



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

1° Πανελλήνιο Συνέδριο

Στοματολογίας

Αθήνα, Αίγλη Ζαπτείου 2-4 Απριλίου 2009

**Η Στοματολογία
γέφυρα μεταξύ
Οδοντιατρικής
και Ιατρικής**

**ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
& ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**



Εμφυτευματολογία δίχως όρια XiVE®

Η ανώτερη χειρουργική, και προσθετική ευελξία του XiVE® ανοίγει ορίζοντες χωρίς όρια

- **Εξαιρετη αρχική σταθερότητα**
ακόμα και σε μαλακού τύπου οστό, μέσω του πατενταρισμένου σπειρώματος, που προκαλεί συμπύκνωση σε συνδυασμό με τα ειδικά πρωτόκολλα για την παρασκευή του φρεατίου
- **Ακόμα και για τα μικρότερα κενά**
υπάρχει σίγουρη επιτυχία με το XiVE® 3.0, το μικρότερο εμφύτευμα δύο τεμαχίων στον κόσμο
- **Άμεση εμφυτευματική αποκατάσταση**
με μία σταθερή, ανώτερη αισθητικά προσωρινή εργασία (TempBase)
- **Η μεγαλύτερη δυνατή προσθετική ποικιλία**
για κάθε περίπτωση – εγκεκριμένη από οδοντοτεχνίτες σε όλο τον κόσμο

Ανακαλύψτε την ελευθερία στην εμφυτευματολογία με τα XiVE®

XiVE® | **DENTSPLY**
FRIADENT

Implantology Unlimited

Γενικός Αντιπρόσωπος
ΜΑΥΡΑΙΔΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, Τζωρτζ 12, 106 77 Αθήνα
Τηλ.: 210.3837.334, 210.3830.432, Fax: 210.3831.604
e-mail: mavr@acci.gr <http://www.mavraidopoulos.gr>
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Κ. ΦΛΩΡΟΣ & ΥΙΟΣ Ο.Ε. Εγνατίας 88
546 23 Θεσ/νίκη, Τηλ.: 2310.224.203, 2310.244.078
ΚΥΠΡΟΣ: J&C. DENMED LTD, P.O. Box 8410 LIMASSOL 3734
Τηλ.: 0035725-583480, Fax: 0035725-584441



Δ.Σ.

Πρόεδρος: **Α. Σκλαβούνου**
Αντιπρόεδρος: **Ε. Χρυσομάλη**
Γ. Γραμματέας: **Κ. Τόσιος**
Ταμίας: **Π. Οικονομοπούλου**
Μέλη: **Ν. Νικητάκης**
Ε. Πιέρη
Α. Δασκαλόπουλος

Το 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στοματολογίας τελεί υπό την Αιγίδα των:



• Υπουργείου Εθνικής Παιδείας & Θρησκευμάτων

• Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης



• Ευρωπαϊκής Εταιρείας Παθολογίας Στόματος



• Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας



• Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής



• Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών



• Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών



• Δήμου Αθηναίων

1ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Αθήνα, Αίγλη Ζαπείου
2-4 Απριλίου 2009

Επιτροπές

Τιμητική επιτροπή

Αγγελόπουλος Άγγελος
Μπαζοπούλου-Κυρκανίδου Ευτέρπη
Παπαναγιώτου Παναγιώτης
Παπανικολάου Σταύρος

Οργανωτική επιτροπή

Ανδρεάδης Δημήτριος
Δασκαλόπουλος Αργύρης
Δουκουδάκη Άννα
Ζερβού Φλώρα
Καραθανάση Βασιλική
Κατσουράκης Μιχάλης
Νικητάκης Νικόλαος
Οικονομοπούλου Παναγιώτα
Πιπέρη Ευαγγελία

Πουλόπουλος Αθανάσιος
Σκλαβούνου Αλεξάνδρα
Τζούτζας Ιωάννης
Τόσιος Κωνσταντίνος
Τσουνίας Βασίλειος
Φαρμάκη Ελένη
Χατζηστάμου Ιουλία
Χρυσομάλη Ευανδία

Επιστημονική επιτροπή

Αλεξανδρίδης Κωνσταντίνος
Αντωνιάδης Κωνσταντίνος
Βουγιουκλάκης Γεώργιος
Βρότσος Ιωάννης
Γιαμαρέλου Ελένη
Διακομανώλης Μανώλης
Δουκουδάκης Αστέριος
Δρούκας Βύρωνας
Επιβατιανός Απόστολος
Ηλιάδης Γεώργιος
Ιατρού Ιωάννης
Ιατρού Χρήστος
Κακάμπουρα Αφροδίτη
Καραγιάννη Αικατερίνη
Κατσάμπας Ανδρέας

Κίπτας Χρήστος
Κρεατσάς Γεώργιος
Κωνσταντόπουλος Κωνσταντίνος
Λαζαρίδης Νικόλαος
Μελέτης Ιωάννης
Μουτσόπουλος Χαράλαμπος
Μπελάζη Μαρία
Ναούμ Χρήστος
Νούτσης Κωνσταντίνος
Παπαγιαννούλη Ευαγγελία
Παπαδογεωργάκης Νικόλαος
Παπαστεριάδη Χρύσα
Πατσούρης Ευστράτιος
Σκουτέλης Αθανάσιος
Τσιχλάκης Κωνσταντίνος

Μήνυμα Προέδρου

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Έχουν περάσει πάνω από τρεις δεκαετίες όπου η Στοματολογία εξασκείται στον Ελλαδικό χώρο με το σύγχρονο πρότυπο, το οποίο συνδυάζει την κλινική και ιστοπαθολογική μελέτη των νόσων του στόματος και 7 χρόνια από την ίδρυση της Ελληνικής Εταιρείας Παθολογίας του Στόματος, οπότε ωρίμασε η σκέψη της διοργάνωσης του 1ου Πανελληνίου Συνεδρίου Στοματολογίας που διεξάγεται στις 2-4 Απριλίου 2009 στην Αθήνα, στην Αίγλη του Ζαπείου.

Η Παθολογία του Στόματος έχει σαν αντικείμενο ένα ευρύ φάσμα νοσολογικών οντοτήτων της στοματικής και γναθοπροσωπικής περιοχής, η οποία ως μέρος του βιολογικού συνόλου του ανθρώπινου σώματος επηρεάζει και επηρεάζεται από την γενική οικονομία του οργανισμού. Κατά συνέπεια τα νοσήματα του στόματος άπτονται του ενδιαφέροντος πολλών Οδοντιατρικών αλλά και Ιατρικών ειδικοτήτων.

Οι στόχοι αυτής της διοργάνωσης είναι πολλοί, με σημαντικότερους την επιτακτική ανάγκη πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου του στόματος, την εξοικείωση του σύγχρονου οδοντιάτρου με συχνές βλάβες του στόματος κατά την καθημερινή πράξη και την ευαισθητοποίηση των συναφών Ιατρικών ειδικοτήτων για την αναγκαιότητα της εξέτασης της στοματικής κοιλότητας από Στοματολόγο σε ασθενείς με συστηματικά νοσήματα.

Ελπίζουμε ότι το 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στοματολογίας θα αποτελέσει αφ' ενός κριτήριο και εμπειρία βάσει των οποίων θα πορευθούν και τα επόμενα Συνεδριά μας και αφ' ετέρου αφετηρία μίας στενότερης και εποικοδομητικής συνεργασίας με άλλες ειδικότητες της Ιατρικής.

Για την επιτυχία των παραπάνω στόχων, υποδεχόμαστε τους συναδέλφους Οδοντιάτρους και Ιατρούς που συμμετέχουν ενεργά.

Με χαρά, επίσης, καλωσορίζουμε τους φοιτητές της Οδοντιατρικής και της Ιατρικής που θα αποτελέσουν το φυτώριο των αυριανών, σύγχρονων επισημόνων του χώρου μας.

