπιση των πιο πάνω μηχανικών αιτιών.

Στις περιπτώσεις αυτές, παρατηρείται αυξητική τάση του προσώπου προς τα κάτω, με επιμήκυνση της κατακορύφου διαστάσεως. Συγχρόνως, το γεγονός ότι η γλώσσα εδράζεται μόνο μέσα στον κάτω οδοντικό φραγμό και δεν υποστηρίζει τον άνω οδοντικό φραγμό εκ των έσω, δίνει τη δυνατότητα στις μυϊκές δυνάμεις της παρειάς να επιδράσουν στην άνω γνάθο και να δημιουργήσουν στένωση. Επιπλέον, από τη διαταραχή της λειτουργίας της ρινικής αναπνευστικής οδού, το ρινογναθιαίο σύμπλεγμα δεν αναπτύσσεται κανονικά σε εύρος και η υπερώα παραμένει υψηλή και γωνιώδης. Επίσης, παρατηρείται συνωστισμός των δοντιών της άνω γνάθου και δυσαρμονία στο εύρος των οδοντικών τόξων με οπίσθιες σταυροειδείς συγκλείσεις. Τα στοιχεία αυτά, δηλαδή το "μακρύ" πρόσωπο, τα αφιστάμενα και ωχρά χειλη, η υψηλή και γωνιώδης υπερώα, η στενή άνω γνάθος, τα συνωστισμένα δόντια και οι οπίσθιες σταυροειδείς συγκλείσεις συνυπάρχουν συχνά στα παιδιά, τα οποία έχουν κυρίως στοματική αναπνοή και συνιστούν αυτό που έχει περιγραφεί ως "αδενοειδές προσωπείο".

Είναι, επομένως, σημαντικό να απομακρύνονται, όσο το δυνατόν νωρίτερα, όλοι οι παράγοντες που επηρεάζουν δυσμενώς την αύξηση και τη διαμόρφωση του προσώπου και του στόματος, ώστε να εξομαλύνθει εγκαίρως η σχέση λειτουργίας και μορφής, αφού είναι γνωστό το αξιώμα ότι "η λειτουργία και η μορφή αλληλοεπηρεάζονται και αλληλοεξαρτώνται

διά βίου".

Συχνά οι παιδιάτροι ή / και οι ωτορινολαρυγγολόγοι αναβάλλουν την απόφαση για αφαίρεση των αδενοειδών εκβλαστήσεων ή και των αμυγδαλών, βασιζόμενοι είτε σε ενδείξεις από τη γενική κατάσταση το παιδιού (π.χ. τρία εμπύρετα περιστατικά το χρόνο) ή στη γνώση ότι, μετά την ηλικία των 9-10 ετών, ο λεμφαδενικός ιστός συνήθως υποστρέφεται και απορροφάται.

Είναι όμως αναγκαίο να γνωρίζουν επίσης, ότι, μέχρι το 10ο έτος της ηλικίας ενός παιδιού, έχει συντελεστεί περίπου το 80% της αυξήσεως του κρανιοπρωσικού συμπλέγματος και κυρίως της άνω γνάθου. Επομένως, μετά από αυτή την ηλικία, τα αποτέλεσματα των βλαπτικών παραγόντων, που προαναφέρθηκαν, δεν είναι πια αυτοαναστρέψιμα και απαιτούν συνήθως εφαρμογή ορθοπαιδικών και ορθοδοντικών δυνάμεων για τη διόρθωσή τους. Σκόπιμο, λοιπόν, κρίνεται, κάθε φορά που υπάρχει προβληματισμός σχετικά με την αφαίρεση ή μη των υπερτροφικών αδενοειδών εκβλαστήσεων ή των αμυγδαλών σε ένα μικρό παιδί, να ζητείται και η γνώμη του ορθοδοντικού, ο οποίος μπορεί να αξιολογήσει και να εκτιμήσει τις πιθανές επιπτώσεις της υπάρχουσας καταστάσεως στην αύξηση του κρανιοπρωσικού συμπλέγματος του συγκεκριμένου παιδιού.

**Παραμονή των παιδικών δοντιών πέρα από τον κανονικό χρόνο ή καθυστέρηση της ανατολής των μονίμων δοντιών μετά από τραύμα στα νεογιλά δόντια ή άλλα αίτια.** Στις περιπτώσεις αυτές, η πανοραμική ακτινογραφία, που είναι απαραίτητη για κάθε παιδί ηλικίας 6-7 ετών, αποκαλύπτει εγκαίρως το πρόβλημα.

**Λειτουργικές σταυροειδείς συγκλείσεις.** Όπως προαναφέρθηκε, είναι δυνατόν το παιδί να βρίσκει κάποια έκκεντρη θέση της κάτω γνάθου η οποία τού δημιουργεί μια σύγκλειση "ανέσεως ή ευκολίας", εάν θέλει να αποφύγει κάποια απώδυνη ή πρόωρη οδοντική επαφή. Η επαφή αυτή μπορεί να οφείλεται σε κάποιο τερηδονισμένο δόντι ή σε κάποιο νεογιλό δόντι που δεν έχει αποτριβεί ομοιόμορφα με τα παρακείμενα ή, τέλος, σε δυσαρμονία στο εύρος των οδοντικών τόξων που δεν αρμόζουν μεταξύ τους. Στις περιπτώσεις αυτές, η κάτω γνάθος ολισθαίνει και μετατοπίζεται από την κανονική της θέση προς τα πλάγια ή προς τα εμπρός, με αντίστοιχη μετατόπιση των κονδύλων μέσα στις κροταφικές γλύνες και διαταραχές των βιολογικών ερεθισμάτων που επιδρούν σ' αυτές. Είναι, επομένως, δυνατόν μια πλαγιολίσθηση της κάτω γνάθου, που παρατηρείται σ' ένα παιδί 5-6 ετών

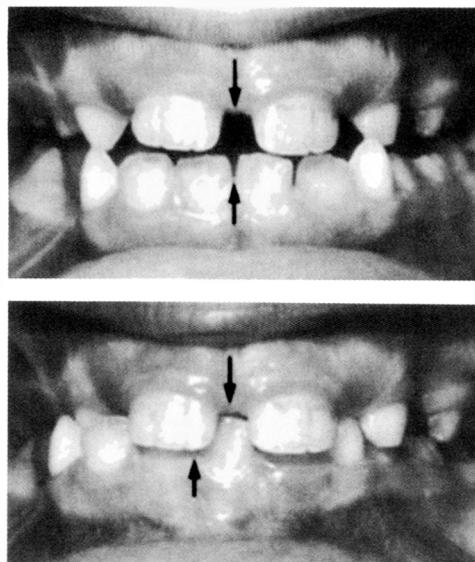
και προκαλείται, π.χ., από απλή πρόσκρουση των νεογιλών κυνοδόντων του, αν δεν αντιμετωπισθεί εγκαίρως, να αποτελέσει την αρχή μιας σκελετικής ασυμμετρίας της κάτω γνάθου, η οποία θα εκδηλωθεί αργότερα. Είναι δε σκόπιμο να διευκρινιστεί ότι η αντιμετώπιση της καταστάσεως αυτής στην ηλικία του νεογιλού και του μικτού φραγμού είναι συνήθως εύκολη και γρήγορη. Και η έγκαιρη αντιμετώπιση της αποτελεί ουσιαστική **πρόληψη** δυσάρεστων εξελίξεων (εικόνα 5). Αντιθέτως, οι σκελετικές ασυμμετρίες του προσώπου και οι συνυπάρχουσες ανωμαλίες στη σύγκλειση των δοντιών αποτελούν ένα από τα δυσκολότερα στην αντιμετώπιση τους προβλήματα για την Ορθοδοντική και συχνά απαιτούν τη συνεργασία και με γναθοχειρουργό.

#### **Ηλικία στην οποία πρέπει το παιδί να επισκέπτεται τον ορθοδοντικό.**

Όπως προαναφέρθηκε, το παιδί πρέπει να αρχίσει να επισκέπτεται τον οδοντίατρο από το δεύτερο έτος της ηλικίας του ή και νωρίτερα, αν υπάρχει κάποιο πρόβλημα. Ο θεράπων οδοντίατρος, στη συνέχεια, παραπέμπει το μικρό ασθενή του σε ορθοδοντικό, μόλις διαπιστώσει την ύπαρξη κάποιου προβλήματος. Το ίδιο θα πρέπει να κάνει και ο παιδίατρος. Η αντίληψη δηλαδή που επικρατούσε κάποτε, ότι η κατάλληλη ηλικία για την έναρξη ορθοδοντικής θεραπείας είναι τα 12 χρόνια και, πάντως, όταν το παιδί θα έχει αλλάξει όλα τα νεογιλά του δόντια, είναι λανθασμένη, διότι μπορεί το 70% των περιπτώσεων που έχουν ανάγκη πλήρους ορθοδοντικής θεραπείας να είναι έτοιμες να υποβληθούν σ' αυτή κατά την τελευταία φάση του μικτού φραγμού, δηλαδή στα 10-11 περίπου χρόνια της ηλικίας του παιδιού. Το 20%, όμως, των περιπτώσεων, περίπου, ενδείκνυται να υποβληθούν σε θεραπεία νωρίτερα, ενώ το 10% των περιπτώσεων δεν μπορούν να υποβληθούν σε θεραπεία προτού ολοκληρωθεί το μέγιστο ποσοστό της αυξήσεως, πρίν δηλαδή από την ηλικία των 17-18 χρόνων για τα κορίτσια και των 20-22 ετών για τα αγόρια.

