

# Οδοντιατρικά NEA



www.nkdentalcy.com

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ - ΚΕΡΥΝΕΙΑΣ

Τεύχος 6 - Μάιος 2012



ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ  
ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ. ΠΟΤΕ  
ΣΥΣΤΗΝΕΤΑΙ.

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ  
ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

**ΑΠΟΣΥΡΣΗ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΑΣ  
ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΟΣ ΜΕΧΡΙ €2000!**

**TRITON ΑΠΟ €12.950  
+ ΔΩΡΟ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΑΞΙΑΣ €1000**

**TRITON<sup>+</sup>  
PLUS**



**3M ESPE FILTEK Z550** ΝΕΟ ΠΡΟΪΟΝ

Νανοϋβριδική ρητίνη γενικών αποκαταστάσεων.  
(Εξέλιξη της Filtek 2250 με τεχνολογία Nanofillers)

Η ΣΥΡΙΓΓΑ 4GR.:  
€33.00

Αποχρώσεις:  
A1, A2, A3, A3.5, A4, B1, B2, B3, C2, D3, OA2, OA3.

Με την αγορά  
συριγγών Z550

**ΔΩΡΟ**

ADPER SINGLE BOND 2  
αξιας €46.90



**ΔΩΡΟ**

+



## Σας Ευχαριστούμε!

Εκφράζουμε ιδιαίτερες ευχαριστίες στους οδοντίατρους οι οποίοι δείχνουν προτίμηση στα προϊόντα μας και υποσχόμαστε ότι θα εξακολουθήσουμε να προσφέρουμε υψηλής ποιότητας προϊόντα και υπηρεσίες σε συμφέρουσες τιμές.

Κάντε τη σωστή κίνηση!



**SAMERON LTD**  
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ  
[www.sameron.org](http://www.sameron.org)  
ΤΗΛΕΦΟΝΟ: 22429890

Οι τιμές δεν περιλαμβάνουν Φ.Π.Α.

# Editorial

ΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



## EDITORIAL

**ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ Νεόφυτος Δημητριάδης ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ. ΠΟΤΕ ΣΥΣΤΗΝΕΤΑΙ.**  
Νίκος Χριστοδουλίδης

**ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ** Βάσια Στράντζαλη  
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

### ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ - ΚΕΡΥΝΕΙΑΣ

[www.nkdentalcy.com](http://www.nkdentalcy.com)

**Διοικητικό Συμβούλιο:** Μόρφω Κουρουκλάρη, Νίκος Χριστοδουλίδης, Γιώργος Παμπορίδης, Κυριάκος Λιβέρδος, Στέιση Παπαποστόλου.

**Επιστημονική Επιτροπή:** Κυριάκος Λιβέρδος, Νίκος Χριστοδουλίδης, Αλέξης Λοιζίδης, Ελένη Παντελίδη, Λουκία Χατζηπέτρου, Ηλιάνα Σταυρινίδη, Δημήτρης Ηλιόπουλος, Χριστίανα Κωνσταντίνου, Στέιση Παπαποστόλου.

**Επανγελματική Επιτροπή:** Νίκος Χριστοδουλίδης, Γιώργος Παμπορίδης, Ανδρέας Λοιζού, Σύλβα Περδίου, Αθηνά Δράκου, Σοφοκλής Βογιαζής.

**ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ - ΣΥΝΤΑΞΗ:** Οδοντιατρικός Σύλλογος Λευκωσίας - Κερύνειας  
• ΔΙΕΥΘΥΝΗ : 28ης Οκτωβρίου 1, Έγκωμη Business Center, Μητόκ Β, Διαμ. 205, 2414 Έγκωμη, Ταχ. Κυβ. 27898, 2434, Έγκωμη, Λευκωσία • ΤΗΛΕΦΩΝΟ : 22 819 819, 22 819 820 • ΦΑΞ : 22 819 815  
• ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ : [info@nkdentalcy.com](mailto:info@nkdentalcy.com) • ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ : [www.oh-mypixel.com](http://www.oh-mypixel.com) T.99697811

Αγαπητές/οι συνάδελφοι,

Έχετε στα χέρια σας το 6ο τεύχος των Οδοντιατρικών Νέων. Παρόλες τις δυσκολίες που υπάρχουν προσπαθούμε να διατηρήσουμε ενεργή την έκδοση αυτή γιατί μας δίνει την δυνατότητα να επικοινωνούμε και να ενημερώνόμαστε για τα τρέχοντα.

Στο τεύχος αυτό συζητούμε πότε συστήνεται η περιοδοντική χειρουργική αντιμετώπιση, ποια είναι η σωστή προσέγγιση των οδοντογενών λοιμώξεων καθώς και ποιές αλλαγές επιφέρει η εγκυμοσύνη στην περιοδοντική υγεία.

Στον Σύλλογο, με μια ολιστική αντίληψη για την υγεία, προσπαθούμε να επαναπροσδιορίσουμε τον ρόλο του οδοντίατρου έτσι ώστε:

Να είναι προσανατολισμένος προς την πρόληψη και να την ασκεί σε όλα τα επίπεδα

Να έχει άριστες επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις και να ενημερώνεται συνεχώς για τις νέες επιπεδές και τεχνολογίες της οδοντιατρικής επιστήμης

Να είναι σε θέση να γνωρίζει όλους εκείνους τους παράγοντες (βιολογικούς, περιβαλλοντικούς, κοινωνικούς, πολιτιστικούς, συμπεριφοράς κ.ά.) που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη στοματική υγεία των ατόμων

Να έχει κοινωνική ευαισθησία

Οι εκδηλώσεις και οι εκδόσεις μας είναι προσανατολισμένες σε αυτή την πολιτική.

Ενθαρρύνουμε τον ανοικτό διάλογο και σας καλούμε συνάδελφοι να αποστέλετε τις απόψεις και τα σχόλια σας για το περιοδικό αλλά και ιδέες για θέματα που σας ενδιαφέρουν και θα θέλατε να δημοσιευθούν σε επόμενες εκδόσεις των Οδοντιατρικών Νέων. Στείλτε την επικοινωνία σας ταχυδρομικώς στη διεύθυνση του Οδοντιατρικού Συλλόγου Λευκωσίας - Κερύνειας ή μέσω e-mail στο [info@nkdentalcy.com](mailto:info@nkdentalcy.com).

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Μόρφω Κουρουκλάρη

**Πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου  
Λευκωσίας - Κερύνειας**



# ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Νεόφυτος Δημητριάδης, Στοματογναθοπροσωποχειρουργός

Οι οδοντογενείς λοιμώξεις, είναι η πιο διαδεδομένη νόσος σε όλο τον κόσμο και είναι η κύρια αιτία για την αναζήτηση οδοντιατρικής περιθαλψης.

Οι πιο συχνές οδοντογενείς λοιμώξεις, προέρχονται από ακρορριζικά αποστήματα (25%), περιστεφανίτιδες (11%) και περιοδοντική νόσο (7%). Η συχνότητα των οδοντογενών λοιμώξεων, καθώς και η σημασία τους ως μείζον πρόβλημα υγείας, μπορεί να διαπιστωθεί από το γεγονός ότι 12% των συνταγογραφούμενων αντιβιοτικών, χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία οδοντογενών λοιμώξεων.

## Αιτιολογία των οδοντογενών λοιμώξεων

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει το οδοντικό βιοφίλμ, ως αιτιολογικό παράγοντα των οδοντογενών λοιμώξεων, ορίζοντας το ως συμβιωτικό οικοσύστημα πολλαπλασιαζόμενων βακτηρίων και ενζύμων. Μετά τον τοκετό αρχίζει μια διαδικασία βακτηριακού εποικισμού της στοματικής κοιλότητας του βρέφους, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη μιας πρωταρχικής κοινότητας βακτηρίων, με επικρατέστερες κυρίως τις gram+ θετικές, τυχαίες, gram- αρνητικές και αναερόβιες βακτηριακές μονάδες. Το 1992, ο Socransky τροποποιώντας τα αξιώματα του Koch, θέσπισε τα κριτήρια για τον εντοπισμό περιοδοντικών παθογόνων(3). Στην μελέτη του οδοντικού βιοφίλμ, χρησιμοποιώντας τεχνικές υβριδισμού DNA, κατόρθωσε να ανιχνεύσει συγκεκριμένα παθογόνα βακτήρια και να αποδείξει τον απόλυτο συσχετισμό

στοματική κοιλότητα (ηλικία έξι μηνών), διαφοροποιεί το στοματικό βακτηριακό οικοσύστημα, με αποτέλεσμα την επικράτηση των *S. sanguis* και *S. Mutans*.