Με τιμή
Αλεξάνδρα Σκλαβούνου
Πρόεδρος του Συνεδρίου

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ

- Αλαϊbeg I. Αγγελόπουλος Α. Αλεξανδρίδης Κ.** Assist. Professor, Department of Oral Medicine, School of Dental Medicine, University of Zagreb, Croatia
Ομότιμος Καθηγητής Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Καθηγητής Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Ανάγνου Ν. Αντωνιάδης Κ.** Καθηγητής Βιολογίας, Ιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Καθηγητής Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή, Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
- Αυγερινού Γ.** Αν. Καθηγήτρια Δερματολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων Νοσοκομείο "Α. Συγγρός", Ιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Βλαχοδημητρόπουλος Δ.** Επικ. Καθηγητής Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Βουγιουκλάκης Γ.** Καθηγητής Οδοντικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Γιαμαρέλου Ε.** Καθηγήτρια Παθολογίας, Δ' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. "Απικόν", Ιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Γκριτζαλης Π.** Επικ. Καθηγητής Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Δαλαμπίρας Σ.** Επικ. Καθηγητής Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
- Δαμάσκος Σ.** Λέκτορας Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Διακομανώλης Ε. Δοντά Α.** Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Επικ. Καθηγήτρια Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Δουκουδάκη Α. Επιβατιανός Α. Ζερβού Φ. Ιατρού Ι.** Οδοντίατρος, ειδικευθείσα στη Στοματολογία Η.Π.Α.
Καθηγητής Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
Οδοντίατρος, Διευθύντρια Οδοντιατρικού Τμήματος και Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ Γ.Ν. "Ασκληπιείο" Βούλας
Αν. Καθηγητής Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Καλύβας Δ.** Επικ. Καθηγητής Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Κανάκης Π.** Στοματικός & Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Διευθυντής Γναθοχειρουργικού Τμήματος, Νοσοκομείο "Ερρίκος Ντυνάν"
- Καραγιάννη Κ.** Καθηγήτρια Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Καραμέρης Α. Κασιδώνη Ε.** Παθολογοανατόμος, Διευθυντής Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου, 417 Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μ.Τ.Σ.
Οδοντίατρος, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Κλινικής Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Κατσάμπας Α.** Καθηγητής Δερματολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων, Νοσοκομείο "Α. Συγγρός", Ιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Κατσικιέρης Ν.** Στοματικός & Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Διευθυντής Γναθοχειρουργικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. "Γ. Γεννηματάς"
- Κατσουράκης Μ. Κιτράκη Ε. Κολοκοτρώνης Α. Κορομάντζος Π.** Οδοντίατρος, Επιμελητής Α' Οδοντιατρικού Τμήματος, Γ.Ν. Λάρισας
Αν. Καθηγήτρια Βιολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Αν. Καθηγητής Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
Περιοδοντολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Περιοδοντολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Κουσκούνη Ε.** Αν. Καθηγήτρια Μικροβιολογίας, Διευθύντρια Εργαστηρίου Βιοπαθολογίας, Β' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Κρεατσάς Γ.** Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Αντιπρύτανης Ακαδημαϊκών Υποθέσεων και Προσωπικού, Β' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

- Κωνσταντόπουλος Κ.** Αν. Καθηγητής Παθολογίας, Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. "Λαϊκό", Ιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Μακρυλάκης Κ.** Επίκ. Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. "Λαϊκό", Ιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Μανταλενάκης Κ.** Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός
- Μανώλης Α.** Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν.Α. "ο Ευαγγελισμός", Ιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Μαραγκού Π.** Οδοντίατρος, Επιμελήτρια Α' Οδοντιατρικού Τμήματος Κ.Υ. Μεγάρων
- Μαυρουδής Κ.** Ενδοκρινολόγος, Διευθυντής Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη & Μεταβολισμού, Γ.Ν. "Άσκληπείον" Βούλας
- Μπαζοπούλου Ε.** Ομότιμη Καθηγήτρια Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Μπελάζη Μ.** Αν. Καθηγήτρια Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
- Μπομπέσης Γ.** Λέκτορας Περιοδοντολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Ναούμ Χ.** Αν. Διευθυντής Δερματολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν.Α. "ο Ευαγγελισμός"
- Νικητάκης Ν.** Επίκ. Καθηγητής Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Νικολάτου Ο.** Αν. Καθηγήτρια Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Οικονομοπούλου Π.** Αν. Καθηγήτρια Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Ουλής Κ.** Αν. Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Παντελιδάκη Αικ.** Παθολογοανατόμος
- Παπαγιαννούλα Ε.** Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Παπαδογεωργάκης Ν.** Αν. Καθηγητής Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Παπαναγιώτου Π.** Ομότιμος Καθηγητής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
- Παπανικολάου Σ.** Ομότιμος Καθηγητής Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Παπαστεριάδη Χ.** Διευθύντρια Τμήματος Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Π.Γ.Ν.Α. "ο Ευαγγελισμός"
- Πιπέρη Ε.** Ειδική Επιστήμονας Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Πουλόπουλος Α.** Επίκ. Καθηγητής Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
- Σαμάρκος Μ.** Επιμελητής Β', Ε' Παθολογικής Κλινικής & Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν.Α. "ο Ευαγγελισμός"
- Σαρλάνη Ε.** Οδοντίατρος, Ειδικευθείσα στην αντιμετώπιση του στοματοπροσωπικού πόνου Η.Π.Α.
- Σκλαβούνου Α.** Καθηγήτρια Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Σκουτέλης Α.** Καθηγητής, Διευθυντής Ε' Παθολογικής Κλινικής & Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν.Α. "ο Ευαγγελισμός"
- Σταυρόπουλος Π.** Επίκ. Καθηγητής Δερματολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων, Νοσοκομείο "Α. Συγγρός", Ιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Στεφανιάτης Θ.** Λέκτορας Διαγνωστικής & Ακτινολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Τεντολούρης Ν.** Επίκ. Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. "Λαϊκό", Ιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Τζιαφάς Δ.** Καθηγητής Ενδοδοντολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
- Τζιούφας Α.** Αν. Καθηγητής Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Τζούτζας Ι.** Αν. Καθηγητής Οδοντικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Τόσιος Κ.** Επίκ. Καθηγητής Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Τσάμη Α.** Αν. Καθηγήτρια Περιοδοντολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Τσιρογιάννη Α.** Αν. Διευθύντρια Τμήματος Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Π.Γ.Ν.Α. "ο Ευαγγελισμός"
- Τσιχλάκης Κ.** Καθηγητής Διαγνωστικής & Ακτινολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Φαρμάκη Ε.** Επίκ. Καθηγήτρια Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
- Χατζηστάμου Ι.** Παθολογοανατόμος, Επιστημονικός Συνεργάτης Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Χριστόπουλος Π.** Λέκτορας Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- Χρυσομάλη Ε.** Επίκ. Καθηγήτρια Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών



Neoral[®]
cyclosporin



Gold Standard

στη θεραπεία
της μέτριας* και σοβαρής ψωρίασης¹



NOVARTIS

Novartis (Hellas) A.E.B.E.