Η σύγχρονη επιστήμη υποστηρίζει ότι η **πρόληψη** και η **πρώιμη ορθοδοντική θεραπεία** έχουν πολύ θετικά αποτελέσματα σε περιπτώσεις ανωμαλιών της συγκλείσεως που οφείλονται σε σκελετικές δυσαρμονίες των γνάθων, διότι μπορεί, εφαρμόζοντας ορθοπαιδικές δυνάμεις, να επηρεάσει ευνοϊκά την αύξηση που υπολείπεται να συμβεί.

Πάντως, σε γενικές γραμμές, η πρόληψη αρχίζει από την πολύ μικρή ηλικία, ενώ κατά την περίοδο της πρώιμης φάσεως του μικτού φραγμού ή στην ηλικία



**Εικ. 5:** Ενδοστοματικές φωτογραφίες παιδιού στην περίοδο του μικτού φραγμού, σε θέση κεντρικής σχέσεως (άνω), όπου προσκρούουν οι νεογιλοί κυνοδόντος και σε θέση μεγίστης συναρμογής των δοντιών (κάτω). Η κάτω γνάθος ολισθαίνει προς τα δεξιά και προκαλείται έτοι οπίσθια σταυροειδής σύγκλειση.

6-8 ετών, μπορούν να διαπιστωθούν, από τον ορθοδοντικό, τα περισσότερα από τα προβλήματα που θα απαιτήσουν άμεση καταστολή ή μεταγενέστερη ορθοδοντική αντιμετώπιση και τα οποία μπορούν να συνοψιστούν στις εξής έξι μεγάλες κατηγορίες: α) προβλήματα χώρου, β) προβλήματα αριθμού, μεγέθους και σχήματος των δοντιών, γ) προβλήματα από λειτουργικές μετατοπίσεις της κάτω γνάθου, δ) προβλήματα από επιβλαβείς συνήθειες, ε) προβλήματα από σκελετικές δυσαρμονίες και στ) προβλήματα από διαμαρτίες στη διάπλαση. Επομένως, η ηλικία αυτή είναι και η κατάλληλη για την πρώτη επίσκεψη στον ορθοδοντικό, έστω και αν δεν έχει γίνει αντιληπτό κάποιο πρόβλημα από τους γονείς ή από τον παιδίατρο.

#### **SUMMARY**

**Prevention in Orthodontics.**

**M. N. Spyropoulos**

*Odontostomatologic News, Vol. 2, No 4-6.*

Prevention in orthodontics includes the timely removal of all unfavorable factors which negatively influence the normal growth of the jaws and the development and maturation of the dental occlusion.

Knowledge related to the associated biologic procedures must be an essential part of dental educa-

tion. In addition, the dentist must seek the educational background in order to apply the best possible treatment for every case.

In the text that follows, this necessary knowledge is presented in a summarized fashion with exemplary cases for the preventive field of orthodontic specialty.

#### **ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Αγγελόπουλος Α, Σπυρόπουλος Ν. Διαγνωστική του Στόματος. Β' Έκδοση. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1988.
2. Αδαμίδης Ι, Μαρκάτη Α, Σπυροπούλου Μ. Μελέτη συχετίσεων της εγγύς-άπω διαμέτρου μονίμων δοντιών σε δείγμα ελληνικού πληθυσμού. Οδοντοστοματολογική Πρόσδος 39:399-405, 1985.
3. Adamidis J, Spyropoulos N. Implications of lymphadenoid tissue hypertrophy on the position of the tongue, mandible, and hyoid bone. Eur J Orthod 5:287-294, 1983.
4. Harvold E, Tomer BS, Vargervik K, Chierici G. Primate experiments of oral respiration. Am J Orthod 79:359-372, 1981.
5. Καραμαλίκη Δ, Σπυροπούλου Μ. Πρόωρες απώλειες νεογλών γομφίων. Οδοντοστοματολογική Πρόσδος 38:317-321, 1984.
6. Κατσαβριάς Η. Γενικός οδοντιατρος και Ορθοδοντική. Στο: Σημειώσεις Κλινικής Ορθοδοντικής από μέλη ΔΕΠ. Εργαστήριο Ορθοδοντικής Πανεπιστημίου Αθηνών 1999.
7. Linder-Aronson S, Woodside DG, Lundstrom A. Mandibular growth direction following adenoidectomy. Am J Orthod. 89:273-284, 1986.
8. Σπυρόπουλος Ν, Δοντά ΑΝ. Συχνότητα αγκυλωμένων δοντιών. Παιδοδοντία 1:83-87, 1985.
9. Σπυρόπουλος Ν, Πατοάκας ΑΙ. Η Πανοραμική ακτινογραφία στην Κλινική Οδοντιατρική. 2η έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1994.
10. Σπυρόπουλος Ν, Σπυροπούλου Μ. Η συμβολή της κλινικής εξετάσεως εις την διάγνωσιν ορθοδοντικών προβλημάτων. Οδοντοστοματολογική Πρόσδος 29:133-146, 1975.
11. Σπυροπούλου Μ. Διαγνωστική μεθοδολογία. Στο: Σημειώσεις Κλινικής Ορθοδοντικής από μέλη ΔΕΠ. Εργαστήριο Ορθοδοντικής Πανεπιστημίου Αθηνών 1999.
12. Σπυροπούλου Μ. Βασικές αρχές Ορθοδοντικής. Προβλήματα στην περίοδο των μικτών φραγμών. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα 2000.

# Προφυλακτική αντιβίωση στη χειρουργική του στόματος.

Στέλιος Δαλαμπίρας

Επίκ. Καθηγητής Γναθοχειρουργικής Κλινικής Α.Π.Θ.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κατά τον Burke (1973) η προφυλακτική αντιβίωση έχει ένδειξη όταν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να καμφθεί η άμυνα του ασθενούς από πιθανή λοιμωξη κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης. Ασθενείς που πάσχουν από συστηματικά νοσήματα ή είναι σε ανοσοκαταστολή πρέπει να καλύπτονται υποχρεωτικά με προφυλακτική αντιβίωση. Ασθενείς με φυσιολογική άμυνα καλύπτονται με αντιβίωση προεγχειρητικά όταν πρόκειται να τοποθετηθούν εμφυτευματικά υλικά ή μοσχεύματα σε σηπτικό περιβάλλον και η επέμβαση να διαρκέσει πάνω από τρεις ώρες.

Δεν απαιτείται προφυλακτική αντιβίωση σε ενδοστοματικές πράξεις ρουτίνας σε φυσιολογικό ασθενή.

Στην παρούσα εργασία, συζητούνται τα είδη των μικροοργανισμών που εμπλέκονται στις οδοντοφατνιακές λοιμώξεις, η επιλογή των αντιβιοτικού, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της προφυλακτικής αντιβίωσης όπως επίσης και η δοσολογία των χορηγούμενων κατά περίπτωση αντιβιοτικών.

### ► Λέξεις κλειδιά (Key words):

προφυλακτική αντιβίωση,  
χειρουργική στόματος,  
οδοντοφατνιακή λοιμωξη,  
*prophylactic antibiotic therapy*,  
*oral surgery, dentoalveolar infection*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση στο στόμα, ο χειρουργός πρέπει να αποφασίζει εάν θα χορηγήσει προφυλακτική αντιβίωση ή όχι (Peterson). Ο Burke (1973) έθεσε, ως βασικό κριτήριο για τη λήψη μιας τέτοιας απόφασης, τα εξής:

Η προφυλακτική αντιβίωση έχει ένδειξη όταν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να καμφθεί η άμυνα του ασθενούς από πιθανή λοιμωξη κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι δύο παράγοντες, που παίρνουμε υπόψη μας στην υπόθεση αυτή, είναι η δυναμική της άμυνας του οργανισμού από τη μια και η βαρύτητα της χειρουργικής επέμβασης από την άλλη.

Είναι γνωστό ότι ασθενείς με μειονεκτική άμυνα, όπως αυτοί που πάσχουν από συστηματικά νοσήματα ή είναι σε ανοσοκαταστολή, διατρέχουν κίνδυνο λοιμωξης ακόμη και από μια απλή ενδοστοματική επέμβαση. Αυτοί πρέπει να καλύπτονται υποχρεωτικά με προφυλακτική αντιβίωση.

Ασθενείς με φυσιολογική άμυνα κατά των λοιμώξεων καλύπτονται με αντιβίωση προεγχειρητικά, όταν ο σχεδιασμός τής επέμβασης προβλέπει τοποθέτηση εμφυτευματικών υλικών ή μοσχευμάτων και η επέμβαση είναι χρονικής διάρκειας άνω των τριών ωρών και σε περιβάλλον σηπτικό, όπως θεωρείται το ενδοστοματικό.

Από την υπάρχουσα εμπειρία και από τις βιβλιογραφικές πηγές, γνωρίζουμε ότι δεν απαιτείται προφυλακτική αντιβίωση στις ενδοστοματικές πράξεις ρουτίνας, όπως η απλή εξαγωγή, η βιοψία, η χειρουργική εξαγωγή κ.ά., σε φυσιολογικό ασθενή.

## ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ

Ο περασμένος αιώνας μπορεί, εκτός των άλλων, να χαρακτηρισθεί και ως αιώνας των αντιβιοτικών. Η μεγάλη ανατροπή, που έγινε το 1929 με την ανακάλυψη της πενικιλίνης από τον Sir Alexander Fleming, ειδικά για τον οδοντιατρικό κόσμο ήταν ευλογία, δεδομένου ότι οι περισσότεροι μικροοργανισμοί, που εμπλέκονται στις οδοντογενείς λοιμώξεις, είναι ευαίσθητοι στην πενικιλίνη. Βέβαια, ο ενθουσιασμός που επικράτησε στην αρχή με την μεταπολεμική διάδοση των αντιβιοτικών και τη σωτηρία

εκατομμυρίων ασθενών από λοιμώξεις, μετατράπηκε σύντομα σε περίσκεψη και επιφύλαξη, μετά την εμφάνιση των ανεπιθύμητων ενεργειών από την ευρεία και συχνά αλόγιστη χρήση των χημειοθεραπευτικών σκευασμάτων.

Δυστυχώς, ακόμη και σήμερα δεν έχουν θεσπιστεί τα απόλυτα κριτήρια για τη χορήγηση των αντιβιοτικών, με αποτέλεσμα να παρατηρείται συχνά μία υπερβολή στη χρήση τους, τόσο μετά από ιατρική συνταγογραφία, όσο και από τη σχετική ελευθερία που υπάρχει στην προμήθεια αυτών των φαρμάκων, χωρίς ιατρική συνταγή.

**Οι βασικοί κίνδυνοι από τη χρήση φαρμάκων συνίστανται στα εξής:**

- Αλλεργικές αντιδράσεις, κυρίως στην πενικιλίνη και τα παράγωγά της.
- Τοξικές αντιδράσεις από ελαφρές(ναυτία) έως βαρύτερες διαταραχές σε βασικά όργανα (ήπαρ, νεφροί).
- Διαταραχή στη λειτουργία του εντέρου, ανάπτυξη καντιντίασης στο στόμα.
- Ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών των μικροβίων στα υπό χρήση αντιβιοτικά.

Εάν σε αυτά προστεθεί και το οικονομικό κόστος για την περίθαλψη του γενικού πληθυσμού, αντιλαμβάνεται κανείς το μέγεθος των επιπτώσεων της πολυφαρμακίας.

Εδώ και αρκετά χρόνια στο εξωτερικό και πρόσφατα και στη χώρα μας, οι επιτροπές του Υπουργείου Υγείας, με συνεχείς οδηγίες και φραγμούς στη δημόσια και νοσοκομειακή κυρίως συνταγογραφία, προσπαθούν να ελέγξουν το πρόβλημα.

Παρ' όλα τα προβλήματα από την υπερβολική χρήση τους, τα αντιβιοτικά παραμένουν το κύριο εφόδιο των ιατρών στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων. Η χρήση τους, όμως, πρέπει να υπακούει σε βασικές αρχές και να έχει ως προϋπόθεση την ιατρική σκέψη και διάγνωση.

**Βασικές αρχές για τη συνταγογράφηση ενός αντιβιοτικού στις ενδοστοματικές λοιμώξεις είναι:**

- Ο καθορισμός της βαρύτητας της λοιμωξης.
- Η εκτίμηση της φυσικής κατάστασης ή άμυνας του ασθενούς.
- Η δυνατότητα χειρουργικής παρέμβασης (εξαγωγή οδόντος, σχάση αποστήματος).
- Η επιλογή του κατάλληλου αντιβιοτικού σκευασμάτος.

## ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΟΥ

Στην καθημερινή κλινική πράξη, ο οδοντίατρος πρέπει να αποφασίζει άμεσα για την φαρμακευτική αγωγή σε μια διαγνωσμένη οδοντοφατνιακή λοιμωξη. Η θεραπεία πρέπει να αρχίζει αμέσως και η πολυτέλεια του χρόνου για ένα αντιβιογραμμα μετά από καλλιέργεια υλικού της αποστηματικής κοιλότητος, δεν υπάρχει. Επομένως, η φαρμακευτική αγωγή σε οξείες λοιμώξεις είναι κατ' ανάγκην εμπειρική και βασίζεται στη γνώση και την εμπειρία από την αντιμετώπιση παρόμοιων λοιμώξεων στο παρελθόν.

**Η εμπειρική χημειοθεραπεία βασίζεται στα παρακάτω κριτήρια:**

- Την ακριβή διάγνωση για το είδος της οδοντοφατνιακής λοιμωξης τόσο από πλευράς εντόπισης όσο και κλινικού σταδίου.
- Το πιθανό αίτιο της λοιμωξης (περιστεφανίτις, νεκρός πολφός, προηγηθείσα επέμβαση κ.ά.).
- Τους συνήθως εμπλεκόμενους μικροοργανισμούς σε παρόμοιες λοιμώξεις.

Η άγνοια των παραπάνω συνεπάγεται συνήθως λανθασμένη επιλογή αντιβιοτικού και επομένως αποτυχία στη θεραπευτική αντιμετώπιση. Στην Γναθοχειρουργική Κλινική του Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», είχαμε την ευκαιρία — μετά από την αντιμετώπιση 186 ασθενών με οδοντοφατνιακές λοιμώξεις — να διαπιστώσουμε ότι 62 απ' αυτούς είχαν ήδη λάβει ιατρική συνταγή. Φαίνεται, όμως, ότι η φαρμακευτική αγωγή που έλαβαν υπήρξε ανεπιτυχής διότι η λοιμωξη επέμενε. Από το ιστορικό των ασθενών προέκυψε ότι τα αντιβιοτικά σκευασμάτα που τους χορηγήθηκαν είχαν συνήθως φάσμα που δεν κάλυπτε αναερόβιους μικροοργανισμούς, οι οποίοι οχεδόν πάντοτε εμπλέκονται σε τέτοιες λοιμώξεις.

## ΜΙΚΡΟΒΙΑ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΟΦΑΤΝΙΑΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ

Η γνώση του είδους των μικροοργανισμών, που εμπλέκονται στις οδοντοφατνιακές λοιμώξεις, είναι απαραίτητη για την επιλογή του κατάλληλου αντιβιοτικού.

Σήμερα, με τη βοήθεια των βελτιωμένων μεθόδων για λήψη, απομόνωση και καλλιέργεια των αναερόβιων ειδικά μικροοργανισμών, γνωρίζουμε ότι μία τυπική οδοντογενής λοιμωξη είναι σχεδόν πάντοτε μία μικτή ή συνεργική λοιμωξη, δηλαδή είναι αποτέλεσμα της συνέργειας αεροβίων και αναεροβίων μικροοργανισμών, με τους δεύτερους να υπερέχουν ειδικότερα στη φάση της διαπύησης.

**Οι υπαίτιοι μικροοργανισμοί, που εντοπίζονται συχνότερα σε μία οδοντοφατνιακή λοίμωξη, είναι:**

- Αερόβιοι  $Gr^+$  κόκκοι (στρεπτόκοκκος και σταφυλόκοκκος).
- Αναερόβιοι  $Gr^+$  κόκκοι (αναερόβιος, στρεπτόκοκκος, πεπτόκοκκος και πεπτοστρεπτόκοκκος).
- Αναερόβια  $Gr^-$  βακτηρίδια (*Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedium*, *Fusobacterium nucleatum*).

Οι βαρύτερες λοιμώξεις, με δημιουργία αποστήματος, οφείλονται στην παρουσία αναεροβίων μικροοργανισμών στο 70% των περιπτώσεων. Στα χρόνια, καλώς περιχαρακωμένα αποστήματα, ευρίσκονται, σχεδόν πάντοτε, μόνο αναερόβια μικρόβια ενώ στις λοιμώξεις που εμφανίζονται με κυτταρίτιδα, χωρίς δημιουργία αποστήματος, ανευρίσκονται σχεδόν αποκλειστικά μόνο αερόβια μικρόβια. Συνεπώς, η φαρμακευτική αγωγή για τέτοιες λοιμώξεις θα πρέπει να καλύπτει πλήρως, όλο το φάσμα των μικροοργανισμών που συμμετέχουν σ' αυτές. Πέρα από την επιλογή του σωστού χημειοθεραπευτικού σκευασμάτου, η επιτυχής αντιμετώπιση εξαρτάται άμεσα από την επαρκή δοσολογία του φαρμάκου και την αρμόδιουσα οδό χορήγησης.

## ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΑΝΤΙΒΙΩΣΗ

Οι επιτυχίες, που σημείωσε η εμπειρική φαρμακευτική αγωγή στις οδοντοφατνιακές λοιμώξεις αφενός και ο φόβος των χειρουργών για πιθανή λοίμωξη του εγχειρητικού τραύματος αφ' ετέρου, οδήγησαν στη μεθόδευση της προεγχειρητικής χορήγησης αντιμικροβιακών φαρμάκων με σκοπό την πρόληψη της εμφάνισης μετεγχειρητικής λοίμωξης.