Εκτιμάται ότι πάνω από 700 είδη βακτηρίων μπορούν αν αποκίσουν το στόμα, 400 εκ των οποίων, συνήθως αποκίζουν την υποσυλική περιοχή. Η μετεξέλιξη του βακτηριακού βιοφίλμ, είναι μια διαδικασία βακτηριακής αυτογενούς διαδοχής, που βασίζεται στις βακτηριακές αλληλεπιδράσεις της φυσικής επαφής, την μεταβολική ανταλλαγή, την επικοινωνία και τη γενετική ανταλλαγή υλικού μεταξύ των βακτηρίων(2).

Οι οδοντογενείς λοιμώξεις είναι κατά το πλείστον πολυμικροβιακές και συνιστούν το αποτέλεσμα της «ωρίμανσης» του βακτηριακού βιοφίλμ, που συντελείται από την ένωση των διαφορετικών βακτηριακών μορφοτύπων και την αύξηση της βακτηριακής ποικιλομορφίας, με επικρατέστερες κυρίως τις gram+ θετικές, τυχαίες, gram- αρνητικές και αναερόβιες βακτηριακές μονάδες. Το 1992, ο Socransky τροποποιώντας τα αξιώματα του Koch, θέσπισε τα κριτήρια για τον εντοπισμό περιοδοντικών παθογόνων(3). Στην μελέτη του οδοντικού βιοφίλμ, χρησιμοποιώντας τεχνικές υβριδισμού DNA, κατόρθωσε να ανιχνεύσει συγκεκριμένα παθογόνα βακτήρια και να αποδείξει τον απόλυτο συσχετισμό

τους με την υγεία ή την ασθένεια. Ο A. Actinomycetemcomitans, βρέθηκε να είναι ένα από τα βασικά περιοδοντικά παθογόνα. Επιπλέον το *Fusobacterium nucleatum*, ανεβρέθηκε να είναι κεντρικό δομικό συστατικό του οδοντικού βιοφίλμ, λόγω της ικανότητάς του να συγκολλάται και να συμβιώνει, με μη παθογόνα βακτήρια, καθώς και με περιοδοντικά παθογόνα, μετατρέποντας το βακτηριακό βιοφίλμ, από μη παθογόνο σε παθογόνο, δημιουργώντας συνθήκες οδοντογενούς λοιμωξης.

## Παθολογία των οδοντογενών λοιμώξεων

Το υπερβολικό οδοντικό βιοφίλμ, αποτελείται από gram + θετικά σακχαρολυτικά βακτήρια, τα οποία μεταβολίζουν τα σάκχαρα των τροφών.

Από την μεταβολική τους δραστηριότητα παράγονται οξέα, ικανά να αποσυνθέτουν την αδαμαντίνη των δοντιών, διευκολύνοντας την διείσδυση των βακτηριακών παθογόνων του οδοντικού βιοφίλμ, στην οδοντίνη και τον οδοντικό πολφό. Το υποϊκό? περιβάλλον των εσωτερικών οδοντικών ιστών, μεταλλάσσει το βακτηριακό οικοσύστημα σε αμιγώς αναερόβιο, με επακόλουθη διασπορά gram- αρνητικών αναερόβιων και πρωτεολυτικών βακτηρίων, (λοιμογόνοι παράγοντες), στους εσωτερικούς οδοντικούς χώρους και στους περια-

κρορριζικούς ιστούς, μέσω των ακροριζικών τρημάτων των δοντιών(3,4).

Η ανοσολογική απάντηση του οργανισμού στο πιο πάνω παθολογικό ερέθισμα, συνήθως εκδηλώνεται με πολλαπλασιασμό και συσσώρευση των ουδετερόφιλων, οδηγώντας στη δημιουργία περιακρορριζικού αποστήματος. Φυσικά, στην περίπτωση όπου η ανοσολογική απάντηση του οργανισμού, διαμεσολαβείτε από μακροφάγα και T – κύτταρα, ευνοείται η ανάπτυξη περιακρορριζικού κοκκιώματος, το οποίο χαρακτηρίζεται περισσότερο από αναδιοργάνωση ιστών και όχι από την καταστροφή ιστών, όπως συμβαίνει στην περίπτωση του περιακρορριζικού αποστήματος.

## Διάγνωση των οδοντογενών λοιμώξεων

Είναι θεμελιώδους σημασίας, ο κλινικός να διαγνώσει την προέλευση της οδοντογενούς λοιμώξης, προκειμένου να θεραπεύσει την νόσο. Το αίτιο της λοιμώξης, πρέπει να εντοπιστεί, ώστε να καθίσταται δυνατή η αντιμετώπισή της. Σαφώς, διεξοδική κλινική εξέταση, σε συνδυασμό με ακτινογραφικό έλεγχο και τεστ ζωτικότητας του οδοντικού πολφού, είναι αναγκαία διαγνωστικά μέσα, στην διερεύνηση κάθε λοιμώξης οδοντογενούς προέλευσης.

Η συμπτωματολογία και η κλινική εικόνα του ασθενούς, μπορούν τις περισσότερες φορές, να δώσουν σημαντικές πληροφορίες και να καθορίσουν το αίτιο της λοιμώξης. Δυστυχώς, οι οδοντογενείς λοιμώξεις εμφανίζονται πολλές φορές και χωρίς κλινικά συμπτώματα, (πχ απόστημα με συρίγγιο) ή μπορούν να εκδηλώνονται με συμπτώματα σε γειτνιάζουσες περιοχές.

Η χρήση ακτινογραφικής απεικόνισης, είναι καθοριστικής σημασίας στην διαγνωστική προσέγγιση των οδοντογενών λοιμώξεων, παρέχοντας σημαντικές πληροφορίες, για τον εντοπισμό και το είδος της λοιμώξης.

Δυστυχώς και η ακτινογραφική εξέταση έχει τους δικούς της περιορισμούς, όπως αδυναμία τρισδιάστατης απεικόνισης του χώρου, αδυναμία εντοπισμού αρχόμενων λοιμώξεων, αδυναμία απεικόνισης της πολύ μικρής απώλειας οστικής πυκνότητας, που συντελείται κατά τα αρχικά στάδια της λοιμώξης.

Η χρήση μικροβιολογικών εργαστηρι-

ακών εξετάσεων, δεν χρησιμοποιείται κατά κόρον στη διάγνωση και καθημερινή κλινική θεραπεία των οδοντογενών λοιμώξεων. Οι οδοντογενείς λοιμώξεις, ανεξαρτήτως προελεύσεως, πηγάζουν από ταυτόσημους μικροβιακούς πληθυσμούς, με αποτέλεσμα, η χρήση εμπειρικής αντιμικροβιακής χημειοθεραπείας ευρέως φάσματος, να καθισταται στις πλείστες των περιπτώσεων αποτελεσματική.

Η χρήση ειδικών εργαστηριακών τεχνικών μικροβιακής καλλιέργειας και αντιβιογραμμάτων, χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις, όπου η λοιμώξη δεν ανταποκρίνεται στην εμπειρική αντιβιοτική χημειοθεραπεία, ή όταν η λοιμώξη έχει επεκταθεί σε γειτονικές ανατομικές περιοχές. Στις περιπτώσεις αυτές, οι εργαστηριακές τεχνικές, ταυτοποιούν τον λοιμογόνο παράγοντα και καθορίζουν την επιλογή του αντιμικροβιακού θεραπευτικού σχήματος.