12ο χλμ. Εθνικής Οδού
Αθηνών-Λαμίας
144 51 Μεταμόρφωση
Τηλ.: 210 281 1712

Γραφείο Θεσσαλονίκης:
Βασ. Όλγας 216
551 33 Καλαμαριά
Τηλ.: 2310 424 039


* Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος: Το Neoral[®] ενδείκνυται σε ασθενείς με βαριά ψωρίαση στους οποίους η συμβατική θεραπεία είναι αναποτελεσματική ή ακατάλληλη.
1. Haider AS et al. J Immunol 2008; 180: 1913-1920

ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ: 210 - 282 8812

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕ ΜΙΑ ΜΑΤΙΑ

2 Απριλίου 2009

Πέμπτη

- 12:00-15:00 Προσέλευση Εγγραφές
- 13:30-14:30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ I
- 14:30-16:00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II
- 16:00-17:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ I**
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ
- 17:00-17:30 Διάλειμμα καφέ & Επίσκεψη στην Έκθεση και στο Χώρο των Αναρτημένων Ανακοινώσεων
- 17:30-19:00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ I**
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ. ΠΟΣΟ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΚΑΙ ΕΠΗΡΕΑΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ;
Με την υποστήριξη της 
- 19:00-19:45 **ΔΙΑΛΕΞΗ I**
Η Στοματολογία σήμερα. Εξελικτικές τάσεις
- 20:00-20:30 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ
- 20:30-21:00 **ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ**
Ο ομφάλιος λώρος Ιατρικής και Οδοντιατρικής: Αυτοάνοση επιδηλίτιδα
- 21:00 **ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ**

Παρασκευή

3 Απριλίου 2009

- 08:30-10:00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III
- 10:00-10:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ II**
Η χρήση των laser στη στοματολογία
- 10:30-11:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ III**
Νοσοκομειακή αντιμετώπιση του ασθενούς με ειδικές ανάγκες
- 11:00-11:30 Διάλειμμα καφέ & Επίσκεψη στην Έκθεση και στο Χώρο των Αναρτημένων Ανακοινώσεων
- 11:30-13:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II**
ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ
- 13:30-15:00 Μεσημβρινή διακοπή & Επίσκεψη στην Έκθεση και στο Χώρο των Αναρτημένων Ανακοινώσεων
- 15:00-16:00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ IV
- 16:00-17:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III**
ΣΥΧΝΑ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

- 17:30-18:00 Διάλειμμα καφέ & Επίσκεψη στην Έκθεση και στο Χώρο των Αναρτημένων Ανακοινώσεων
- 18:00-19:00 **ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ IV & V**
- Βιολογία και τεχνολογία των βλαστικών κυττάρων: Προοπτικές της αναγεννητικής Ιατρικής
 - Βλαστικά κύτταρα οδοντικού πολφού: Η δυνατότητα φύλαξης και η προοπτική αξιοποίησής τους

Σάββατο

4 Απριλίου 2009

- 08:30-10:00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V
- 10:00-11:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV**
ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ
- 11:30-12:00 Διάλειμμα καφέ & Επίσκεψη στην Έκθεση και στο Χώρο των Αναρτημένων Ανακοινώσεων
- 12:00-13:00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ II**
ΗΡV ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΩΝ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΩΝ. Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΙΚΟΝΑ
- 13:00-13:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ VI**
Η HIV λοίμωξη σήμερα
- 13:30-15:00 Μεσημβρινή διακοπή & Επίσκεψη στην Έκθεση και στο Χώρο των Αναρτημένων Ανακοινώσεων
- 15:00-16:00 **ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ VII & VIII**
- Ο παιδιατρικός ασθενής με νεοπλάσματα του στόματος
 - Ο ασθενής με συστηματικό νόσημα. Απόλυτες και σχετικές αντενδείξεις τοποθέτησης εμφυτευμάτων
- 16:00-17:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ V**
Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ
- 17:30-18:00 Διάλειμμα καφέ & Επίσκεψη στην Έκθεση και στο Χώρο των Αναρτημένων Ανακοινώσεων
- 18:00-19:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VI**
Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΑΛΛΩΝ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ
- 19:00-20:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII**
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
- 20:30 *Current activities of European Association of Oral Medicine*
- 20:45 ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

12:00-15:00

Προσέλευση – Εγγραφές

13:30-14:30

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ I

Προεδρείο: Ο. Νικολάτου – Γ. Μαραγκού

1. **Η λειτουργία στοματολογικού ιατρείου σε ένα Γενικό Νοσοκομείο της περιφέρειας. Κλινικοστατιστική μελέτη.**
Ζιώγα Α., Κλειτσάκη Δ., Τσουνίας Β.
Οδοντιατρικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας
2. **Στοματολογικά περιστατικά του οδοντιατρικού τμήματος του Κ.Υ. Μεγάρων.**
Μαραγκού Π., Σπηλιωτόπουλος Α., Ντόκος Ε.
Οδοντιατρικό Τμήμα Κ.Υ. Μεγάρων
3. **Επείγοντα στοματολογικά περιστατικά. Κλινική μελέτη 250 περιπτώσεων.**
Τάτση Μ., Κατσουράκης Μ.
Οδοντιατρικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας
4. **Αντιμέτωπιση του πόνου σε ασθενείς με καρκίνο στόματος.**
Μουτζούρη Α., Σταυροπούλου Ε., Βιτσαρά Σ., Αργύρα Ε., Σιαφάκα Ι., Βαδαλούκα Α.
Κέντρο Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας Α΄ Αναισθησιολογικής Κλινικής Αρεταίειου Νοσοκομείου ΕΚΠΑ
5. **Ερπητική στοματίτιδα. Κλινική μελέτη 17 περιπτώσεων.**
Ζερβού-Βάλβη Φ., **Δημητρίου Αικ.**, Ντάβου- Ζουρδού Κ., Καραϊνδρου Αικ., Πεντέας Στ., Βαρσάμη Ο.
Στοματολογικό Ιατρείο του Οδοντιατρικού Τμήματος και Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ και Κυτταρολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Ασκληπιείου Βούλας
6. **Σχετική συχνότητα και κλινικοστατιστική μελέτη 553 περιπτώσεων οδοντογενών όγκων με βάση τη νεώτερη ταξινόμηση της WHO (2005).**
Τσιτσινίδης Σ., Χρυσομάλη Ε., Σκλαβούνου Α.
Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

14:30-16:00

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ II

Προεδρείο: Π. Κανάκης – Α. Δοντά

7. **Άτυπη οδοντογενής κύστη με στοιχεία που υποδύονται τον ακανθοκυτταρικό οδοντογενή όγκο. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.**
¹**Πατσογιάννης Κ.**, ¹Πιπέρη Ε., ¹Τόσιος Κ., ¹Χρυσομάλη Ε., ²Βλαχοδημητρόπουλος Δ., ²Σκλαβούνου Α.
1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
2. Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

8. Σπάνια περίπτωση κεντρικού οδοντογενούς ινώματος.

Καραγιώργας Α., ²Τζέρμπος Φ., ³Κολόμβος Ν., ¹Πιπέρη Ε.,
¹Χαζηστάμου Ι., ¹Σκλαβούνου Α.

*1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής
Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ,*

*2. Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής,
Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.*

9. Η χρησιμότητα της οδοντιατρικής υπολογιστικής τομογραφίας στην διερεύνηση τυχαίων ακτινογραφικών ευρημάτων.

Δοντά Α., Στεφανιώτης Θ., Παπαδάκης Ευ., Τσιχλάκης Κ.

*Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή,
ΕΚΠΑ*

10. Κλινικά χαρακτηριστικά και θεραπεία των κεντρικών γιγαντοκυτταρικών κοκκιωμάτων στα παιδιά.

Θεολόγη-Λυγιδάκη Ν., Τέλωνα Π., Μιχαήλ-Στράντζια Α., Ιατρού Ι.

*Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Νοσοκομείο
Παιδων “Π. και Α. Κυριακού”, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

11. Βασικοκυτταρικό αδένωμα ελασσόνων σιελογόνων αδένων. Παρουσίαση περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Μουρτζούκου Δ., Βλάχου Β., ²Μπασακίδης Α., ²Κυριοπούλου Ε.,

¹Νομικός Α., ²Τσούτσος Δ., ¹Παπαλιώδη Ε.

1. Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Γ.Ν.Α “Γ. Γεννηματάς”

2. Πλαστική Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α “Γ. Γεννηματάς”

12. Βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα υπερώας σε παιδιατρικό ασθενή. Παρουσίαση περίπτωσης και βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Παπαδογεωργάκης Ν., Νικητάκης Ν., **Φωτόπουλος Δ.,** Σκλαβούνου Α., Αλεξανδρίδης Κ.

*Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. “ο
Ευαγγελισμός” και Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή
ΕΚΠΑ*

13. Ασπεργίλλωση ιγμόρειου άντρου με εικόνα ξένου σώματος. Αναφορά περίπτωσης.

Καλφαρέντζος Ε., Λεφαντζής Ν., Γκουτζάνης Λ., Παπαδογεωργάκης Ν.

*Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Γ.Ν.Α “ο
Ευαγγελισμός”, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

14. Μουκορμύκωση: Μια σπάνια αλλά και επικίνδυνη λοίμωξη.