Βεβαίως και σ' αυτή την περίπτωση η χορήγηση αντιβιοτικών προληπτικά απέχει και από αυτή της εμπειρικής χημειοθεραπείας σε εγκατεστημένη λοίμωξη και θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως «**υπερεμπειρική** χημειοθεραπεία», υπό την έποψη της πλήρους αδυναμίας να ληφθεί καλλιέργεια από μη υπάρχον ακόμη υλικό. Δηλαδή, το σκεπτικό της προληπτικής αντιβίωσης ξεκινά από καθαρά θεωρητικό επίπεδο, βάσει του οποίου θεωρεί κανείς την πιθανή εμφάνιση της λοίμωξης ως αναπόφευκτη και πιθανούς υπαίτιους, για την μόλυνση του εγχειρητικού τραύματος, τους μικροοργανισμούς που ενδημούν ή παρεπιδημούν στην συνήθη στοματική χλωρίδα.

Έτσι, λοιπόν, υπάρχει αρκετό έδαφος για αντιπράθεση και γεννώνται ερωτηματικά, όπως το κατά πόσο θα πρέπει να εμπιστευόμαστε την προφυλακτι-

κή αντιβίωση, ή αν μπορούμε να την εφαρμόζουμε πάντοτε, ή επιλεκτικά κ.ά.

Η επιστημονική έρευνα επιβάλλει την θέσπιση αρχών ή κριτηρίων για την εφαρμογή κάθε μεθόδου και βάσει αυτών θα οδηγηθούμε στη σωστή κατεύθυνση.

## Πλεονεκτήματα προληπτικής αντιβίωσης.

Η εύτοχη προληπτική αντιβίωση παρουσιάζει ορισμένα πλεονεκτήματα ως παρακάτω:

- Προλαμβάνει την λοίμωξη.
- Μειώνει την νοσηρότητα στους ασθενείς.
- Μειώνει την θνησιμότητα.
- Μειώνει τον χρόνο νοσηλείας.
- Μειώνει το κόστος νοσηλείας.
- Ελαττώνει την συνολική δόση των αντιβιοτικών.
- Μειώνει τον αριθμό των ανθεκτικών μικροβίων.

Είναι δύσκολο να καθοριστούν επακριβώς, με κλινική έρευνα, τα πλεονεκτήματα που αναφέρονται, πλην όμως, φαίνεται από την κλινική εμπειρία ότι η προληπτική αντιβίωση βοηθά στην καλύτερη μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς. Η βραχύχρονη δε εφαρμογή της σε σχέση με μία θεραπευτική αντιβίωση σε εγκατεστημένη λοίμωξη, μειώνει συνολικά εκτός από τον χρόνο νοσηλείας και το κόστος και την πιθανότητα ανάπτυξης ανθεκτικών στελεχών. Όλα αυτά, βέβαια, δεν σημαίνουν ότι πρέπει να υπερεκτιμούμε τις δυνατότητές της.

## Μειονεκτήματα της προληπτικής αντιβίωσης.

Η προσπάθεια για προφυλακτική αντιβίωση μπορεί να δημιουργήσει ανεπιθύμητες καταστάσεις, όπως παρακάτω:

- Αποτυχία στον έλεγχο της λοίμωξης, παρά την προφύλαξη.
- Ανάπτυξη μεγάλου αριθμού ανθεκτικών μικροβίων.
- Καθυστέρηση στην εμφάνιση των κλινικών σημείων της λοίμωξης.
- Παραμέληση στην σχολαστική τήρηση των κανόνων ασηφίας και χειρουργικής τεχνικής.

Η πιο συχνή αποτυχία στην προφυλακτική αντιβίωση είναι η αδυναμία της να ελέγξει την επερχόμενη λοίμωξη μετά από επεμβαση. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε κακή εκτίμηση στην επιλογή του φαρμακευτικού σκευασμάτος ή στην υπερεκτίμηση της άμυνας του οργανισμού σε σχέση με την υπάρχουσα μικροβιακή χλωρίδα. Πάντως, είναι δύσκολο να αποδειχθεί το πραγματικό αίτιο ή ο βαθμός συμμετοχής των παραπάνω αιτίων στην αποτυχία. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι συχνά ο χειρουργός κάνει το λά-

θος να υπερεκτιμήσει την βοήθεια της προφυλακτικής αντιβιωσης και να γίνει λιγότερο σχολαστικός στην τήρηση όλων των κανόνων που διέπουν την εγχειρητική τεχνική, δηλαδή τήρηση αυστηρής αντισηψίας, μικρότερη κάκωση, καλή διαβροχή του οστού κατά τη διάρκεια της επέμβασης κ.ά.

Επίσης, υπαρκτός είναι ο κίνδυνος αναζωπύρωσης κάποιας λοίμωξης, που, αρχικά, μπορεί να καλύπτεται από την χορήγηση της προφυλακτικής αντιβιωσης και, αργότερα, όταν η φαρμακευτική αγωγή διακοπεί, η υποκρυπτόμενη λοίμωξη στους πνεύμονες ή τους νεφρούς να κάνει την εμφάνισή της, με σοβαρές συνέπειες για τον ασθενή.

### Αρχές προφυλακτικής αντιβιωσης.

- Οι παρακάτω αρχές θεωρούνται βασικές για μία κατάλληλη και επαρκή αντιβιοτική προφύλαξη ή πρόληψη:
- Πρέπει η προγραμματισμένη εγχείρηση να θεωρηθεί υψηλού κινδύνου από πλευράς διεγχειρητικής επιμόλυνσης και επομένως λοίμωξης.
- Να γνωρίζουμε τους μικροοργανισμούς που είναι πολύ πιθανόν να εμπλακούν στην λοίμωξη.
- Να γνωρίζουμε την ευαίσθησία των μικροοργανισμών αυτών στα αντιβιοτικά (π.χ., ο στρεπτόκοκκος ευαίσθητος στην πενικιλίνη).
- Για να είναι αποτελεσματικό και να μην προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες ένα αντιβιοτικό πρέπει να χορηγείται σε τέτοιο χρόνο πριν, που να έχει την μέγιστη συγκέντρωσή του στους ιστούς την ώρα της επέμβασης. Η επανάληψη δε της χορήγησης πρέπει να γίνεται σε λιγότερο από 4 ώρες μετά την λήξη της επέμβασης (τέλος της επιμόλυνσης).
- Η δοσολογία του χορηγούμενου αντιβιοτικού πρέπει να καλύπτει κατά 4 φορές την ελάχιστη ανασταλτική συγκέντρωση (M.I.C.) για την αντιμετώπιση ενός μικροβίου.

### Προληπτική αντιβιωση στην ενδοστοματική χειρουργική.

Γενικώς, οι ενδοστοματικές επεμβάσεις ρουτίνας στο ιατρείο και σε φυσιολογικό αισθενή δεν απαιτούν προληπτική αντιβιωση (Peterson). Το σημαντικότερο σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι να τηρούνται, σχολαστικά, όλα τα κλινικά μέτρα της ασηψίας στο ιατρείο. Αποστειρωμένα εργαλεία, οθόνια, γάντια χειρουργικά και, ει δυνατόν, χειρουργική ποδιά. Επίσης, βοηθά η επάλειψη ζελέ χλωρεξιδίνης στις παρυφές των ούλων του ασθενούς καθώς και οι προεγχειρητικές στοματοπλύσεις.

Σε περίπτωση που κρίνεται σκόπιμο να καλυφθεί ο φυσιολογικός αισθενής με προληπτική αντιβιωση, διότι η επέμβαση θεωρείται υψηλού κινδύνου, τότε προτείνεται το παρακάτω πρωτόκολλο:

Ενήλικες: 2-3 gr Αμοξυκιλίνης *per os*, 1 ώρα πριν την επέμβαση.

Παιδιά 5-10 ετών: Ήμισεια δόση του ενήλικα.

Μετεγχειρητικά: 1,5-2 gr Αμοξυκιλίνης, 6 ώρες μετά την αρχική δόση.

### Ασθενείς αλλεργικοί στην πενικιλίνη.

Ενήλικες: 600 mg Κλινδαμινίνης *per os*, 1 ώρα πριν την επέμβαση.

Παιδιά 5-10 ετών: Ήμισεια δόση του ενήλικα.

Μετεγχειρητικά: 150 mg Κλινδαμινίνης *per os*, 6 ώρες μετά την αρχική δόση.

Σε ασθενείς με ιστορικό ρευματικού πυρετού, ή αλλαγή καρδιακής βαλβίδος, ή ανεπάρκεια μιτροειδούς κ.λπ., ισχύει το παρακάτω πρωτόκολλο:

Ενήλικες: 1 gr Αμοξυκιλίνης i.v. ή i.m. + 120 mg Γενταμικίνης i.v. ή i.m. στην αρχή της επέμβασης.

Παιδιά 5-10 ετών: Ήμισεια δόση αμοξυκιλίνης + 2 mg/kg Γενταμικίνης.

Μετεγχειρητικά: Αμοξυκιλίνη 1,5-2 gr 6 ώρες μετά την αρχική δόση.

### Ασθενείς αλλεργικοί στην πενικιλίνη.

Ενήλικες: 300 mg Κλινδαμινίνης i.v., 15 λεπτά πριν την επέμβαση στη συνέχεια, 150 mg Κλινδαμινίνης i.v. ή *per os* μετά 6ωρο.

Παιδιά 5-10 ετών: Ήμισεια δόση του ενήλικος.