## Θεραπεία των οδοντογενών λοιμώξεων

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας των οδοντογενών λοιμώξεων, στηρίζεται στην εξάλειψη του λοιμογόνου παράγοντα και στην μείωση του βακτηριακού φορτίου. Η ορθή αντιμετώπιση αυτών των λοιμώξεων, απαιτεί το συνδυασμό τριών βασικών αρχών θεραπείας:

- α) Μηχανικό καθαρισμό της περιοχής της λοιμώξης
- β) Σχάση και παροχέτευση του αποστήματος
- γ) Χορήγηση αντιμικροβιακής χημειοθεραπείας

Η απομάκρυνση του αιτιολογικού παράγοντα, είναι πρώτης σημασίας στην αποτελεσματική θεραπεία των οδοντογενών λοιμώξεων. Σχάση και παροχέτευση του αποστήματος, αποτελεί το πρώτο στάδιο αντιμετώπισης των οδοντογενών λοιμώξεων. Με την παροχέτευση του οδοντικού αποστήματος, μειώνεται σημαντικά το βακτηριακό φορτίο, (λοιμογόνοι παράγοντες), που βρίσκεται συσσωρευμένο στην περιοχή της λοιμώξης.

Επιπλέον, η μετατροπή του περιβάλλοντος της λοιμώξης, από αναερόβιο σε αερόβιο, (εισαγωγή οξυγόνου στην προσβεβλημένη περιοχή μετά την διενέργεια χειρουργικής τομής και ανύψωσης των κρημνών), καθώς και η δημιουργία ελεύθερων ριζών οξυγό-

νου, δημιουργούν συνθήκες τοξικές για την διαβίωση και ανάπτυξη των αμιγώς αναερόβιων βακτηρίων, του οδοντικού αποστήματος.

Βασιζόμενοι στους προαναφερθέντες λόγους, η σχάση και παροχέτευση, ενδεικνύται και πρέπει να επιπλείται σε κάθε μορφή οδοντικής λοιμώξης (οδοντικό απόστημα, κυτταρίτιδα). Αφαίρεση του αιτιολογικού παράγοντα, πρέπει να επιδιώκεται όταν και όποτε είναι δυνατόν(11,13).

Επιπλέον, ο μηχανικός καθαρισμός της περιοχής της λοιμώξης, από τους νεκρωμένους ιστούς και τα υπολείμματα των βακτηρίων, σε συνδυασμό με σχάση και παροχέτευση του οδοντικού αποστήματος, μειώνουν σημαντικά το βακτηριακό φορτίο και εμποδίζουν τη διασποράς της λοιμώξης (4,5,7).

Η χρήση αντιμικροβιακής χημειοπροφύλαξης, περιορίζεται στην αποτροπή της συστεμικής διασποράς, καθώς και της διασποράς της λοιμώξης στους γειτνιάζοντες χώρους. Στις περιπτώσεις οργανωμένων οδοντικών αποστημάτων, η διείσδυση του αντιμικροβιακού παράγοντα στην περιοχή της λοιμώξης, είναι πολύ περιορισμένη. Έρευνες, έχουν αποδείξει ότι μόνο 10% της χορηγούμενης αντιμικροβιακής θεραπείας, μπορεί να διεισδύσει στον χώρο της λοιμώξης, λόγω της περιχαράκωσης που συντελείται από το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενούς, κατά τη δημιουργία του αποστήματος, με σκοπό τον περιορισμό των λοιμογόνων παραγόντων (δημιουργία οδοντικού αποστήματος).?

Η επιλογή εμπειρικής αντιβιοτικής χημειοπροφύλαξης, πρέπει να γίνεται με προσοχή, ώστε το φάσμα των συγκεκριμένων αντιβιοτικών, να καλύπτει την παθογόνο βακτηριακή πανίδα? (10,12,13,20). Η χρήση αντιβιοτικής χημειοπροφύλαξης, που δεν καλύπτει το φάσμα των παθογόνων βακτηρίων, όχι μόνο δεν συμβάλλει στη θεραπεία της λοιμώξης, αλλά αντιθέτως οδηγεί σε πολλαπλασιασμό των ίδιων των παθογόνων, αφού εξαλείφει τα ανταγωνιστικά μη παθογόνα βακτήρια, που περιορίζουν τον πολλαπλασιασμό των λοιμογόνων βακτηρίων.

Λαμβάνοντας υπόψη, τον πολυμικροβιακό χαρακτήρα των οδοντογενών λοιμώξεων, στην αρχική φάση αντιμετώπισης, πρέπει να χρησιμοποιούνται αντιβιοτικά ευρέως φάσματος.

	<i>A. actino-Peptostrep-myctem-tococcus comitans spp</i>	<i>Prevotella spp</i>	<i>Porphiro-Fusobac-monas spp</i>	<i>Fusobacterium spp</i>	<i>Streptococcus oralis</i>	
<b>Penicillin G</b>	+/-	+	+/-	+/-	+/-	+/-
<b>Amoxicillin</b>	+	+	+/-	+/-	+/-	+
<b>Amoxicillin / Clavulanic acid</b>	+	+	+	+	+	+
<b>Doxycycline</b>	+	+/-	+/-	+/-	+	+/-
<b>Clindamycin</b>	0	+	+	+	+	+
<b>Metronidazole</b>	0	+	+	+	+	0
<b>Macrolides</b>	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
<b>Quinolones</b>	+	+	+	+	+	+

Η υπάρχουσα βιβλιογραφία, υποστηρίζει ότι οι πενικιλίνες, παρέχουν την αποτελεσματικότερη αντιβιοτική χημειοπροφύλαξη, στις λοιμώξεις οδοντογενούς προέλευσης. Λόγω της ανάπτυξης αυξημένου ποσοστού ανθεκτικών βακτηριακών στελεχών στις πενικιλίνες, ο συνδυασμός amoxicillin/clavulanic acid, αποτελεί το αποτελεσματικότερο αντιμικροβιακό σχήμα εμπειρικής αντιμικροβιακής χημειοθεραπείας, κατά των οδοντογενών λοιμώξεων. Ο συνδυασμός αυτός παρέχει ενεργό αντιμικροβιακό φάσμα, ικανό να αντιμετωπίσει βακτηριακά στελέχη ανθεκτικά στις πενικιλίνες. Σε ασθενείς αλλεργικούς στις πενικιλίνες, η κλυνδαμικίνη, αποτελεί την εμπειρική αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία εκλογής, καλύπτοντας ευρύ φάσμα παθογόνων της στοματικής κοιλότητας και αναερόβιων βακτηρίων.

Δυστυχώς, η αλόγιστη χρήση αντιβιοτικών, έχει δημιουργήσει στελέχη ανθεκτικά στις πιο πάνω αντιμικροβιακές θεραπείες. Στις περιπτώσεις αυτές ενδιέκυνται η χρήση μικροβιακής καλλιέργειας και αντιβιογράμματος, για να καθοριστεί το είδος της αποτελεσματικής αντιβιοτικής χημειοθεραπείας.

Η χρήση των καινούριων αντιβιοτικών της κατηγορίας των κινολονών, έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην θεραπεία των οδοντογενών λοιμώξεων, προσφέροντας ευρύ φάσμα αντιμικροβιακής χημειοπροφύλαξης, ακόμη και σε στελέχη ανθεκτικά, σε προηγούμενης γενεάς αντιβιοτικών (moxifloxacin). Είναι πιστεύων καθήκον μας ως κλινικοί, να είμαστε επιφυλακτικοί στη χροή γηση της ενδεικνύομενης αντιμικροβιακής χημειοπροφύλαξης, ώστε να αποφευχθεί η ανάπτυξη ανθεκτικών βακτηριακών στελεχών, έναντι και των νέας γενεάς αντιβιοτικών, κάπι που θα μειώσει σημαντικά την αποτελεσματικότητά τους.