Κρανίτη Κ., Οκτσελόγλου Β., Παραρά Ε., Παπαδογεωργάκης Ν.

*Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γ.Ν.Α “ο
Ευαγγελισμός”, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

15. Ενδοσκοπική χειρουργική μειζόνων σιελογόνων αδένων (σιελαδενοσκόπηση).

Ν. Ζαφειριάδης

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής 251 ΓΝΑ

16:00-17:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ι
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ
ΤΩΝ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Προεδρείο: Α. Επιβατιανός – Δ. Βλαχοδημητρόπουλος

Σχέση της ιστολογικής εικόνας καλοήθων νεοπλασμάτων των
σιαλογόνων αδένων με τη βιολογική τους συμπεριφορά
Κ. Τόσιος

Σχέση της ιστολογικής εικόνας κακοήθων νεοπλασμάτων των
σιαλογόνων αδένων με τη βιολογική τους συμπεριφορά
Α. Επιβατιανός

Βασικές αρχές θεραπείας νεοπλασμάτων των σιαλογόνων
αδένων

Ν. Παπαδογεωργάκης

17:00-17:30 *Διάλειμμα καφέ & Επίσκεψη στην Έκθεση
και στο Χώρο των Αναρτημένων Ανακοινώσεων*

17:30-19:00 ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ Ι
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ. ΠΟΣΟ
ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΚΑΙ ΕΠΗΡΕΑΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ;

Προεδρείο: Α. Τσάμη – Ν. Τεντολούρης

Οξείες επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη στην οδοντιατρική
πράξη

Κ. Μακρυλάκης

Σακχαρώδης διαβήτης και περιοδοντική νόσος. Πρόσφατα
δεδομένα που καθορίζουν μια αμφίδρομη σχέση


Π. Κορομάντζος

Περιεπεμβατική διαχείριση καρδιοπαθών ασθενών

Α. Μανώλης

Περιοδοντική νόσος και καρδιαγγειακά νοσήματα. Πού
πραγματικά βρισκόμαστε;

Γ. Μπομπέτσας

Με την υποστήριξη της 

19:00-19:45 ΔΙΑΛΕΞΗ Ι
Προεδρείο: Α. Αγγελόπουλος

Η Στοματολογία σήμερα. Εξελικτικές τάσεις

Α. Σκλαβούνου

20:00-20:30 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ – ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

20:30-21:00 ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

Ο ομφάλιος λώρος Ιατρικής και Οδοντιατρικής: Αυτοάνοση
επιθηλίτιδα

Α. Τζιούφας

21:00 Δεξίωση Υποδοχής

08:30–10:00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ III

Προεδρείο: Σ. Δαλαμπίρας – Π. Χριστόπουλος

- 16. Μελανωτικός νευροεξωδερμικός όγκος των νεογνών με εντόπιση στην κάτω γνάθο. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.**
Βασιλοπούλου Ε., ¹Πιπέρη Ε., ²Κούτλας Ι., ¹Τόσιος Κ., ¹Σκλαβούνου Α.
 1.Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
 2. Division of Oral and Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota, USA.
- 17. Σπάνια περίπτωση σπίλου Spitz στο άνω χείλος. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.**
Παπαδοπούλου Ε., ¹Βασιλοπούλου Ε., ¹Πιπέρη Ε., ²Κούτλας Ι., ¹Τόσιος Κ., ¹Σκλαβούνου Α.
 1.Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
 2.Division of Oral and Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota, USA.
- 18. Ασπεργίλλωση σπλαχνικού κρανίου - Αναφορά περιστατικού**
Σκούρα Κ., Γκίνης Γ., Σταδόπουλος Π., Νταής Π., Βελεγράκη Α., Ράλλης Γ., Ζαχαριάδης Ν.
 Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής ΓΝΑ ΚΑΤ
- 19. Εξωαδενικό λέμφωμα ΝΚ/Τ κυττάρων ρινικού τύπου.**
¹Νικητάκης Ν., ²Πολυζώης Γ., ¹Κατουμάς Κ., ³Ζολώτα Β., ¹Σκλαβούνου Α., ⁴Παπαδάς Θ.
 1. Εργαστήριο Στοματολογίας 2. Εργαστήριο Προσθητικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ 3. Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής και Κυτταρολογίας Πανεπιστήμιο Πατρών 4. Κλινική ΩΡΛ Πανεπιστήμιο Πατρών
- 20. Non-Hodgkin λέμφωμα τύπου malt με εντόπιση στην υπερώα: Αναφορά περίπτωσης.**
Βαρμπομπίτης Ι., Πατσογιάννης Κ., Νικητάκης Ν., Σκλαβούνου Α.
 Εργαστήριο Στοματολογίας Τομέας Παθολογίας & Χειρουργικής Στόματος Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
- 21. Ουδετεροπενικά έλκη στοματικής κοιλότητας λόγω λήψης Κλοζαπίνης.**
Γεωργάκη Μ., ¹Βασιλοπούλου Ε., ¹Πιπέρη Ε., ²Ανδρικοπούλου Μ., ¹Σκλαβούνου Α.
 1.Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ. 2.Προπτυχιακή φοιτήτρια, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.
- 22. Διηθητικό αγγειολίωμα στόματος. Παρουσίαση σπάνιου περιστατικού και ανασκόπηση βιβλιογραφίας.**
Δαλαμπίρας Στ., Τηλαβερίδης Ι., Ιορδανίδης Σ., Ζαραμπούκας Θ., Επιβατιανός Α.
 Εργαστήριο Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

23. Αγγειολίωμα άνω χείλους.

Πανταζής Γ., Αγαπητού Π., Αγαπητός Ε.

Α΄ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

24. Σπάνια περίπτωση διηθητικού αγγειολιπώματος με εντόπιση στο ζυγωματικό μυ.

¹Γκιγκέλου Ε., ³Μαυροβουνιώτης Ν., ²Χριστόπουλος Π., ⁴Πιπέρη Ε.,

⁵Βλαχοδημητρόπουλος Δ., ⁴Σκλαβούνου Α.

1. Προπτυχιακή φοιτήτρια, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ,

2. Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Τομέας

Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

3. Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός,

4. Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής

Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

5. Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

10:00-10:30 ΔΙΑΛΕΞΗ II

Προεδρείο: Κ. Αλεξανδρίδης – Ν. Κατσικιέρης

Η χρήση των Laser στη Στοματολογία

Κ. Μανταλενάκης

10:30-11:00 ΔΙΑΛΕΞΗ III

Προεδρείο: Κ. Αλεξανδρίδης – Ν. Κατσικιέρης

Νοσοκομειακή αντιμετώπιση του ασθενούς με ειδικές ανάγκες

Φ. Ζερβού

11:00–11:30 Διάλειμμα καφέ & Επίσκεψη στην Έκθεση

και στο Χώρο των Αναρτημένων Ανακοινώσεων

11:30-13:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II

ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Προεδρείο: Σ. Παπανικολάου – Κ. Αντωνιάδης

Μοριακή βάση του καρκίνου του στόματος

Ν. Νικητάκης

Κλινική εικόνα προκαρκινικών βλαβών και καρκίνου του στόματος

Α. Πουλόπουλος

Ο στοματοπροσωπικός πόνος στον ασθενή με καρκίνο του στόματος

Ε. Κασιδώνη

Ο ρόλος της παθολογοανατομικής έκθεσης στην πρόγνωση του καρκίνου του στόματος

Π. Οικονομοπούλου

Βασικές αρχές αντιμετώπισης του καρκίνου του στόματος και η διαχείριση του ασθενούς

Κ. Αντωνιάδης

13:30-15:00

Μεσημβρινή διακοπή & Επίσκεψη στην Έκθεση και στο Χώρο των Αναρτημένων Ανακοινώσεων

Προεδρείο: Α. Καραμέρης – Α. Πουλόπουλος

25. Μελέτη των μεταστάσεων στους προσωπικούς λεμφαδένες σε ασθενείς με ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα της στοματικής κοιλότητας.