Μετεγχειρητικά: Κλινδαμινίνη 150 mg. i.v. ή *per os*, 6 ώρες μετά την αρχική δόση.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η προφυλακτική αντιβιωση μπορεί να δώσει σημαντική βοήθεια στη χειρουργική του στόματος. Πρέπει όμως να προσφεύγουμε σ' αυτήν όταν θεωρείται τελείως απαραίτητο. Και όταν την χρησιμοποιούμε, να τηρούμε όλους τους κανονες της ιατρικής και χειρουργικής δεοντολογίας.

## SUMMARY

**Prophylactic Antibiotic Therapy**

*Stelios Dalampiras*

*Odontostomatologic News, Vol. 2, No 4-6.*

According to Burke (1973) prophylactic administration of antibiotics is indicated if there is a serious possibility for the immune system to be challenged

during a surgical procedure. Patients with systemic diseases as well as with suppressed immune systems must be covered with prophylactic antibiotics. Patients with normal immune systems may be covered with antibiotics before surgery only in cases involving implants or grafts that will be placed in a septic environment and the surgery will last more than three hours. Prophylactic antibiotic therapy is not necessary during every day surgical procedures in the mouth of a healthy patient. In this article the following themes are discussed: a) different kinds of microorganisms that are involved in dentoalveolar infections, b) the selection of the appropriate antibiotic, c) the advantages and disadvantages of prophylactic therapy as well as the dosages of the antibiotics administered in specific cases.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aderhold L., Knothe H, Frenkel G.: The bacteriology of dentogenous pyogenic infections. *Oral Surg.*, 52:583, 1981.
2. Altemeier, W.A., et al. (eds.): Manual on Control of Infection in Surgical Patients. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1976.
3. Baker, P.J., Evans, R.T., Slots, J., et al.: Antibiotic susceptibility of anaerobic bacteria from the human oral cavity. *J. Dent. Res.*, 64:1233, 1985.
4. Burke, J.F.: Preventive antibiotic management in surgery. *Annu. Rev. Med.*, 24:289, 1973.
5. Caldwell, J.R., and Cluff, L.E.: Adverce reactions to antimicrobial agents *J.A.M.A.*, 230:77, 1974.
6. Cawson R.A. and Odell E.W.: Essentials of oral pathology and oral medicine. 6<sup>th</sup> ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 311-312, 1998.
7. Cawson RA, Spector RG.: Clinical pharmacology in dentistry. 5<sup>th</sup> ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 15-41, 1989.
8. Chodak, G.W., and Plaunt, M.E.: Use old systemic antibiotics for prophylaxis in surgery. *Arch. Surg.*, 112:326, 1977.
9. Committee on Rheumatic Fever and Bacterial Endocarditis of the Council on Cardiovascular Disease in the Young of the American Heart Association: Prevention of bacterial endocarditis. *Circulation*, 70:1123A, 1984.
10. Conover, M.A., Kaban, L. B., and Mulliken, J. B.: Antibiotic prophylaxis for major maxillocraniofacial surgery. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 43:865, 1985.
11. Dajani A.S., Taubert K.A., Wilson W., et al: Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations of the American Heart Association. *JAMA* 277:1794, 1997.
12. Edson, R.S., Rosenblatt, J.E., Lee, D.R., et al.: Recent experience with antimicrobial susceptibility of anaerobic bacteria. *Mayo Clin. Proc.*, 57:737, 1982.
13. Gillespie W.A.: Οι αρχές της αντιμικροβιακής χημειοθεραπείας. Στο Read A., Barritt D., Langton R., eds., Σύγχρονη Παθολογία: 2<sup>η</sup> Έκδ. Αθήνα, Λίτος Ιατρικές Εκδόσεις, 721-31, 1993.
14. Goldberg MH: Odontogenic infections. In: Topazian RG, Goldberg MH; eds. *Oral and maxillofacial infections*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia:W. B. Saunders Co, 156-203, 1987.
15. Kannangara D.W., Haragopal T., Mc Quirter J.: Bacteriology and treatment of dental infections. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 50:103-109,1980.
16. Καρακάσης Δ.Θ.: Μαθήματα οδοντογναθικής χειρουργικής. Μέρος Β', Θεσσαλονίκη, 11-37, 1985.
17. Labriola D.J., Mascaro J., Albert B.: The microbiologic flora of orofacial abscesses. *J Oral Maxillofac Surg.*, 41:711-14, 1983.
18. Levison M.E.: Infective Endocarditis. In Goldman L, Bennett J.C.: *CECIL Textbook of Medicine*, 21<sup>st</sup> ed. Philadelphia. W.B. Saunders Co, 1631-40, 2000.
19. Peterson L: Contemporary oral and maxillofacial surgery. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis C.V. Mosby Co, 409-11, 1993.
20. Peterson L: Principles of antibiotic therapy in: Topazian RG, Goldberg MH: *Oral and maxillofacial infections* 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia:W.B. Saunders Co, 160-197, 1994.
21. Sabiston C.H., Grigsby W., Segerstrom N.: Bacterial study of pyogenic infections of dental origin. *Oral Surg. Oral. Med. Oral Pathol.*, 41:430-435, 1976.
22. Sandov G.K., Low D.E., Judd P.L., Davidson R.J.: Antimicrobial treatment options in the management of odontogenic infections: *J. Canad. Dent. Assoc.*, 64:508-14, 1998.

# Προληπτική Οδοντιατρική.

Θεσσαλία Αθανασούλη

Καθηγήτρια Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Περίληψη ομιλίας στο Β' Συμπόσιο

Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας

8-9 Δεκεμβρίου 2001, Λάρισα

Η προληπτική οδοντιατρική περιλαμβάνει την εφαρμογή προληπτικών μέτρων με τα οποία παρεμποδίζεται η εμφάνιση της νόσου ή διακόπτεται η εξέλιξη της όταν αυτή έχει ήδη εκδηλωθεί, ενώ κύριος στόχος της προληπτικής οδοντιατρικής είναι η αιτιολογική αντιμετώπιση των νόσων του στόματος. Η προληπτική οδοντιατρική, τα τελευταία χρόνια, έχει αναπτυχθεί σημαντικά και οι μέθοδοι πρόληψης που χρησιμοποιούνται συμβάλλουν στην βελτίωση της στοματικής υγείας.

Η έγκαιρη εφαρμογή της πρόληψης μπορεί να περιορίσει ή ακόμη και να εξαλείψει την εμφάνιση των κυρίων νόσων του στόματος, όπως της οδοντικής τερηδόνας και των νόσων του περιοδοντίου. Επίσης, μπορεί να συμβάλλει θετικά στον περιορισμό των ορθοδοντικών ανωμαλιών και των νόσων του βλεννογόνου και ιδιαίτερα στην πρόληψη του καρκίνου του στόματος. Επιπλέον, η λήψη ειδικών προληπτικών μέτρων, όπως η χρήση ειδικών ναρθήκων κατά την διεξαγωγή διαφόρων αθλημάτων και παιχνιδιών μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη των καταγμάτων των δοντιών του παιδικού και εφηβικού πληθυσμού.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην πρόληψη των κυρίων νόσων του στόματος, τερηδόνας και νόσων του περιοδοντίου, διότι προσβάλλουν, από πολύ νωρίς, το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού.

Στις μεθόδους πρόληψης των νόσων αυτών περιλαμβάνεται:

- **Η στοματική υγιεινή:** βούρτσισμα των δοντιών με φθοριούχο οδοντόκρεμα και χρήση οδοντικού νήματος για τον έλεγχο της οδοντικής μικροβιακής πλάκας.

- **Η διαιτα:** κυρίως περιορισμός των σακχαρούχων τροφών, ιδιαίτερα μεταξύ των γευμάτων και χρήση μικρών γλυκών με υποκατάστατα ζάχαρης.

- **Τα φθοριούχα:** το φθόριο θεωρείται ο πιο σημαντικός αντιτερηδονογόνος παράγοντας πρόληψης της τερηδόνας και σήμερα είναι, τελικώς, αποδεκτό ότι η αντιτερηδονογόνος δράση του φθορίου συνίσταται στη συμβολή του για την επανασβεστίωση της αρχικής βλάβης της τερηδόνας. Το φθόριο χορηγείται με την γενική οδό και τοπικώς· όμως, ακόμη και όταν χορηγείται με την γενική οδό, η δράση του είναι τοπική. Το φθόριο, με την γενική οδό, χορηγείται με την φθορίωση του πόσιμου νερού ή τη φθορίωση άλατος, ή τη χορήγηση φθοριούχων τροχισκών. Τοπικά λαμβάνεται από το ίδιο το άτομο με τη χρήση φθοριούχου οδοντόκρεμας, φθοριούχων στοματοπλυμάτων ή φθοριούχων ζελέ. Επίσης, με τοπική εφαρμογή φθορίου που γίνεται στο ιατρείο από τον οδοντίατρο.

- **Οι προληπτικές εμφράξεις:** γίνονται στα οπίσθια δόντια των παιδιών με σύνθετες ρητίνες, οπότε τα δόντια προστατεύονται από την τερηδόνα.

- **Η επίσκεψη στον οδοντίατρο για έλεγχο της στοματικής κοιλότητας,** η οποία πρέπει να γίνεται κάθε 6 μήνες, οπότε δίνεται η ευκαιρία για έγκαιρη θεραπευτική αποκατάσταση.