Πίνακας 1

#### Βιβλιογραφία

- Matesanz P, Figuero E, Jiménez MJ, Aguilera L, Llor C, Prieto J, Bascones A. Del conocimiento de la etiología bacteriana al tratamiento y la prevención de las infecciones más prevalentes en la comunidad: las infecciones odontogénicas. Rev Esp Quimioterap 2005; 18:136-45.
- Kolenbrander P, Palmer R, Richard A, Jakubovics N, Chalmers N. Bacterial interactions and successions during plaque development. Periodontology 2000 2006; 42:47-79.
- Socransky S, Haffajee A. The bacterial etiology of destructive periodontal disease: current concepts. J Periodontol 1992; 63:322-31.
- Harrinon G, Steiner D, Ammons W. The periodontal-endodontic controversy. Periodontology 2000 2002;30:123-30.
- Herrera D, Roldan S, Sanz M. The periodontal abscess: a review. J Clin Periodontol 2000; 27:377-86.
- Winkelhoff A, Winkel E. Microbiological diagnostics in periodontics: biological significance and clinical validity. Periodontology 2000 2005; 39:40-52.
- Dahlen G. Microbiology and treatment of dental abscesses and periodontal-endodontic lesions. Periodontology 2000 2002; 28:206-39.
- Vigil GV, Wayman B, Dazey S, Fowler C, Bradley D. Identification and antibiotic sensitivity of bacteria isolated from periapical lesions. Journal of Endodontics 1997; 23:110-4.
- Goodson J, Palys M, Carpino E, Regan E, Sweeney M, Socransky S. Microbiological changes associated with dental prophylaxis. JADA 2004; 135:1559-64.
- Bascones A, Lopez Piriz R. Abordaje desde atención primaria de las enfermedades infecciosas más prevalentes en la comunidad: infecciones odontogénicas. En: Infecciones odontogénicas en la comunidad y antibioticoterapia: dos factores a sincronizar. Madrid: Adalia farma S.L.; 2006. p. 99-112.
- Flynn T, Shanti R, Levi M, Adamo A, Kraut R, Triege N. Severe odontogenic infections. J Oral Maxillofac Surg 2006; 64: 1093-113.
- Bascones Martinez A, Aguirre Urizar JM, Bermejo Fenoll A, Blanco Carrión A, Gay-Escoda C, Gonzalez Moles 12. Bascones Martinez A, Aguirre Urizar JM, Bermejo Fenoll A, Blanco Carrión A, Gay-Escoda C, Gonzalez Moles
- Gutiérrez JL, Bagan JV, Bascones A, Llamas R, Llena J, Morales A, et al. Documento de consenso sobre la utilización de profilaxis antibiótica en cirugía y procedimientos dentales. Med Oral Pat Oral Cir Bucal 2006; 11:E119-36.
- Herrera D, Roldan S, Sanz M. The periodontal abscess (I). Clinical and microbiological findings. J Clin Periodontol 2000; 27:387-94.
- Herrera D, Roldan S, Sanz M. The periodontal abscess (II). Short-term clinical and microbiological efficacy of 2 systemic antibiotic regimes. J Clin Periodontol 2000; 27:395-404.
- Canut A. Antimicrobianos en las infecciones odontogénicas: análisis farmacocinética / farmacodinámico (PK / PD). Seguridad y tolerancia. En: Infecciones odontogénicas en la comunidad y antibioticoterapia: dos factores a sincronizar. Madrid: Adalia farma S.L.; 2006. p 51-69.
- Sixou JL, Magaud C, Jolivet-Gourgeon A, Cormier M, Bonnaire-Mallet M. Microbiology of mandibular third molar pericoronitis: Incidence of *B-lactamase-producing*bacteria. OralSurgOralMedOralPatholOral Radiol Endod 2003; 95:655-9.
- Baumgartner JC, Xia T. Antibiotic susceptibility of bacteria associated with endodontic abscesses. Journal of endodontics 2003; 29:44-7.
- Winkelhoff A, Herrera D, Oteo A, Sanz M. Antimicrobial profiles of periodontal pathogens isolated from patients in the Netherlands and Spain. J Clin Periodontol 2005; 32:893-8.
- Linares J, Martín Herrero JE. Bases farmacomicrobiológicas del tratamiento antibiótico de las enfermedades periodontales y perimplantarias Av. Odontoestomatol 2003; (especial): 23-33. E159

# Aftamed®

## ... και τέλος στις άφθες



Κλινικά ελεγμένη αποτελεσματικότητα.

Μια μοναδική και αποτελεσματική θεραπεία που διαφέρει από οτιδήποτε άλλο έχετε δοκιμάσει.

Δεν καίει και δεν ερεθίζει, χωρίς ζάχαρη, κατάλληλη και για παιδιά.

Διατίθεται σε τέσσερις διαφορετικές μορφές:

- Τζέλ «Ασπίδα» για μεγάλες και οδυνηρές άφθες
- Τζέλ για ενήλικες
- Τζέλ για παιδιά και
- Στοματικό διάλυμα



Ανακουφίζει γρήγορα από τον πόνο

Αποκαθιστά τον τραυματισμένο ιστό και επιταχύνει την επούλωση

Αποτελεσματική πρόληψη

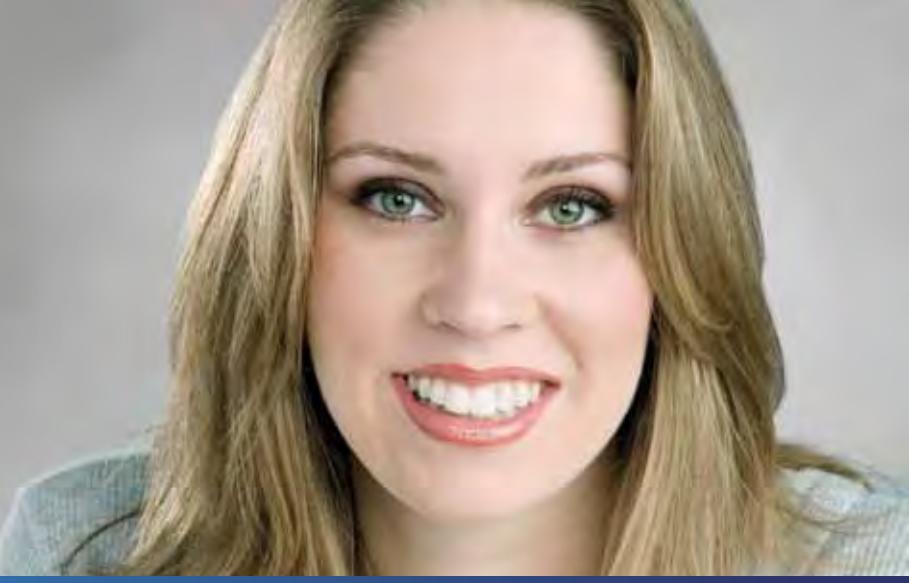
Διατίθεται μόνο στα φαρμακεία



M. S. Jacovides & Co. Ltd  
P. O. Box 21593, 1511 Nicosia  
Tel. 22 757188, Fax 22 750604  
website: [www.msjacovides.com.cy](http://www.msjacovides.com.cy)

SUNSTAR  
**G·U·M®**  
HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.®

# Aftamed®



# ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ. ΠΟΤΕ ΣΥΣΤΗΝΕΤΑΙ.

Νίκος Χριστοδουλίδης, Οδοντίατρος

Η περιοδοντική νόσος ορίζεται ως η φλεγμονή των ούλων και του μηχανισμού στήριξης του δοντιού. Η νόσος χαρακτηρίζεται από απώλεια της κλινικής πρόσφυσης λόγω καταστροφής του περιοδοντικού συνδέσμου και απώλειας του περιβάλλοντος στηρικτικού οστού.

Οι στόχοι της περιοδοντικής θεραπείας είναι η μεταβολή ή εξάλειψη της μικροβιακής αιτιολογίας και των συμβαλλομένων παραγόντων ρίσκου, ούτως ώστε να αναχαιτιστεί η πρόοδος της νόσου και να διατηρηθεί η οδοντοφυΐα σε μια κατάσταση υγείας, άνεσης και λειτουργίας με την ανάλογη αισθητική και να προληφθεί επανεμφάνιση της περιοδοντίδας. Επιπλέον, όπου ενδέκνυται, μπορεί να επιχειρηθεί αναγέννηση των περιοδοντικών ιστών.