Πετσίνης Β., Παπαδογεωργάκης Ν., Ευαγγέλου Ι., Γκουτζάνης Λ., Παντελιδάκη Α., Αλεξανδρίδης Κ.

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Γ.Ν.Α “Ο Ευαγγελισμός”, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

26. Προκαταρκτική μελέτη της έκφρασης και της κατανομής του συμπλέγματος ARP2/3 σε κυτταρικές σειρές ακανθοκυτταρικού καρκινώματος κεφαλής-τραχήλου.

Παπαβασιλείου Δ., Προκοπίδη Μ., Bauer R., Reichert T.

Κέντρο Ιατρικής Βιοτεχνολογίας, Πανεπιστημιακή Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Regensburg, Γερμανία

27. Ενεργοποίηση της σηματοδοτικής οδού mTOR σε προκαρκινικές βλάβες του στόματος.

¹Αρβανιτίδου Ι.Ε., ¹ Νικητάκης Ν., ²Βλαχοδημητρόπουλος Δ.,

³Ρασιδάκης Γ., ¹Σκλαβούνου Α.

1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

2. Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

3. Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

28. Ανίχνευση ογκογόνων υποτύπων του ιού HPV σε προκαρκινικές βλάβες του βλεννογόνου του στόματος.

¹Νικητάκης Ν., **¹Μποζιάρη Π.**, ²Ρασιδάκης Γ., ¹Σκλαβούνου Α.

1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

2. Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

29. Μελέτη της έκφρασης των ογκοκατασταλτικών γονιδίων p53 και p21 σε ινοβλάστες του στρώματος σε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και λευκοπλακίες του στοματικού βλεννογόνου.

^{1,3}**Χατζηστάμου Ι.**, ¹Τρίμης Γ., ²Κιάρης Ι., ³Κίττας Χ., ¹Σκλαβούνου Α.

1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

2. Εργαστήριο Βιοχημείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

3. Εργαστήριο Ιστολογίας και Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

30. Η εμπειρία του εξωτερικού ιατρείου Στοματολογίας του Νοσοκομείου “ο Ευαγγελισμός” κατά την περίοδο 2001-2008.

Προδρομίδης Γ, Βασιλοπούλου Ε, Νικητάκης Ν, Καραγεωργας Α, Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Γ.Ν.Α “ο Ευαγγελισμός”, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

16:00-17:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ III

Προεδρείο: Π. Παπαναγιώτου – Α. Δουκουδάκη

**ΣΥΧΝΑ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ**

Καυσαλγία στόματος

Ε. Σαρλάνη-Νικητάκη

Διαταραχές της γεύσης

Ε. Πιπέρη

Κακοσμία στόματος

Θ. Στεφανιώτης

Ξηροστομία

Μ. Κατσουράκης

17:30-18:00 *Διάλειμμα καφέ & Επίσκεψη στην Έκθεση και στο Χώρο των Αναρτημένων Ανακοινώσεων*

18:00-19:00 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ IV & V

Προεδρείο: Ε. Παπαγιαννούλη – Ε. Κιτράκη

**Βιολογία και τεχνολογία των βλαστικών κυττάρων: Προοπτικές
της αναγεννητικής Ιατρικής**

Ν. Ανάγνου

**Βλαστικά κύτταρα οδοντικού πολφού: Η δυνατότητα φύλαξης
και η προοπτική αξιοποίησής τους**

Δ. Τζιαφάς

08:30–10:00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ V

Προεδρείο: Ε. Φαρμάκη – Χ. Ναούμ

31. Σύγχρονες απόψεις και ερευνητικά δεδομένα για τον παθογενετικό μηχανισμό της πέμφιγας.**Ανδρεάδης Α.Δ.***Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ.***32. Γενικευμένη διόγκωση ούλων ως πρώτη εκδήλωση οξείας μυελομονοκυτταρικής λευχαιμίας.****¹Ανδρικοπούλου Μ., ¹Κοντοπίδης Ι., ²Νικητάκης Ν., ²Σκλαβούνου Α.***1. Προπτυχιακή φοιτήτρια, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ**2. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.***33. Συφιλιδικά έλκη βλεννογόνων – δέρματος.****¹Ναούμ Χ., ²Εμμανουήλ Π.***1. Δερματολογικό τμήμα Π.Γ.Ν.Α. “ο Ευαγγελισμός”,**2. Δερματολογικό τμήμα Γ. Ν. Παιδων Πεντέλης***34. Πρώιμη διάγνωση δευτερόγονου σύφιλης με στοματικές εκδηλώσεις.****¹Σφακιανού Α., ²Νούτσης Κ., ³Ανδρικοπούλου Μ., ¹Σκλαβούνου Α.***1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ**2. Δερματολογικό τμήμα Π.Γ.Ν.Α. “ο Ευαγγελισμός”**3. Προπτυχιακή Φοιτήτρια, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ***35. Νεκρωτικές ελκώδεις βλάβες: Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση.****Παυλάτου Α.,** Καρούσης Ι., Κουτσοχρήστου Β., Τσάμη Α.*Εργαστήριο Περιodontολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ***36. Ουραιμική στοματίτιδα σε έδαφος χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.****¹Κοντοπίδης Ι., ¹Ανδρικοπούλου Μ., ²Τιτσινίδης Σ., ²Νικητάκης Ν.,****²Σκλαβούνου Α.***1. Προπτυχιακός Φοιτητής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2. Εργαστήριο**Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ***37. Ισχυρή συσχέτιση HLA-DRB1*/DQB1* πολυμορφισμών με αντισώματα έναντι δεσμογλεΐνης σε Έλληνες ασθενείς με κοινή πέμφιγα.****¹Παπαστεριάδη Χρ., ¹Ταράση Αικ, ¹Αθανασιάδης Θ., ¹Κουινιάκη Δ.,****²Ξανθινάκη Α., ¹Τσιρογιάννη Α., ¹Κίτσιου Β., ²Σκλαβούνου Α.***1. Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. “ο Ευαγγελισμός”,**2. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ***38. Συγκριτική μελέτη ειδικών αυτοαντισωμάτων στο πρωτοπαθές σύνδρομο Sjögren.****¹Τσιρογιάννη ΑΛ., ¹Σουφλερός Κ., ²Σφουντούρης Χ., ¹Αντωνάκης Γ.,****¹Ρουσάκης Ευθ., ¹Καραφέρη Αικ., ¹Παπαστεριάδη Χρ.***1. Τμήμα Ανοσολογίας- Ιστοσυμβατότητας, 2. Ρευματολογικό Τμήμα,**Γ.Ν.Α. “ο Ευαγγελισμός”*

39. Αντιμετώπιση ασθενών με κακοήδη νεοπλάσματα από την Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου.

Λιναρδάκου Αικ., Κασιδώνη Ε., Δρούκας Β.

Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**10:00-11:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ IV
ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ**

Προεδρείο: Ε. Γιαμαρέλου – Ε. Μπαζοπούλου

Τα αντιβιοτικά και ο Έλληνας οδοντίατρος

Ε. Γιαμαρέλου

Ιοστατικά, αντιμυκητιασικά, αντιφλεγμονώδη στη θεραπεία νόσων του στόματος

Α. Κολοκοτρώνης

Παρενέργειες φαρμάκων στη στοματική κοιλότητα

Ε. Χρυσομάλη

Διφωσφονικά: Οφέλη και τρόποι πρόληψης των παρενεργειών

Κ. Μαυρουδής

11:30- 12:00 *Διάλειμμα καφέ & Επίσκεψη στην Έκθεση και στο Χώρο των Αναρτημένων Ανακοινώσεων*

**12:00-13:00 ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ II
HPV ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΩΝ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΩΝ.
Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Προεδρείο: Γ. Κρεατσάς – Ε. Κουσκούνη

HPV σχετιζόμενες λοιμώξεις στη γυναίκα.