Παρά το γεγονός ότι η πρόληψη πρέπει να εφαρμόζεται όσο το δυνατόν νωρίτερα μετά τη γέννηση, εντούτοις αφορά όλα τα άτομα, όλων των ηλικιών, ακόμα και αυτά που δεν έχουν δόντια. Τα άτομα αυτά, με την επίσκεψη στον οδοντίατρο κατά τακτά χρονικά διαστήματα, έχουν την ευκαιρία ελέγχου της υγείας των βλεννογόνων τους και της έγκαιρης διάγνωσης παθολογικών καταστάσεων, όπως ο καρκίνος του στόματος ή άλλες προκαρκινικές βλάβες.

Η πρόληψη των νόσων του στόματος είναι εφικτή και αποτελεσματική όπως έχει προκύψει από τις σύγχρονες επιστημονικές μαρτυρίες. Ο βαθμός της αποτελεσματικότητάς της, όμως, εξαρτάται τόσο από το ίδιο το άτομο, το οποίο θα πρέπει να ακολουθεί τις οδηγίες του οδοντιάτρου, όσο και από τον οδοντίατρο, ο οποίος θα πρέπει να ασκεί την οδοντιατρική με κατεύθυνση προς τη πρόληψη. Σε όλη την προσπάθεια της πρόληψης και η Πολιτεία θα πρέπει να έρχεται αρωγός με την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης στη κοινότητα.

## SUMMARY

### Prevention of Decay and Periodontal Disease.

*Th. Athanassouli*

Professor of Preventive Dentistry, University of Athens,  
Greece

Speech presented at the 2nd Symposium of the  
Thessalian Stomatologic Society,  
December 8 - 9, 2001, Larissa, Greece.  
*Odontostomatologic News*, Vol. 2, No 4-6.

The preventive procedures for the main diseases of the stomatognathic region i.e. decay and periodontal disease are discussed. Oral hygiene, appropriate diet, fluorides, preventive fillings, sealants and regular examination appointments (every six months) are mandatory for a healthy oral environment.

## Τερηδόνα στη βρεφική και νηπιακή ηλικία.

**Λ. Παπαγιαννούλη**

Καθηγήτρια Παιδοδοντίας Οδοντιατρικής  
Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Περίληψη ομιλίας στο Β' Συμπόσιο  
Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας  
8-9 Δεκεμβρίου 2001, Λάρισα

Η ομιλία αναφέρεται στη δημιουργία τερηδόνας μετά από παρατεταμένο τεχνητό (με μπιμπερόν) ή σπάνια μητρικό θηλασμό, ή χρήση πιπίλας με μέλι ή ζάχαρη. Εξετάζονται οι επιμέρους παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία τερηδόνας. Το βακτήριο, που περισσότερο έχει συσχετιστεί με τη βλάβη, είναι ο *S. mutans*, που μεταβιβάζεται σε ενόδοντα μόνο βρέφη από το περιβάλλον και κυρίως από την μητέρα μέσω του σάλιου της. Οι ζυμώσιμοι υδατάνθρακες μπορεί να είναι μέλι ή ζάχαρη, που βρίσκονται στο γάλα, στα αφεψήματα, στους χυμούς, στα αναψυκτικά κ.ά., τα οποία και χορηγούνται με το μπιμπερόν. Ακόμα και το μητρικό γάλα ή το κονιοποιημένο γάλα χωρίς προσθήκη ζάχαρης, που θεωρούνται ως μη τερηδονογόνα, αν χρησιμοποιούνται για μεγάλα χρονικά διαστήματα και ειδικά κατά τη διάρκεια του νυχτερινού ύπνου, μπορεί να δημιουργήσουν τις προϋποθέσεις για εμφάνιση εκτεταμένης τερηδόνας. Κοινό

χαρακτηριστικό των παιδιών με τερηδόνα στη βρεφική και νηπιακή ηλικία είναι ο κατά βούληση θηλασμός στη διάρκεια της νύχτας.

Ο επιπολασμός της παθολογικής αυτής κατάστασης υπολογίζεται σε 5% περίπου, σε χώρες με δυτικό τρόπο ζωής. Πρόληψη της τερηδόνας στη βρεφική και νηπιακή ηλικία μπορεί να επιτευχθεί με ενημερωτικά προγράμματα σχεδιασμένα για μέλλοντες και νέους γονείς. Με τη συνεργασία γυναικολόγων, παιδιάτρων και παιδοδοντιάτρων/οδοντιάτρων, οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν στο πώς να τρέφουν σωστά τα παιδιά τους και να ξεκινούν τον απογαλακτισμό από τον 6ο μήνα και να τον ολοκληρώνουν μετά τη συμπλήρωση του 1ου έτους της ζωής του παιδιού. Η χρήση φθορίου και των άλλων προληπτικών μέτρων είναι απαραίτητη από τη ανατολή του πρώτου δοντιού.

Η θεραπεία της τερηδόνας μετά από παρατεταμένο θηλασμό εξαρτάται από την έκταση της βλάβης. Σε πολύ αρχικά στάδια η χρήση προληπτικών μέτρων από τον οδοντίατρο και τους γονείς μπορεί να αναχαιτίσει την εξέλιξη της βλάβης. Επειδή, συνήθως, οι βλάβες είναι εκτεταμένες και προχωρημένου βαθμού, τα πρόσθια δόντια αποκαθίστανται με υλικά αισθητικών αποκαταστάσεων, ενώ τα οπίσθια με εμφράξεις ή ανοξείδωτες στεφάνες όταν η βλάβη είναι εκτεταμένη. Πολύ συχνά, για την αποκατάσταση των δοντιών, απαιτείται ενδοδοντική θεραπεία ή και εξαγωγή. Σε περίπτωση εξαγωγών, για τη διατήρηση του χώρου στην περιοχή των πίσω κυρίων δοντιών, συνιστάται η τοποθέτηση μηχανημάτων διατήρησης χώρου. Η συστηματική εφαρμογή προληπτικών μέτρων και μετά τη θεραπεία είναι απαραίτητη για την ουσιαστική εξασφάλιση της υγείας των δοντιών του παιδιού.

Επιλογή από τη Βιβλιογραφία:

Λ. Παπαγιαννούλη "Τερηδόνα στη βρεφική και νηπιακή ηλικία", Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά, 37: 157-166, 1993.

## SUMMARY

### Nursing Caries.

*L. Papagiannoulis*

Professor of Paediatric Dentistry, University of Athens,  
Greece

Speech presented at the 2nd Symposium of the  
Thessalian Stomatologic Society,  
December 8 - 9, 2001, Larissa, Greece.  
*Odontostomatologic News*, Vol. 2, No 4-6.

The clinical features, aetiology, prevalence, prevention and treatment of nursing caries are presented.

The clinical appearance is characterized of carious lesions of the upper incisors and upper and lower molars, with the lower incisors usually intact. The most common microorganism associated with nursing caries is *S. mutans* which is inoculated to the child by the saliva of the parents, usually the mother. The preventive measures include the use of fluorides both systemic and topical, sealants, proper tooth cleaning and regular visits to the dentists. In incipient lesions the above described preventive measures are the appropriate treatment but when the lesions are extensive, the treatment changes from simple fillings to pedodontic full crown restorations.

## Παρελθόν, παρόν και μέλλον της Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος.

Νίκος Δ. Σπυρόπουλος

Καθηγητής Οδοντιατρικής Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Περίληψη ομιλίας στο Β' Συμπόσιο Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας

8-9 Δεκεμβρίου 2001, Λάρισα

Η Διαγνωστική και Ακτινολογία του Στόματος διαμορφώθηκε ως μονάδα Ακαδημαϊκής Εκπαίδευσης, με την σημερινή περίπου μορφή της, πριν από 50 περίπου χρόνια στα Αμερικανικά Πανεπιστήμια και κυρίως στο Πανεπιστήμιο του Michigan.

Η Διαγνωστική των νόσων του Στόματος θα μπορούσε, ιστορικά, να υποστηριχθεί ότι έχει τις ρίζες του στον Ιπποκράτη, όπως άλλωστε η Διαγνωστική σχεδόν όλων των ιατρικών προβλημάτων.

Η Ακτινολογία και η Ακτινοδιαγνωστική του Στόματος, μετά από την ανακάλυψη των ακτίνων X από τον Wilhelm Konrad Roentgen, το 1895, συμπεριελήφθη, σταδιακά, στη διαδικασία της καθημερινής διαγνωσης με τη μορφή, αρχικά, της οπισθοφατνιακής ακτινογραφίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι, τον Φεβρουάριο του 1896, ο Αμερικανός Οδοντιατρος Edmund Kells έκανε την πρώτη λήψη ενδοστοματικού ακτινογραφήματος, αφού πρώτα σχεδίασε ο ίδιος το πρώτο

οδοντιατρικό ακτινογραφικό μηχάνημα. Έτσι δίκαια, ο Kells θεωρείται ο Πατέρας της σύγχρονης Οδοντιατρικής Ακτινολογίας. Ο ίδιος πλήρωσε με τη ζωή του τις βλαπτικές επιδράσεις των ακτινών X (καρκίνο στα δάκτυλα, πολλές εγγειρήσεις, ακρωτηριασμός). Αυτοκτόνησε το 1928, σε ηλικία 72 ετών.