Η περιοδοντική θεραπεία ακολουθεί ένα πρωτόκολλο θεραπείας το οποίο πλέον θεωρείται ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση από τις Ευρωπαϊκές και Αμερικανικές Ομοσπονδίες Περιοδοντολογίας:

- 1.Λήψη ιατρικού & οδοντιατρικού ιστορικού.
- 2.Εκτενής περιοδοντολογικός έλεγχος ο οποίος πρέπει να περιλαμβάνει κλινικό και ακτινογραφικό έλεγχο με τη χρήση περιοδοντογράμματος και περιακρορριζικών ακτινογραφιών όλης της στοματικής κοιλότητας.
- 3.Ολοκληρωμένο σχέδιο θεραπείας.
- 4.Οδηγίες στοματικής υγιεινής και προσπάθεια μείωσης παραγόντων ρίσκου (πχ κάπνισμα).

5.Συντηρητική μη χειρουργική θεραπεία με σκοπό την απομάκρυνση της μικροβιακής πλάκας και τρυγίας.

6.Επανέλεγχος για εκτίμηση θεραπείας αλλά και ελέγχου στοματικής υγιεινής.

7.Πρόταση για περιοδοντικό χειρουργείο αν ενδέκνυται ή επανάληψη της θεραπείας με χρήση φαρμακευτικών ή άλλων βιοθημάτων.

8.Προσθετική αποκατάσταση.

9.Συντήρηση θεραπευτικού αποτελέσματος.

•Καλύτερη βάση για να κατανοήσουμε την πρόγνωση της όλης θεραπείας. Η αποτελεσματικότητα της στοματικής υγιεινής του ασθενούς, η οποία είναι και από τους σημαντικότερους παράγοντες εκτίμησης της μακροχρόνιας πρόγνωσης του μακροχρόνιου θεραπευτικού αποτελέσματος, μπορεί να εκτιμηθεί καλύτερα. Απουσία σωστής στοματικής υγιεινής εκ μέρους του ασθενή πολλές φορές σημαίνει ότι ο ασθενής δεν πρέπει να χειρουργηθεί.

•Η απομάκρυνση της μικροβιακής πλάκας και τρυγίας θα εξαλείψει ή θα μειώσει αισθητά τις φλεγμονώδεις διεργασίες που συμβαίνουν στα ούλα (οίδημα, υπεραιμία, χαλαροί μη προσκολλημένοι ιστοί). Αυτό μας δίνει την ευκαιρία να εκτιμήσουμε την «πραγματική» θέση των ούλων και βεβαίως που έχουν πλέον απομείνει θύλακοι που χρήζουν περαιτέρω θεραπείας.

•Μείωση της φλεγμονής δίνει στους ιστούς πιο ινώδη και άρα πιο «σφιχτή» αίσθηση, η οποία διευκολύνει τους χειρουργικούς χειρισμούς των μαλακών ιστών. Η αιμορραγική διάθεση της περιοχής είναι μειωμένη, προσφέροντας καλύτερο έλεγχο του χειρουργικού πεδίου.

•Περιορισμό των χειρουργικών επεμβάσεων στον ασθενή. Η θεραπεία προτείνεται σε περίπτωση υπολειπόμενων θυλάκων συνήθως άνω των 6mm και σε συγκεκριμένες περιοχές της στοματικής κοιλότητας και όχι σε ολόκληρη τη γνάθο.

Οι χειρουργικές τεχνικές στην θεραπεία του περιοδοντίου μπορούν να χωριστούν σε αφαιρετικές και αναγεννητικές. Η επιλογή θα γίνει από τον περιοδοντολόγο αναλόγως περιοχής.



ανατομικών και μορφολογικών διαφοροποιήσεων και στρατηγικής σημασίας των δοντιών ή δοντιού.

### Αφαιρετικές τεχνικές.

Οι αφαιρετικές τεχνικές έχουν ως στόχο την μείωση του βάθους θυλάκου και δημιουργία ευνοϊκών συνθηκών στοματικής υγιεινής. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με ουλεκτομή αν ο υπολειπόμενος θύλακος οφείλεται σε υπερπλασία των ούλων ή σε λανθασμένη ουλική αρχιτεκτονική. Η τεχνική αυτή εφαρμόζεται σε περιορισμένες περιπτώσεις. Οι συνήθεις τεχνικές είναι παραλλαγές των τεχνικών Widman και ακρορριζικά μετατοπιζόμενων κρημών οι οποίες στην σύγχρονη περιοδοντολογία είναι πιο συντηρητικές, λόγω αισθητικών προβλημάτων των παλαιότερων τεχνικών. Η προσπάθεια είναι να μειωθούν οι θύλακοι, δίνοντας θετική αρχιτεκτονική στα ούλα, με την λιγότερο δυνατόν οστεοπλαστική και αποκοπή στηρικτικών ιστών γύρω από τα δόντια.

### Αναγεννητικές τεχνικές.

Οι αναγεννητικές τεχνικές έχουν ως στόχο την επαναδημιουργία των χαμένων ιστών του περιοδοντίου και ειδικότερα της οστεΐνης, του περιοδοντικού συνδέσμου και οστού. Για να επιτευχθεί πλήρης αναγέννηση πρέπει να συνυπάρχουν αρκετοί παράγοντες οι οποίοι κάνουν και την χρήση αυτής της τεχνικής περιορισμένη. Η πρόγνωση για την επιτυχία αυτής της τεχνικής εξαρτάται από το κάπνισμα, την μορφολογία της οστικής βλάβης, την ύπαρξη ή όχι εμπλοκής διχασμού των ριζών, τη θέση του δοντιού και την επιλογή του μοσχευματικού υλικού. Προτείνεται συνήθως σε ασθενείς που τηρούν υψηλό επίπεδο στοματικής υγιεινής, σε μονόρριζα δόντια και κυρίως σε γωνιώδεις οστικές βλάβες.

Συνήθως σε ευρείες οριζόντιες βλάβες, σε έντονους διχασμούς, σε γομφίους της άνω γνάθου με εμπλοκή διχασμού

και σε ασθενείς με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό ή έντονους καπνιστές δεν προτείνεται η συγκεκριμένη θεραπεία για τον λόγο ότι η βιβλιογραφία δείχνει ότι τα ποσοστά επιτυχίας είναι μηδαμινά.

### Κύριες αντενδείξεις χειρουργικών επεμβάσεων.

Επιγραμματικά αναφέρονται οι κύριες αντενδείξεις:

- Συνεργασία ασθενούς. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε ασθενή ο οποίος δεν ακολουθεί τις οδηγίες του επεμβαίνοντα, σε στόμα με μικρή διάνοιξη αλλά κυρίως σε μη τήρηση καλής στοματικής υγιεινής.
- Βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό.
- Υπερβολικό κάπνισμα. Έχει αποδειχτεί από την βιβλιογραφία ότι σε ασθενείς που καπνίζουν έντονα, λόγω της αρνητικής επίδρασης του καπνίσματος στην επούλωση, το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι κατά πολὺ μειωμένο σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Αυτό δεν σημαίνει σε καμία περίπτωση ότι οι καπνιστές δεν επιδέχονται χειρουργική θεραπεία αλλά πολλές φορές υπάρχει περιορισμός στις τεχνικές που θα χρησιμοποιηθούν και το αποτέλεσμα που θα έχουν.