Επιπτώσεις και εξελίξεις στην πρόληψη και αντιμετώπιση

Ε. Διακομανώλης

HPV σχετιζόμενες λοιμώξεις στη στοματική κοιλότητα. Τι νεότερο;

Α. Σκλαβούνου

13:00-13:30 ΔΙΑΛΕΞΗ VI

Προεδρείο: Χ. Παπαστεριάδη

Η HIV λοίμωξη σήμερα

Α. Σκουτέλης

13:30-15:00 *Μεσημβρινή διακοπή & Επίσκεψη στην Έκθεση και στο Χώρο των Αναρτημένων Ανακοινώσεων*

15:00-16:00 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ VII & VIII

Προεδρείο: Ι. Τζούτζας – Κ. Ουλής

Ο παιδιατρικός ασθενής με νεοπλάσματα του στόματος

Ι. Ιατρού

Ο ασθενής με συστηματικό νόσημα. Απόλυτες και σχετικές αντενδείξεις τοποθέτησης εμφυτευμάτων

Δ. Καλύβας

- 16:00-17:30** **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ V**
Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ
Προεδρείο: Κ. Τσιχλάκης – Γ. Βουγιουκλάκης
- Διάγνωση καλοήθων και κυστικών αλλοιώσεων των γνάθων**
 Π. Γκριτζαλης
- Διάγνωση κακοήθων και μεταστατικών όγκων των γνάθων**
 Κ. Τσιχλάκης
- Διάγνωση παθολογικών ενασβεστιώσεων της τραχηλοπροσωπικής χώρας**
 Σ. Δαμάσκος
- Διάγνωση γενικών νόσων με εκδηλώσεις στα οστά των γνάθων**
 Κ. Νικοπούλου-Καραγιάννη
- 17:30-18:00** *Διάλειμμα καφέ & Επίσκεψη στην Έκθεση και στο Χώρο των Αναρτημένων Ανακοινώσεων*
- 18:00-19:00** **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VI**
Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΑΛΛΩΝ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ
Προεδρείο: Κ. Κωνσταντόπουλος – Α. Τσιρογιάννη
- Η βιοψία του στοματικού βλεννογόνου. Από την κλινική στο εργαστήριο**
 Ι. Χατζηστάμου
- Βασικός εργαστηριακός έλεγχος σε λοιμώδη και αιματολογικά νοσήματα**
 Μ. Σαμάρκος
- Ο ρόλος του σιάλου στη διάγνωση νοσημάτων του στόματος**
 Μ. Μπελάζη
- 19:00-20:30** **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII**
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
Προεδρείο: Α. Κατσάμπας – Α. Σκλαβούνου
- Εκδηλώσεις από το στοματικό βλεννογόνο**
 Ε. Φαρμάκη
- Ερυθρηματώδης λύκος – πομφολυγώδες και ουλωτικό πεμφιγοειδές, δερματικές εκδηλώσεις. Θεραπευτική προσέγγιση**
 Γ. Αυγερινού
- Δερματικές εκδηλώσεις – Θεραπευτικές προσεγγίσεις πέμφιγας και ομαλού λειχήνα**
 Π. Σταυρόπουλος
- Η συμβολή του παθολογοανατόμου στη διάγνωση**
 Α. Παντελιδάκη
- 20:30** **CURRENT ACTIVITIES OF EUROPEAN ASSOCIATION OF ORAL MEDICINE**
 Ι. Alajbeg, *Secretary General*
- 20:45** **ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Posters)

P01 ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗΣ ΟΓΚΟΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.

¹Κοντογιάννη Ζ., ¹Τσιτλίδου Α., ²Κατσούλης Δ., ¹Νομικός Α., ²Δημόπουλος Ι., ¹Χορευτάκη Θ.

1. Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Γ.Ν.Α "Γ. Γεννηματάς" 2. Γναθοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α "Γ. Γεννηματάς"

P02 ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΥΣΤΑΔΕΝΩΜΑ ΠΑΡΩΤΙΔΟΣ.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

¹Σούκα Ε., ¹Διακάτου Ε., ¹Νομικός Α., ²Πάππας Ζ., ¹Κακιοπούλος Γ.

1. Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Γ.Ν.Α "Γ. Γεννηματάς", 2. Ω.Ρ.Λ Κλινική Γ.Ν.Α "Γ. Γεννηματάς"

P03 ΟΜΑΛΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ:

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ

Ξανθινάκη Α., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P04 ΟΜΑΛΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ:

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ξανθινάκη Α., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P05 Η ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΟΥ *Helicobacter pylori* ΚΑΙ Η ΠΙΘΑΝΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Καραθανάση Β., Τόσιος Κ., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P06 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Τσούνιας Β., **Τηνιακός Ι.,** Λυκούδης Γ.

Κέντρο Γεροντοδοντιατρικών Μελετών – Αθήνα

P07 ΟΣΩΔΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΙΤΙΣ ΠΑΡΕΙΑΣ.

ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Λεβέντης Μ., Γκουζιώτη Α., Βάρδας Ε., Χρυσομάλη Ε., Χατζησταύμου Ι., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P08 ΑΥΤΟΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΧΩΡΑ

Τόλη Μ., **Ζάρρα Θ.,** Κολοκοτρώνης Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

P09 ΛΕΙΧΗΝΟΕΙΔΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΣΤΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Βλαχοδημήτρη Μ., Ανδρικοπούλου Ε., Πεπελάση Ε., Νικητάκης Ν., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Περιοδοντολογίας και Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**P10 Η ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ Ή ΔΙΕΙΣΔΥΤΙΚΗ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΣΗ
ΚΑΙ ΟΙ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ**

Πιάγκου Μ., Πιάγκος Γ.

Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**P11 Η ΔΙΕΙΣΔΥΤΙΚΗ ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΩΣΗ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΣΤΟ-
ΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Πιάγκου Μ., Πιάγκος Γ.

Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**P12 ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ,
ΓΝΑΘΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΕΡΙΞΙ ΙΣΤΩΝ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Πιάγκου Μ., Πιάγκος Γ., Κοτσιομήτης Β., Αναγνωστοπούλου Σ.

Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P13 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ

Δήμτσας Σ., Τζέρμπος Φ., Λυγιδάκη Ν., Ιατρού Ι.

*Κλινική Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Νοσοκομείο Παίδων "Π. & Α. Κυριακού",
Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

**P14 ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΟΒΛΑΣΤΙΚΟ ΙΝΟ-ΟΔΟΝΤΩΜΑ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΙΣΗ.**

Αθανασίου Κ., Λεβέντης Μ., Δήμτσας Σ., Λυγιδάκη Ν., Στεφανάκη Κ., Ιατρού Ι.

*Κλινική Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»,
Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

P15 ΔΕΡΜΟΕΙΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΓΛΩΣΣΑΣ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Ιατρού Ι., Λυγιδάκη Ν., **Δήμτσας Σ.**, Γιαμαρέλου Π.

*Κλινική Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και Παθολογοανατομικό τμήμα Νοσοκομείου
Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

P16 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΜΕΛΑΓΧΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

¹Ντόκου Π., ²Ντόκος Ε., ¹Δαδιώτου-Ντόκου Ε.

1. Χειρουργός Οδοντίατρος 2. Οδοντίατρος Κ.Υ. Μεγάρων

**P17 Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΔΑΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ
ΝΟΣΟ**

²Φωτοπούλου Ι., ²Παρατήρας Σ., ¹Γιαννόπουλος Κ., ²Νικολοπούλου Α., ¹Τριανταφύλλου Π.

*1. Τμήμα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Γ.Ν. Πατρών "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ" 2. Αιματολογικό
Εργαστήριο Γ.Ν. Πατρών "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"*

**P18 ΑΤΡΑΚΤΟΕΙΔΗΣ ΔΙΕΥΡΥΝΣΗ ΤΟΥ ΠΟΡΟΥ ΤΟΥ ΚΑΤΩ ΦΑΤΝΙΑΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ:
ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΗΡΑΓΓΩΔΟΥΣ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑΤΟΣ**

¹Προκοπίδη Μ., ¹Παπαβασιλείου Δ., ¹Wahlmann U., ²Vogel C., ¹Reichert T.