Τα τελευταία 50-60 χρόνια εισέβαλαν, δυναμικά, διάφορες εξωστοματικές τεχνικές, με κυρίαρχη θέση στη Διαγνωστική και Ακτινολογία του Στόματος, αυτή της Πανοραμικής Ακτινογραφίας. Επομένως, η Οδοντιατρική Ακτινολογία θα μπορούσε να διακριθεί, σε ότι έχει σχέση με τη χρονολογική της αλλά και την ποιοτική της εξέλιξη, σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

**α.** Την περίοδο της Κλασικής Ακτινολογίας, που περιλαμβάνει τις ενδοστοματικές κυρίως ακτινογραφίες και αρχίζει το 1895, με τον Kells.

**β.** Την περίοδο της Πανοραμικής Ακτινογραφίας, με βάση την τεχνική της τομογραφίας, που αρχίζει το 1933, με τον Ιάπωνα Hisaturu και το 1940, με τον Φινλανδό Yrjo Vali Paatero, και

**γ.** Την σύγχρονη περίοδο, που περιλαμβάνει την επέκταση της συμβατικής τομογραφίας και εφαρμόζεται σε τομογραφική εξέταση των κροταφογναθικών διαφράσεων, των γνάθων σε εγκάρσιο επίπεδο, των οστικών μορίων του σπλαχνικού κυρίως κρανίου, το σπινθηρογράφημα, την αξονική τομογραφία, τη μαγνητική τομογραφία, τη τρισδιάστατη αξονική τομογραφία, την υπερηχοτομογραφία, τη ξηροακτινογραφία, τη ψηφιακή ακτινογραφία κ.ο.κ.

Στη σύντομη αυτή ανακοίνωση, εκτός από την ιστορική αναδρομή και την περιγραφή της σύγχρονης διαγνωστικής και ακτινολογίας του στόματος, θα γίνει μια προσπάθεια να διατυπωθούν κάποιες σκέψεις για το μέλλον του κλάδου αυτού της επιστήμης μας, όπως προκύπτουν τόσο από τις τάσεις της σύγχρονης έρευνας στον τομέα αυτό, όσο και από την ανθρώπινη λογική.

### SUMMARY

Past, Present and Future of Oral Diagnosis and Oral Radiology.

N. D. Spyropoulos

Professor of Oral Diagnosis and Oral Radiology,  
University of Athens, Greece

Speech presented at the 2nd Symposium of the  
Thessalian Stomatologic Society,  
December 8 - 9, 2001, Larissa, Greece.  
*Odontostomatologic News*, Vol. 2, No 4-6.

Oral Diagnosis was developed as a scientific specialty of Dentistry 50 years ago in American Universities. Moreover oral diagnosis has its historical roots from Hippocrates.

Oral Radiology is divided into three main historical periods: a. the classic period of Radiology (periapical radiographs) that began in 1895 with doctor Kells, b. the period of the panoramic X-ray that began in 1933 with the Japanese doctor Hisaturu and the Finish doctor Yrjo Vali Paatero in 1940 and c. the contemporary period that includes tomographic techniques, ultrasound techniques, nuclear radiologic techniques, computerized digital techniques etc.

Based on scientific retrospection an attempt will be made to present our thoughts for the future development of Oral Diagnosis and Oral Radiology.

## Ο ρόλος του Οδοντιάτρου στην πρόληψη του καρκίνου του στόματος.

**Σ. Παπανικολάου**

Καθηγητής Στοματολογίας  
Πανεπιστημίου Αθηνών

Περίληψη ομιλίας στο Β' Συμπόσιο  
Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας  
8-9 Δεκεμβρίου 2001, Λάρισα

Η πρόγνωση του καρκίνου του στόματος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες αλλά, γενικά, θεωρείται βαριά. Ο μόνος τρόπος αποτελεσματικής αντιμετώπισης του καρκίνου του στόματος είναι η πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη προϋποθέτει επαρκή γνώση των αιτίων και της παθογένειας της νόσου, αλλά κυρίως τη δυνατότητα ελέγχου των καρκινιγόνων παραγόντων, όπως είναι το κάπνισμα κ.ά., ώστε να αποτραπεί η εμφάνιση του καρκίνου. Η πρωτογενής, όμως, πρόληψη του καρκίνου έχει περιορισμένες δυνατότητες επιτυχίας διότι προϋποθέτει αλλαγή σε βαθιά ριζώμενες διατροφικές και κοινωνικές συνήθειες. Άλλοτε, πάλι, δεν είναι δυνατόν να εντοπιστούν τα αίτια του προβλήματος. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, η προσπάθεια αντιμετώπισης του καρκίνου μετατίθεται στη δευτερογενή πρόληψη, στην πρώιμη, δηλαδή, διάγνωση των νεοπλασματικών βλαβών.

Πρώιμη είναι μια καρκινική βλάβη εβδομάδες ή μήνες από την εμφάνισή της, αλλά κυρίως όταν εμφανίζει μικρές διαστάσεις. Για τον ακριβέστερο προσδιορισμό των εννοιών αυτών και τη δυνατότητα επικοινωνίας των ειδικών ιατρών, που ασχολούνται με τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου, έχει σχεδιαστεί ένα σχήμα σταδιοποίησης των καρκινικών βλαβών το οποίο στηρίζεται στις διαστάσεις της βλάβης και στο αν έχει δώσει μεταστάσεις ή όχι.

Όταν η μεγαλύτερη διάμετρος μιας καρκινικής βλάβης στο βλεννογόνο του στόματος ή στα χείλη φτάνει στο ένα ή ενάμισυ εκατοστό, χωρίς σύστοιχους λεμφαδένες, η βλάβη αυτή εντάσσεται στο στάδιο I. Τα καρκινώματα του στόματος στο στάδιο αυτό συνήθως είναι ασυμπτωματικά. Αυτός είναι ένας λόγος για τον οποίο οι ασθενείς δεν ζητούν, ευθύς εξ αρχής, ιατρική βοήθεια και αφήνουν τον καρκίνο να προχωρεί ανενόχλητος. Σε ποσοστό 60% περίπου των ασθενών με καρκινώματα του στόματος, η διάγνωση γίνεται σε προχωρημένο στάδιο. Όταν δηλαδή η μεγαλύτερη διάμετρος της βλάβης ξεπερνάει τα τριάμισυ εκατοστά και συχνά συνοδεύεται από διογκωμένους σύστοιχους λεμφαδένες. Στις περιπτώσεις αυτές, η επιβίωση των ασθενών επιβαρύνεται σημαντικά και κάθε θεραπευτική προσπάθεια αποβαίνει αλυσιτελής.

Ο οδοντίατρος όμως, που αντιμετωπίζει καθημερινώς ασθενείς με οδοντοστοματολογικά προβλήματα, άσχετα βεβαίως με το καρκίνωμα, έχει πολλές πιθανότητες να διαγνώσει πρώτος και συχνά τυχαία, σε ανύποπτους ασθενείς, μία προκαρκινική βλάβη ή ένα αρχόμενο καρκίνωμα. Με την παραπομπή των ασθενών αυτών για θεραπεία, συμβάλλει αποφασιστικά στην επιβίωση του ασθενή και προσφέρει σημαντικές υπηρεσίες στη δημόσια υγεία.

Εκτός από την πρώιμη διάγνωση, ο ρόλος του οδοντιάτρου είναι σημαντικός και στην προετοιμασία του ασθενούς για τη θεραπεία. Πρέπει, επίσης, να επισημανθεί ότι και στην διάρκεια ή και μετά τη θεραπευτική αγωγή, ο οδοντίατρος μπορεί να συμβάλλει στην ευόδωση της θεραπείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

### ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bosatra A, Bussani R, Silvestri F.: From epithelial dysplasie to HSCCa in the headand neck region. Acta Otolaryngol Suppl 527: 47, 1997.
2. Παπανικολάου Σ.: Προκαρκινικές βλάβες και καρκινώματα του στόματος. Πρόσδοι Ιατρικής Επιστήμης 6: 153, 1993.

**SUMMARY****The dentist's role in the prevention of oral cancer.****S. Papanicolaou***Professor of Oral Medicine and Oral Pathology,  
University of Athens, Greece*

Speech presented at the 2nd Symposium of the  
Thessalian Stomatologic Society,  
December 8 - 9, 2001, Larissa, Greece.  
*Odontostomatologic News, Vol. 2, No 4-6.*

When discussing primary prevention of oral cancer , we may refer to avoidance of smoking and certain diet conditions. Regarding secondary prevention, we refer to the early diagnosis of the cancerous lesions. An early cancerous lesion is characterized by small dimensions and has usually been present for weeks or months.

More specifically, if the lesion of the oral cavity is less than 1 or 1.5 cms and the glands are not palpable it is considered that the lesion is in the early stages. If the lesion is greater than 3.5 cms and the glands are palpable, then we are in the later stages. Diagnosis by the dentist at an early stage will help in the survival of the patient.

## **Η ορθοδοντική στην υπερεσία της καθημερινής άσκησης σε παιδιά και ενήλικες.**

Ηλίας Μπιτσάνης

Επίκ. Καθηγητής Ορθοδοντικής  
Πανεπιστημίου Αθηνών

Περίληψη ομιλίας στο Β' Συμπόσιο  
Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας  
8-9 Δεκεμβρίου 2001, Λάρισα

Ο οδοντίατρος παρουσιάζει την ιδιαιτερότητα, από όλους τους λειτουργούς υγείας της πρωτοβάθμιας περιθαλψης, να έρχεται σε επαφή με το σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως ηλικίας ή φύλου, προκειμένου να τους παράσχει την αναγκαία φροντίδα

στα προβλήματα του στοματογναθικού τους συστήματος. Ακριβώς όμως, γι' αυτό τον λόγο, έχει την ευθύνη αλλά και την υποχρέωση να αναγνωρίζει τα ορθοδοντικά προβλήματα που υπάρχουν τόσο στην παιδική όσο και στην ώριμη ηλικία των ασθενών που επισκέπτονται το ιατρείο του. Η συμβολή του στην διάγνωσή τους, αλλά και στην αντιμετώπισή τους, είναι καθοριστική.