Περιληπτικά τα κύρια σημεία τα οποία πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για να αποφασιστεί κατά πόσο θα προχωρήσουμε σε χειρουργική αντιμετώπιση του περιστατικού είναι τα εξής:

- Πάντα η απόφαση γίνεται αφού εκτιμήσουμε το αποτέλεσμα της συντηρητικής θεραπείας και κυρίως την τήρηση των οδηγιών στοματικής υγιεινής από τον ασθενή.
- Τον αριθμό και το μέγεθος των υπολειπόμενων θυλάκων. Δεν θα προχωρήσουμε σε επέμβαση επειδή σε ένα σημείο υπάρχει θύλακος των 6mm αλλά θα πρέπει να εκτιμήσουμε διάφορους παράγοντες στην στοματική κοιλότητα. Συνήθως περιοδοντικά χειρουργεία γίνονται στις περιοχές των γομφίων και κυρίως στην άνω γνάθο.
- Όταν η εμπλοκή διχασμού είναι τάξης

III πολλές φορές ίσως είναι καλύτερα να μην προχωρήσουμε σε χειρουργική επέμβαση αν δεν μπορούμε να δώσουμε πρόσβαση καθαρισμού στον διχασμό ή με την χειρουργική μας τεχνική θα πρέπει να αφαιρέσουμε σε μεγάλο βαθμό στηρικτικούς ιστούς για να το επιτύχουμε.

• Η επιλογή αναγεννητικών τεχνικών γίνεται σε πολύ περιορισμένα περιστατικά. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούμε αναγεννητικά υλικά γιατί ίσως να κερδίσουμε κάτι επιπλέον. Συνήθως αυτό δεν συμβαίνει και ο ασθενής επιβαρύνεται με επιπλέον ταλαιπωρία και κόστος χωρίς λόγο. Η χρήση γίνεται σε συγκεκριμένους ασθενείς που πληρούν κάποια πολύ συγκεκριμένα κριτήρια αν θέλουμε να έχουμε επιτυχία στο τελικό αποτέλεσμα.

• Η εμπειρία και ο γνώσεις του επεμβαίνοντα παίζουν τεράστιο ρόλο όπως και σε όλες τις ιατρικές θεραπείες άλλωστε.

Η χειρουργική θεραπεία δεν προτείνεται σε όλους τους ασθενείς και ο κυριότερος λόγος είναι ότι αν ο επεμβαίνων έχει την τεχνική, τις γνώσεις και την υπομονή πολλές φορές τα περισσότερα προβλήματα λύνονται με τη συντηρητική θεραπεία.

### Βιβλιογραφία

- AAP (2000). Parameter on Chronic Periodontitis With Advanced Loss of Periodontal Support. *Journal of Periodontology* 71, 856-858.
- AAP (2005). Position paper. Periodontal regeneration. *Journal of Periodontology* 76, 1601-1622.
- Badersten A., Nilveus R. & Egelberg J. (1984). Effect of nonsurgical periodontal therapy. II Severely advanced periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology* 11, 63-76.
- Friedman N. (1962). Mucogingival surgery. The apically repositioned flap. *Journal of Periodontology* 33, 328-340.
- Gottlow J., Nyman S., Lindhe J., Karring T. & Wennström J. (1986). New attachment formation in the human periodontium by guided tissue regeneration. *Journal of Clinical Periodontology* 13, 604-616.
- Isidor F. & Karring T. (1986). Long term effect of surgical and nonsurgical periodontal treatment. A 5 year clinical study. *Journal of Periodontal Research* 21, 462-472.
- Nyman S., Lindhe J. & Rosling B. (1977). Periodontal surgery in plaque-infected dentitions. *Journal of Clinical Periodontology* 4, 240-249.
- Ramfjord S.P. & Nissle R.R. (1974). The modified Widman flap. *Journal of Periodontology* 45, 601-607.



# ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Βάσια Στράντζαλη, Οδοντίατρος

Η εγκυμοσύνη επιφέρει πολλές αλλαγές στον οργανισμό της γυναικας με σημαντική επίδραση και στους ιστούς της στοματικής κοιλότητας. Οι ορμονικές μεταβολές που βιώνουν οι έγκυες συνδράμουν πρώτιστα στην αλλαγή του μεταβολικού τους ρυθμού και εν συνεχεία στη διαφοροποίηση της ανοσολογικής τους απάντησης και του κυτταρικού μεταβολισμού (1).

Ήδη από το 1963, οι Silness & Loe παρατήρησαν ότι οι γυναίκες κατά την διάρκεια της κύησης παρουσιάζουν συχνά συμπτώματα φλεγμονής των ούλων σε ποσοστό έως και 80%-100%.

Η συμπτωματολογία εμφανίζεται συνήθως στον 3ο-4ο μήνα της εγκυμοσύνης και κλιμακώνεται μέχρι το πέρας αυτής. Τα συνήθη κλινικά συμπτώματα των περιοδοντικών ιστών αφορούν οιδημα, ερυθρότητα, αιμορραγία, υπερπλασία των ούλων, δημιουργία θυλάκων, πόνο και κακοσμία (2).

Η κλινική αυτή εικόνα περιγράφεται ως Ουλίτιδα Εγκυμοσύνης και από το 1999 αποτελεί ξεχωριστή κατηγορία ανάμεσα στις νόσους των περιοδοντικών ιστών, σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Περιοδοντολογίας (3). (Εικ. 1)

Πιο συγκεκριμένα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης η αύξηση των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης προκαλεί αύξηση της διαπερατότητας των αγγείων που με τη σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε γενικευμένο οιδημα και ερυθρότητα των περιοδοντικών ιστών καθώς και αυξημένη τάση αυτών για αιμορραγία.

Επιπλέον παρατηρείται αύξηση του υγρού της ουλοδοντικής σχισμής και των μεσολαβητών της φλεγμονής που αυτό περιέχει (IL-1β, PGE2), μερική απώλεια της κερατινοποίησης του επιθηλίου των ούλων αλλά και ενίσχυση της χημειοταξίας και φαγοκυττάρωσης των ουδετερόφιλων (4) (5). Σημαντικές είναι και οι μεταβολές στην μικροβιακή χλωρίδα, με χαρακτηριστική αύξηση κατά το δεύτερο τρίμηνο της αναλογίας αναερόβιων/αερόβιων μικροβίων και κυρίως του στελέχους Prevotella intermedia (6).

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η οδοντική πλάκα ως φορέας του μικροβιακού φορτίου τοπικά είναι πάντα παρούσα στις επιφάνειες των δοντιών των γυναικών με Ουλίτιδα Εγκυμοσύνης, αλλά ποσοτικά δεν συνάδει με την έντονη συμπτωματολογία της φλεγμονής (2).

Η συγκεκριμένη μορφή φλεγμονώδους αντίδρασης των ούλων στις περισσότερες των περιπτώσεων υποχωρεί μετά τον τοκέτο, αφού απομακρυνθούν οι τοπικές εναποθέσεις πλάκας και τρυγίας. Οι κλινικές παράμετροι του βάθους θυλάκου επανέρχονται στα προ εγκυμοσύνης επίπεδα, ενώ συνήθως το κλινικό εύρος πρόσφυσης δεν επηρεάζεται. Επίσης πολλές φορές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να εμφανιστούν διογκώσεις των ούλων που μπορεί να είναι επώδυνες ή να δυσκολεύουν την έγκυο κατά την μάσηση ή την ομιλία. Πρόκειται για το Πυογόνο Κοκκίωμα ή Επουλίδα της Κύησης που αποτελεί μια καλοήθη αγγειακή διαταραχή του στοματικού βλεννογόνου, συνήθως εμφανίζεται στο 1ο τρίμηνο της κύησης και συναντάται περίπου στο 5% των εγκύων.

Για πρώτη φορά περιγράφτηκε το 1897 από τους δύο Γάλλους χειρουργούς, Poncet και Dor. Ο όρος «Πυογόνο Κοκκίωμα» δεν είναι ακριβής καθώς δεν αποτελεί κοκκίωμα αλλά περισσότερο προσομοιάζει λοβωτό τριχοειδές αιμαγγείωμα γι' αυτό και η έντονα αιμορραγική του τάση. Επίσης δεν έχει πυογόνο σύσταση καθώς δεν αποτελεί μολυσματική βλάβη.