*1. Πανεπιστημιακή Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Πανεπιστημίου
Regensburg, Γερμανία 2. Τμήμα Παθολογοανατομίας Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Regensburg,
Γερμανία*

P19 ΜΥΡΜΗΚΙΩΔΕΣ ΞΑΝΘΩΜΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ:

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μερκουρέα Σ., Κριθινάκης Σ., Τόσιος Κ.Ι., Νικητάκης Ν., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P20 ΜΕΓΑΛΕΣ ΑΦΘΕΣ Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ SUTTON. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.

Αλαμάνος Χ.

Γναθοχειρουργική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Freiburg, Γερμανία

P21 ΕΠΙΧΕΙΛΙΟΣ ΕΡΠΗΣ: ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ, ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

¹Πέτρου Μ.Α., ²Σφακιανού Α., ²Σκλαβούνου Α.

1. Οδοντίατρος 2. Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

P22 ΟΣΩΔΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΙΤΙΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ

Αγαπητού Π., Πανταζής Γ., Αγαπητός Ε.

Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρικής Σχολής, ΕΚΠΑ

P23 ΚΥΚΛΩΠΕΣ. ΜΥΘΟΣ Ή ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ;

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΜΒΡΥΩΝ ΣΕ ΝΕΚΡΟΤΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ

Κτενά-Αγαπητού Π., Καρακούκης Ν., Κουτσαύτης Φ., Ανδρούτσος Γ., Αγαπητός Ε.

Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P24 ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΩΜΑ ΟΦΘΑΛΜΙΚΟΥ ΚΟΓΧΟΥ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

¹Διαμαντή Σ., ²Παπαδάκης Δ., ³Τσιώνος Κ., ⁴Παλαιοκαστρίτης Γ.

1. Στοματολογικό Τμήμα 251 ΓΝΑ 2. Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός 3. Αιματολογική Κλινική 251 ΓΝΑ 4. Οφθαλμολογική Κλινική 251 ΓΝΑ

P25 ΛΙΘΙΑΣΗ ΕΛΑΣΣΟΝΩΝ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

¹Παπαδάκης Δ., ²Διαμαντή Σ.

1. Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός 2. Στοματολογικό Τμήμα 251 ΓΝΑ

P26 ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Γιαβή Γ., Βολιώτη Α., Καραγεωργας Α., Κακναβάτος Π., Χρυσομάλη Ε., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P27 ΠΑΡΟΔΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΘΗΛΩΝ ΓΛΩΣΣΑΣ:

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

¹Καμπέρος Γ., ¹Νικητάκης Ν., ¹Μήτρου Γ., ²Μωυσιδης Ι., ¹Σκλαβούνου-Ανδρικοπούλου Α.

1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

2. Παιδίατρος-Αλλεργιολόγος

P28 ΣΤΟΜΑΤΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ:

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

¹Καμπέρος Γ., ¹Νικητάκης Ν., ²Σκλαβενίτη Μ., ²Δοντά-Μπακογιάννη Α., ¹Σκλαβούνου-Ανδρικοπούλου Α.

1. Εργαστήριο Στοματολογίας Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ 2. Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

P29 ΣΥΝΔΡΟΜΟ LAUGIER-HUNZIKER: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Τριανταφύλλου Κ., Χρυσομάλη Ε., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής του Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

P30 ΧΡΟΝΙΟ ΕΛΚΟΣ ΥΠΕΡΩΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΛΗΨΗ ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗΣ

¹Νικητάκης Ν., ¹Νάννου Α., ²Κατωπόδη Ε., ³Τζιούφας Α, ¹Σκλαβούνου Α.

1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ 2. Κέντρο Υγείας Βασιλικής Λευκάδας 3. Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P31 ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΣΙΑΛΟΛΙΘΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΙΟ ΤΟΥ ΕΚΦΟΡΗΤΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ ΤΟΥ ΥΠΟΓΝΑΘΙΟΥ ΣΙΑΛΟΓΟΝΟΥ ΑΔΕΝΑ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ

Μένεγας Γ., Μητροπούλου Α., **Καραϊνδρου Α.**, Δημόπουλος Π. , Ζερβού-Βάλβη Φ.
Οδοντιατρικό Τμήμα Κέντρου Υγείας Αρεόπολης

P32 ΟΡΓΑΝΟ ΤΟΥ CHIEVITZ:

ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σφακιανού Α., Νικητάκης Ν., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P33 ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

¹Σφακιανού Α., ²Τεσσερομμάτη Χ.

1. Εργαστήριο Στοματολογίας Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ 2. Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**P34 Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΟΣΩΝ ΤΩΝ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ
Ν. Ζαφειριάδης**

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής 251 ΓΝΑ

P35 ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ:

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Νικητάκης Ν.Γ., **Αργύρης Π.Π.**, Ιατρού Ι., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας και Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P36 ΕΞΟΣΤΩΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΟΣΤΕΟΕΝΣΩΜΑΤΟΥΜΕΝΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΣΤΕΟΥ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

¹Τριποδάκης Α., ²Νικητάκης Ν., **²Αργύρης Π.**, ²Σκλαβούνου Α.

1. Εργαστήριο Προσθητικής 2. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P37 ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝΤΕΣ ΜΙΚΤΟΙ ΟΓΚΟΙ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Παπαδογεωργάκης Ν., **Δασκαλόπουλος Α.**, Νικητάκης Ν., Παπαδόπουλος Π., Σκλαβούνου Α. Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, ΠΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός» και Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P38 ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΕΡΑΤΙΝΟΚΥΣΤΙΚΟΥ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΟΥΣ ΟΓΚΟΥ ΚΑΙ ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΟΒΛΑΣΤΩΜΑΤΟΣ: ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Γιγκέλου Ε., **Μερκουρέα Σ.**, Νικητάκης Ν., Σκλαβούνου Α., Τσιχλάκης Κ. Εργαστήριο Στοματολογίας και Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P39 ΕΠΙΜΟΝΕΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΕΣ ΕΛΚΩΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙ 9 ΕΤΩΝ: ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ Ή ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ;

¹Νικητάκης Ν., ¹Παπαδοπούλου Ε., ²Παπαγιαννούλη Ε.

1. Εργαστήριο Στοματολογίας 2. Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

P40 ΕΝΔΟΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΟΣΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣΤΩΜΑ ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

¹Σωτηρίου Δ., ²Παπαδοπούλου Ε., ²Νικητάκης Ν., ¹Βαδιάκας Γ.

1. Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ 2. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P41 ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Σαρλάνη-Νικητάκη Ε., **Κατουμάς Κ.**, Νικητάκης Ν., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P42 ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΕΝΔΟ- ΚΑΙ ΠΕΡΙ-ΣΤΟΜΑΤΙΚΑ ΟΖΙΔΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΗΣ ΓΑΜΜΑΠΑΘΕΙΑΣ ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ ΣΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ.

Νικητάκης Ν., **Τιτσινίδης Σ.**, Ανδρικοπούλου Μ., Σαρλάνη-Νικητάκη Ε., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P43 ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΛΕΙΟΜΥΩΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ. ΜΕΛΕΤΗ 8 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

Λιάζος Ι., Τόσιος Κ., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P44 ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΑΜΕΑ ΤΟΥ Γ.Ν. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ ΒΟΥΛΑΣ

Ζερβού-Βάλβη Φ., Δημητρίου Αικ., Καραϊνδρου Αικ., Καραγεώργος Η.

Στοματολογικό Ιατρείο του Οδοντιατρικού Τμήματος και Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ του Γενικού Νοσοκομείου Ασκληπείου Βούλας

P45 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΕΥΚΟΠΛΑΚΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΣΕ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ζερβού-Βάλβη Φ., **Φανδρίδης Ι.**, Μεσσήνη Μ., Πολάτου Α., Ντάβου-Ζουρδού Κ., Θωμά-Τσαγκλή Ε.

Στοματολογικό Ιατρείο Οδοντιατρικού Τμήματος και Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ και

Παθολογοανατομικό και Κυτταρολογικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Ασκληπείου Βούλας

P46 ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΣΥΓΧΕΙΛΙΑΣ.