Υπάρχουν ορθοδοντικά προβλήματα αυξημένης βαρύτητας, όπως είναι τα σκελετικά προβλήματα που υπάρχουν ή δημιουργούνται στη παιδική ηλικία και τα οποία, εάν αφεθούν αδιάγνωστα ή αθεράπευτα, μπορεί να δημιουργήσουν ολόκληρη αλυσίδα προβλημάτων, τόσο αισθητά όσο και λειτουργικά. Έτσι, ο θηλασμός του δακτύλου, για παράδειγμα, είναι μια απλή αλλά και συχνή συνήθεια, η οποία όμως, σε κατάλληλο σκελετικό υπόστρωμα, είναι δυνατόν να δημιουργήσει προγναθισμό της άνω γνάθου, χασμοδοντία, στενότητα της άνω γνάθου, σταυροειδείς συγκλίσεις και, ενδεχομένως, ακόμη και ασυμμετρία προσώπου κατά το εγκάρσιο επίπεδο.

Η σκελετική ανωμαλία II τάξεως κατά Angle, που οφείλεται σε μικρογναθία της κάτω γνάθου, είναι δυνατόν, εάν παραμείνει αδιάγνωστη και αθεράπευτη, εκτός των άλλων προβλημάτων που μπορεί να προκαλέσει, να είναι και προδιαθεσικός παράγοντας για μελλοντική εμφάνιση της άπνοιας του ύπνου.

Η σκελετική ανωμαλία III τάξεως κατά Angle, που συνοδεύεται και από αυξημένη κατακόρυφη πρόταξη, με την πάροδο του χρόνου προκαλεί και υπέρμετρη γλωσσική αποτριβή των κάτω προσθίων δοντιών ή και χειλική αποτριβή των άνω προσθίων δοντιών. Επίσης, προσθετική αποκατάσταση σε τέτοιους ασθενείς είναι δύσκολη και απαιτεί ιδιαίτερη φροντίδα και προσοχή. Η χασμοδοντία, και μάλιστα η σκελετικής αιτιολογίας, πολλές φορές προκαλεί προβλήματα δυσαρθρίας σε μικρή ηλικία, ενώ στους ενήλικες είναι προδιαθεσικός παράγοντας αυξημένης βαρύτητας για δημιουργία προβλημάτων από την κροταφογναθική διάρθρωση.

Όσον αφορά τα οδοντικά προβλήματα, η πρόωρη απώλεια νεογιλών δοντιών, κυρίως λόγω τερηδονισμού ή αγκύλωσή τους, τα υπεράριθμα ή συγγενώς ελλείποντα δόντια προκαλούν σημαντικότατα προβλήματα στην φυσιολογική εξέλιξη της οδοντοφυΐας. Έτσι, είναι δυνατόν, λόγω της πρόωρης απώλειας νεογιλών δοντιών να χαθεί πολύτιμος χώρος για την διευθέτηση των διαδόχων τους μόνιμων δοντιών, με αποτέλεσμα τον συνωστισμό τους. Η κατάσταση αυτή θα μπορούσε πολύ εύκολα να προληφθεί με τοποθέ-

τηση κάποιου μηχανήματος διατηρήσεως χώρου, κινητού ή ακινήτου, από τον γενικό οδοντίατρο.

Συχνό, επίσης, πρόβλημα είναι και η αγκύλωση νεογιλών δοντιών με συχνότητα 5-10% στην παιδική ηλικία. Η έγκαιρη αναγνώριση της αγκύλωσης νεογιλών δοντιών είναι αναγκαία προκειμένου να γίνει εξαγωγή των δοντιών αυτών την κατάλληλη χρονική περίοδο, για να αποτραπεί η ενδεχόμενη δευτερογενής αγκύλωσή τους ή και η διαταραχή της ανατολής των διαδόχων τους μόνιμων δοντιών.

Τα υπεράριθμα δόντια, αναλόγως του αριθμού και της θέσης τους, προκαλούν προβλήματα χώρου στα παρακείμενά τους δόντια ή και σε ολόκληρο τον οδοντικό φραγμό.

Τα συγγενώς ελλείποντα, με κυριότερο εκπρόσωπο τους πλάγιους τομείς της άνω γνάθου, είναι αφ' ενός συχνό εύρημα και αφ' ετέρου παρουσιάζουν πρόβλημα προσθετικής αποκατάστασης σε μεγαλύτερη ηλικία εάν δεν προηγηθεί ορθοδοντική τους μετακίνηση.

Ξέρουμε, επίσης, ότι μόνιμα δόντια, που έχουν εξαχθεί ή χαθεί για διάφορους λόγους, πρέπει να αποκαθίστανται προσθετικώς. Εάν δεν συμβεί αυτό εγκαρφως, έχουμε διαταραχές των παρακείμενών τους, αλλά και των ανταγωνιστών τους και, προκειμένου να προβούμε σε τοπιθέτηση προσθετικής εργασίας, πρέπει προηγουμένως να γίνει ορθοδοντική τους μετακίνηση.

Τέλος, μια –ολοένα και συχνότερα αυξανόμενη– ομάδα ασθενών με συγκλεισιακά προβλήματα είναι οι ασθενείς με περιοδοντικά προβλήματα. Σ' αυτούς είναι δυνατόν, μολονότι η οστική στήριξη των δοντιών τους δεν είναι ιδανική, με την κατάλληλη εκβιομηχανική τεχνική να γίνει μετακίνησή τους και κατόπιν ακινητοποίησή τους στην καινούργια πολειτουργική και αισθητική τους θέση.

## ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Panchez H., Fackel V.: The skeletofacial growth pattern pre and post-dentofacial orthopedics, Eur J Orthod 12: 209-218, 1990.
- Ishii H., Morita S., Takeuchi Y., Nakamura S.: Treatment effect of combined maxillary protraction and chincap appliance in severe skeletal class III cases, Am J Orthod Dentofacial Orthop 92: 304-312, 1987.
- Bell R., Lecompte E.: The effects of maxillary expansion using a quad helix appliance during the deciduous and mixed dentitions. Am J Orthod 79: 152-161, 1981.
- Christensen J.C., Fields H.W.: Space maintenance in the primary dentition. In Pinkham J.R., editor: Pediatric Dentistry, WB Saunders, Philadelphia, 1988.

- Boyd R.L., Leggott P.J., Quinn R.S. et al: Periodontal implications of orthodontic treatment in adults with reduced or normal periodontal tissues versus those of adolescents. Am J Orthod Dentofacial Orthop 96: 191-198, 1988.
- Μ. Σπυροπούλου: Βασικές αρχές ορθοδοντικής. Εκδόσεις Βήτα Medical, Αθήνα, 2000.

## SUMMARY

**Orthodontics in everyday practice for children and adults.**

**E. Bitsanis**

Assistant Professor of Orthodontics, University of Athens, Greece.

Speech presented at the 2nd Symposium of the Thessalian Stomatologic Society, December 8 - 9, 2001, Larissa, Greece.  
Odontostomatologic News, Vol. 2, No 4-6.

Different skeletal and dentoalveolar orthodontic problems are discussed. It is demonstrated how undiagnosed and untreated class II and class III cases result in different sets of problems.

Orthodontic problems arising from early loss of deciduous teeth, ankylosis of deciduous teeth, supernumerary teeth or hereditarily missing teeth are also presented. Loss of permanent teeth may lead to several orthodontic and prosthetic problems if not replaced immediately.

## **2nd Symposium of the Thessalian Stomatologic Society**

**December 8 - 9, 2001, Larissa, Greece**

### **► Saturday, December 8, 2001**

#### **Prevention in Dentistry**

Th. Athanassouli,	<i>Professor of Preventive Dentistry, University of Athens</i>
S. Dalampiras,	<i>Assistant Professor of Maxillofacial Surgery, University of Thessaloniki</i>
E. Bitsanis,	<i>Assistant Professor of Orthodontics, University of Athens</i>
L. Papagiannoulis,	<i>Professor of Paediatric Dentistry, University of Athens</i>
S. Papanicolaou,	<i>Professor of Oral Medicine and Oral Pathology, University of Athens</i>
N. D. Spyropoulos,	<i>Professor of Oral Diagnosis and Oral Radiology, University of Athens</i>
M. N. Spyropoulos,	<i>Professor of Orthodontics, University of Athens</i>

### **► Sunday, December 9, 2001**

Medical School Amphitheater, University of Thessaly

#### **Round Table Discussion**

Theme: "Oral manifestations in rheumatic, infectious and autoimmune skin diseases".

#### **Speakers:**

Angeliki-Victoria Roussaki,	<i>Associate Professor, Medical School, University of Thessaly</i>
Thomas Tsikrikas,	<i>Associate Professor, Medical School, University of Thessaly</i>
Lazaros Sakkas,	<i>Assistant Professor, Medical School, University of Thessaly</i>