Εικόνα 1. Κλινική Εικόνα Ουλίδης Εγκυμοσύνης



Εικόνα 2. Πυογόνο Κοκκίωμα

Ως αιτιολογικοί παράγοντες του πυογόνου κοκκιώματος έχουν ενοχοποιηθεί οι κάτωθι:

1. Ορμονικές Μεταβολές (π.χ. Κύηση)
2. Φτωχή Στοματική Υγιεινή
3. Τοπικός τραυματιογόνος παράγοντας (π.χ. έμφραξη, ορθοδοντικές συσκευές, οδοντοστοιχία)
4. Ογκογόνοι Ιοί
5. Αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες ή/ και Κυτταρογενετικές ανωμαλίες

Κλινικά προσομοιάζει ένα καλοήθες, ταχέως αυξανόμενο νεόπλασμα, ινοαγγειωματώδους σύστασης. Αποτελεί μονήρη λεία ή λοβωτή γυαλιστερή μάζα ενώ το χρώμα του ποικίλει από ανοιχτό ροζ σε έντονο κόκκινο. Επίσης συχνά αιμορραγεί και παρουσιάζει εξέλκωση. Οι διαστάσεις του ποικίλλουν από μερικά mm έως 1-2cm (ή και μεγαλύτερα). Παρουσιάζονται κατά 75% στην περιοχή των ούλων, συχνότερα στην άνω γνάθο, αλλά μπορεί να εμφανιστούν και σε άλλες περιοχές του στόματος, π.χ. ερυθρό κράσπεδο χείλους, γλώσσα, παρειά. (7) (Εικ. 2)

Εφόσον δεν παρατηρείται έντονη συμπτωματολογία, συνήθως επιλέγεται να παρακολουθείται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και η αφαίρεση του να αναβάλλεται για μετά τον τοκετό. Τις περισσότερες φορές, ωστόσο, τέτοιες βλάβες υποχωρούν αυτόμata κατόπιν του τοκετού.

Παρά ταύτα, σε περιπτώσεις εκτεταμένης αιμορραγίας, αισθητικού ή λειτουργικού προβλήματος για την έγκυο ενδείκνυται η χειρουργική αφαίρεση της βλάβης σε συνδυασμό με αποτρύγωση των εμπλεκομένων δο-

ντιών για αφαίρεση τυχόν τοπικού ερεθιστικού παράγοντα (7).Η ιστολογική εξέταση του ουλικού μορφώματος που αφαιρείται είναι πάντοτε απαραίτητη για την διαφοροδιάγνωση του από άλλες βλάβες των περιοδοντικών ιστών με παρόμοια κλινική αλλά μη παθογνωμονική εικόνα, όπως το περιφερικό ίνωμα, το περιφερικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα, το περιφερικό οστεοποιό ίνωμα ή ακόμα και το περιφερικό αμελοβλάστωμα των ούλων.

Επιπρόσθeta τα τελευταία χρόνια ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών έχει επιχειρήσει την διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης ανάμεσα στην περιοδοντική νόσο και τις επιπλοκές της κύησης. Το γεγονός ότι οι ανεπιθύμητες εκβάσεις κύησης σχετίζονται με υψηλά επίπεδα συστηματικών μεσολαβητών φλεγμονής, οδήγησε στην υπόθεση ότι η Περιοδοντική Νόσος ενδέχεται να σχετίζεται με τις επιπλοκές αυτές (8).

Οι κυριότερες επιπλοκές κύησης είναι:

1. Πρόωρος Τοκετός (< 37 εβδομάδες)- Πολύ Πρόωρος Τοκετός (<32 εβδομάδες)
2. Λιποβαρές Νεογνό (<2,5Kg)- Πολύ Λιποβαρές Νεογνό (<1,5Kg)
3. Προεκλαμψία: η έγκυος εμφανίζει αυξημένη αρτηριακή πίεση (>140/90mm Hg) και πρωτεινουρία (>300mg σε 24 ώρες)
4. Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης
5. Αποβολή

Το γεγονός ότι πολλές έγκυες πάσχουν από κάποια μορφή περιοδοντικής νόσου σε συνδυασμό με τις σοβαρές επιπτώσεις των επιπλοκών της κύησης στην υγεία τόσο των νεογνών

όσο και των εγκύων, υπογραμμίζει την σημασία της κατανόησης μιας τέτοιας συσχέτισης. Έχει αποδειχθεί ότι γυναίκες με περιοδοντίτιδα έχουν διπλάσιες πιθανότητες για πρόωρο τοκετό συγκριτικά με γυναίκες με υγείες περιοδοντικούς ιστούς. Επιπλέον γυναίκες με περιοδοντική νόσο κινδυνεύουν 8 φορές περισσότερο να γεννήσουν λιποβαρή μωρά, ενώ η περιοδοντίτιδα αυξάνει κατά 3 φορές τον κίνδυνο εμφάνισης προεκλαμψίας στις εγκύους. Τέλος, εγκυμονούσες με περιοδοντική νόσο κινδυνεύουν 9 φορές περισσότερο να παρουσιάσουν σακχαρώδη διαβήτη κύησης. (9) (10) (11)

Επιδημιολογικές μελέτες σε πειραματόζωα αλλά και σε ανθρώπους έχουν καταφέρει να εντοπίσουν μια σχέση ανάμεσα στην παρουσία εμβρυικών αντισωμάτων (IgM) έναντι περιοπαθογόνων βακτηρίων σε πρόωρα νεογνά με μητέρες που έπασχαν από περιοδοντική νόσο (12). Το στοιχείο αυτό υποδηλώνει ότι ο πλακούντας και τα νεογνά μπορεί να είχαν προσβληθεί από περιοπαθογόνα.

Είναι λοιπόν πιθανό, τα περιοδοντικά μικρόβια και τα παθογόνα προιόντα τους να φτάνουν στο σύμπλεγμα εμβρύου-πλακούντα μέσω της βακτηριαιμίας και να σχηματίζουν μια έκτοπη εστία λοίμωξης που με τη σειρά της μπορεί να συμβάλει στην εξέλιξη των επιπλοκών της κύησης.

Από την άλλη πλευρά, μια σειρά από παρεμβατικές μελέτες προσπάθησαν τελευταίως να αξιολογήσουν κατά πόσο η συσχέτιση ανάμεσα στην περιοδοντίτιδα και τις επιπλοκές της κύησης είναι αιτιολογική ή απλά συμπτωματική λόγω κοινών παραγόντων κινδύνου (π.χ. κάπνισμα, φυλή και ηλικία μητέρας, χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, σακχαρώδης δια-



βήτης). Οι μελέτες αυτές απέδειξαν ότι η συντηρητική περιοδοντική θεραπεία (αποτρύγωση-ριζική απόξεση) είναι απόλυτα ασφαλής όταν πραγματοποιείται μέχρι την 28η εβδομάδα (7ο μήνα) της κύησης.

Συμβάλει επίσης στην σημαντική βελτίωση της περιοδοντικής υγείας των εγκύων, ενώ ταυτόχρονα μειώνει κατά πολύ το μικροβιακό φορτίο και τους μεσολαβητές της φλεγμονής (IL-1 $\beta$ , IL-6).

Ωστόσο, αναφορικά με την επίδραση της θεραπείας ως προς τις ανεπιθύμητες εκβάσεις της κύησης, τα αποτελέσματα είναι αντιφατικά. Κάποιες έρευνες καταλήγουν ότι η περιοδοντική θεραπεία στην διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ιδιαιτέρως αποτελεσματική καθώς κατορθώνει να μειώσει έως και 4 φορές τον κίνδυνο για πρόωρο τοκετό και έως και 9 φορές τις πιθανότητες γέννησης λιποβαρούς νεογνού. Αντίθετα κάποιες άλλες συμπεραίνουν ότι η θεραπεία της περιοδοντίτιδας δεν μεταβάλλει σημαντικά τις πιθανότητες για πρόωρο τοκετό ή για παρουσίαση άλλων

επιπλοκών κύησης. Η παρατηρούμενη αυτή ανομοιογένεια των αποτελεσμάτων οφείλεται στην ποικιλότητα του σχεδιασμού, που με τη σειρά του καθιστά δύσκολη την σύγκριση των μελετών και την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων. (13) (14)

Εν κατακλείδι, οι περισσότεροι ερευνητές καταλήγουν ότι υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις που συσχετίζουν την περιοδοντική νόσο με τις επιπλοκές της κύησης, γι' αυτό η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της περιοδοντίτιδας σε γυναίκες πριν ή κατά την διάρκεια της κύησης κρίνεται ιδιαιτέρως σημαντική. Ωστόσο, περισσότερες τυχαιοποιημένες μελέτες είναι απαραίτητες για να τεκμηριώσουν σε ποιο βαθμό η περιοδοντίτιδα αποτελεί παράγοντα κινδύνου ή ακόμη και αιτιολογικό παράγοντα των ανεπιθύμητων εκβάσεων της εγκυμοσύνης.

#### Βιβλιογραφία

1. Amar S, Chung KM. Influence of hormonal variation on the periodontium in women. *Periodontol 2000* 2000;6: 79-8
2. Loe H, Silness J. Periodontal disease. I. Prevalence and severity. *Acta Odont Scand* 1963;21: 533-551
3. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999;4:1-6
4. Sooriyamurthy M, Gower DB. Hormonal influences of gingival tissue: Relationship to periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1989;16:201-208
5. Figuero E, Herrera D. Gingival changes during pregnancy: I. Influence of hormonal variations on clinical and immunological parameters. *J Clin Periodontol* 2010;3: 220-229
6. Kornman KS, Loesche WJ. The subgingival microbial flora during pregnancy. *J Periodont Res* 1980;15:111-122
7. Tervahartiala B, Ainamo J. The development of pyogenic granulomas during pregnancy. *J Periodontol* 1989;60:358-361
8. Lohsoonthorn V, Williams MA. Maternal serum C-reactive protein concentrations in early pregnancy and subsequent risk of preterm delivery. *Clinic Biochem* 2007;40:330-335
9. Offenbacher S, Katz V, Beck J. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol* 1996;67: 1103-1113
10. Canakci V, Eltas A. Periodontal disease increases the risk of severe preeclampsia among pregnant women. *J Clin Periodontol* 2007;34:639-645
11. Xiong X, Vastardis S. Periodontal disease and gestational diabetes mellitus. *Am J Obst & Gynec* 2006;195:1086-1089
12. Madianos P, Beck JD, Offenbacher S. Maternal periodontitis and prematurity. Part II: Maternal infection and fetal exposure. *Ann Periodontol* 2001;6:175-182
13. Offenbacher S, Lin D, Beck JD. Effects of periodontal therapy during pregnancy on periodontal status, biologic parameters and pregnancy outcomes: a pilot study. *J Periodontol* 2006;77:2011-2024
14. Michalowicz BS, Hodges JS. Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth. *N Engl J Med* 2006;355: 1885-1894



## Διαχείριση Επικίνδυνων Ιατρικών και Οδοντιατρικών Αποβλήτων



ADVANCE MWM LTD

Tel.: 25 583 454 ext 3 | Fax: 25 583 811

E-mail: [waste@advancemwm.com](mailto:waste@advancemwm.com)

# ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

## Φούτσαλ!



6.



7.



8.



9.



5.

1. Εγγραφές
2. Σπιγμιότυπο από τον αγώνα
3. Η ομάδα του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πάφου
4. Η ομάδα του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αμμοχώστου
5. Η ομάδα του Οδοντιατρικού Συλλόγου Λευκωσίας - Κερύνειας
6. Οι μικροί μας φίλαθλοι
7. Η ομάδα του Οδοντιατρικού Συλλόγου Λεμεσού
8. Η ομάδα του Οδοντιατρικού Συλλόγου Λάρνακας
9. Η νικήτρια ομάδα του τουρνουά, ομάδα του Οδοντιατρικού Συλλόγου Λεμεσού, μαζί με τους χορηγούς Γιώργο και Πέτρο Λοΐζου.

# Αγγελίες

Σύγχρονο Γενικό Οδοντιατρείο στα Λατσιά προσφέρεται για **συστέγαση με συνάδελφο Ειδικό ή Γενικό Οδοντίατρο**. Για περισσότερες πληροφορίες 99618802 / 22572242 (Λευκωσία)

Οδοντίατρος με πολυετή πείρα **ζητεί συνεργασία** με άλλο οδοντίατρο αλλά δεν έχει δικό του χώρο εργασίας. Τηλ.: 22372953, 96350154, 99515658

**Ζητείται οδοντίατρος για συστέγαση – συνεργασία** σε πρόσφατα ανακαινισμένο και πλήρως εξοπλισμένο οδοντιατρικό χώρο στη Λευκωσία (περιοχή Άγιοι Ομολογητές). Τηλ.: 22818167

Οδοντίατρος **ζητά συνεργασία με άλλο οδοντίατρο** στη Λεμεσό. Τηλ.: 99756057.

Για να δημοσιεύσετε **ΔΩΡΕΑΝ** την αγγελία σας, στείλτε την στην ηλεκτρονική διεύθυνση: [info@nk dentalcy.com](mailto:info@nk dentalcy.com).

**Ενοικιάζεται διαμέρισμα** τριών υπνοδωματίων (ισόγειο) στην Ψαρών Διμιτσάνης 1, 50 μέτρα από το Ιπποκράτειο. Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε 22464040

**Οδοντιατρική κλινική ζητά οδοντίατρους για συνεργασία ή συστέγαση** (με ή χωρίς ειδικότητα). Τηλ.: 22492988

**Πωλείται** 3M PENTAMIX 2, σε άριστη κατάσταση μόνο €600. Τηλ.: 25361121

**Πωλείται** οδοντιατρική καρέκλα, κλιβανό, ακτινογραφική μηχανή, έπιπλα (καρέκλες, 1 μεγάλο τραπέζι, 1 μικρό τραπέζι και 5 - 6 μικρά παγκάκια). Για γρήγορη πώληση τιμή συζητήσιμη. Πληροφορίες στο 97692377

**Περιοδοντολόγος αναζητά μερικής απασχόλησης εργασία** στην Κύπρο. Για περισσότερες πληροφορίες 6976018587, email: Dr.mperio@gmail.com

**Ενοικιάζεται ή πωλείται οδοντιατρείο** στο Πλατύ Αγλαντζίας. Για περισσότερες πληροφορίες 99634463

**Ζητείται οδοντίατρος με ειδικότητα για συστέγαση** σε οδοντιατρείο στη Λευκωσία. Τηλ. 99635078

**Ζητείται οδοντίατρος για να εργάζεται αποκλειστικά ως βοηθός Ορθοδοντικού.** Προσόντα: διπλωματούχος οδοντίατρος με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος. Ωράριο: πιλήρης ή μερικής απασχόληση. Πληροφορίες στο 22454845.

## ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ

Σάββατο 5/5/2012

**«ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ-ΚΕΡΥΝΕΙΑΣ»**

Στα γραφεία του Οδοντιατρικού Συλλόγου, 28ης Οκτωβρίου 1, ΛΕΥΚΩΣΙΑ, στις 8:30 π.μ. ΕΙΣΟΔΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗ.



Σάββατο 9/6/2012

**«1η ΗΜΕΡΙΔΑ ΕΝΔΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΥΠΡΟΥ»**

Διοργανώνεται από την Ενδοδοντολογική Εταιρεία Κύπρου, στο ξενοδοχείο Meditteranean στη Λεμεσό.

Στην ημερίδα θα παρουσιάσουν διαλέξεις οι Ελλαδίτες συνάδελφοι Σπυρόπουλος Σπύρος και Φλωράτος Σπύρος.



# ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ;



**Eludril, η φροντίδα  
αναφοράς με χλωρεξιδίνη**

- ΠΕΡΑΝ ΤΩΝ 30 ΕΤΩΝ ΠΕΙΡΑ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΟ-ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
- ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΑ ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΑ ΣΥΝΟΛΑ



PIERRE FABRE  
ORAL CARE

Αποκλειστικός αντιπρόσωπος για την Κύπρο:  
**ΓΡΗΓΟΡΗΣ ΧΑΤΖΗΓΡΗΓΟΡΙΟΥ ΛΤΔ, ΤΗΛ. 22815777, ΛΕΥΚΩΣΙΑ**