Αρβανιτίδου Ι.Ε., Τιτσινίδης Σ., Πιπέρη Ε., Χατζηστάμου Ι., Σκλαβούνου Α.
Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

P47 ΑΤΥΠΟΣ ΛΙΠΩΜΑΤΩΔΗΣ ΟΓΚΟΣ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ: ΑΝΑΦΟΡΑ 2 ΣΠΑΝΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.

Ήφακτιανού Αικ., Νικητάκης Ν., Πιπέρη Ε., Τζέρμπος Φ., Βλαχοδημητρόπουλος Δ., Σκλαβούνου Α.
1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2. Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 3. Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

P48 ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΓΙΓΑΝΤΙΟΥ ΣΙΑΛΟΛΙΘΟΥ ΤΟΥ ΥΠΟΓΝΑΘΙΟΥ ΑΔΕΝΑ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.

Τιτσινίδης Σ., Σιλβέστρος Σ., Χριστόπουλος Π., Πιπέρη Ε., Καραθανάση Β., Σκλαβούνου Α.
1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2. Εργαστήριο Προσθετικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 3. Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

P49 ΟΓΚΙΔΙΑ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΕ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ζερβού-Βάλβη Φ., **Καραϊνδρου Αικ.,** Δημητρίου Αικ., Μένεγας Γ., Καραλής Σ., Χρανιώτη Στ.
Στοματολογικό Ιατρείο Οδοντιατρικού Τμήματος και Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ και Παθολογοανατομικό Τμήμα του Ασκληπιείου Βούλας

P50 ΜΟΡΙΑΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΟ ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΟΒΛΑΣΤΩΜΑ

Καραθανάση Β., Νικητάκης Ν., Τόσιος Κ., Σκλαβούνου Α.
Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

P51 ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗΣ ΚΥΣΤΗ ΜΕ ΑΚΡΟΡΡΙΖΙΚΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΛΑΓΙΑΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΚΥΣΤΗΣ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Νικητάκης Ν., Μελακόπουλος Ι., Σκλαβούνου Α.
Εργαστήριο Στοματολογίας και Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

P52 ΕΞΕΛΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Παπαποστόλου Χ., Παπαποστόλου Ρ.Μ.



ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Επιβατιανός Α.

Αναπλ. καθηγητής Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ

Η βιολογική συμπεριφορά των κακοήθων νεοπλασμάτων των σιαλογόνων αδένων επιδηλιακής προέλευσης, γενικά εκτός από το κλινικό τους στάδιο και την εντόπιση τους, σε ορισμένα από αυτά έχει σχέση με την ιστολογική τους εικόνα. Από το σύνολο των κακοήθων νεοπλασμάτων εκείνα τα οποία η ιστολογική τους εικόνα έχει σχέση με την βιολογική συμπεριφορά τους είναι: Το αδενοκυστικό καρκίνωμα, το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα, το καρκίνωμα σε πολύμορφο αδένωμα, το μη ειδικό αδενοκαρκίνωμα, το κυψελοκυτταρικό καρκίνωμα, το επιδηλιακό-μυοεπιδηλιακό καρκίνωμα και το κυσταδενοκαρκίνωμα.

1. Αδενοκυστικό καρκίνωμα: Εμφανίζεται με τρεις ιστολογικούς τύπους, τον σωληνώδη, ηθμοειδή και συμπαγή, η αναλογία των οποίων οδηγεί σε τρεις βαθμούς κακοήθειας (I, II, III) από τους οποίους στον βαθμό III η συχνότητα υποτροπής αυξάνεται σημαντικά και το ποσοστό 5ετους επιβίωσης μειώνεται δραματικά (5%).

2. Βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα: Αποτελείται από βλενώδη, ενδιάμεσα και επιδερμοειδή κύτταρα των οποίων η αναλογία, διάταξη, παρουσία μιτώσεων και πολυμορφισμού καθώς και η παρουσία άλλων στοιχείων στο υπόστρωμα, επιτρέπει την διάκριση 3 βαθμών κακοήθειας (χαμηλός, ενδιάμεσος, υψηλός). Ενώ στον χαμηλό βαθμό κακοήθειας οι υποτροπές και η 5ετής επιβίωση είναι 0% και 100% αντίστοιχα, στον υψηλό βαθμό κακοήθειας είναι 61% και 22% αντίστοιχα.

3. Καρκίνωμα σε πολύμορφο αδένωμα: Η βιολογική του συμπεριφορά έχει σχέση από το είδος του καρκινώματος που συνυπάρχει με το πολύμορφο αδένωμα και από την έκταση της διήθησης του καρκινώματος πέρα από την κάψα του πολύμορφου αδενώματος.

4. Μη ειδικό αδενοκαρκίνωμα: Ανάλογα με τον τρόπο που διατάσσονται τα νεοπλασματικά του κύτταρα, την παρουσία πολυμορφισμού, μιτώσεων, νεκρώσεων και αιμορραγικών εστιών διακρίνεται σε 3 βαθμούς κακοήθειας (χαμηλό, μέτριο, υψηλό). Στο χαμηλό βαθμό κακοήθειας οι λεμφαδενικές μεταστάσεις και η 5ετής επιβίωση είναι 5% και 69% αντίστοιχα, ενώ στον υψηλό βαθμό κακοήθειας 49% και 8% αντίστοιχα.

5. Κυψελοκυτταρικό καρκίνωμα: Αν και τα νεοπλασματικά του κύτταρα διατάσσονται σε διάφορους ιστολογικούς τύπους, η βιολογική του συμπεριφορά έχει σχέση με την μιτωτική δραστηριότητα και ατυπία των νεοπλασματικών κυττάρων καθώς και την δεσμοπλασία του υποστρώματος.

6. Επιδηλιακό-μυοεπιδηλιακό καρκίνωμα: Εμφανίζεται με τρεις ιστολογικούς τύπους από τους οποίους όπως φαίνεται, ο συμπαγής, η ατυπία και η τάση πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων επηρεάζουν την βιολογική του συμπεριφορά.

7. Κυσταδενοκαρκίνωμα: Διακρίνεται σε χαμηλού και υψηλού βαθμού κακοήθειας με βάση την παρουσία ή όχι νεοπλασματικών κυττάρων με πολυμορφισμό και ατυπία πυρήνων. Στο χαμηλού βαθμού κακοήθειας οι τοπικές υποτροπές και η επιβίωση (4 μήνες - 9χρόνια) είναι 20% και 100% αντίστοιχα, ενώ στα υψηλού βαθμού κακοήθειας 67% και 75% αντίστοιχα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΩΝ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Παπαδογεωργιάκης Νίκ.

Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστήμιο Αθηνών, Οδοντιατρική Σχολή, Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Νοσοκομείο: "ο Ευαγγελισμός"

Οι όγκοι των σιαλογόνων αδένων μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις.

Η διάγνωσή τους θα στηριχθεί: α) στο ιστορικό του ασθενούς, β) στο ιστορικό της βλάβης, γ) την προσεκτική κλινική εξέταση και δ) τον εργαστηριακό έλεγχο.

Συνήθως όγκοι των ελασσόνων σιαλογόνων αδένων, ιδίως στην υπερώα αλλά και στο έδαφος της στοματικής κοιλότητας, έχουν τα χαρακτηριστικά οδοντογενών λοιμώξεων.

Σε τέτοιες περιπτώσεις μόνο ο οδοντίατρος διαθέτει τις γνώσεις και τα μέσα για να διαφοροδιαγνώσει μεταξύ της οδοντογενούς ή μη προέλευσης της διόγκωσης. Τούτο επιτυγχάνεται από την κλινική εξέταση, τον ακτινογραφικό έλεγχο και το τεστ ζωτικότητας των δοντιών.

Όσον αφορά στους μείζονες σιαλογόνους αδένες στην τελική διάγνωση, από πλευράς εργαστηριακού ελέγχου, θα βοηθήσουν το υπερηχογράφημα, η βιοψία δια λεπτής βελόνης, η βιοψία δια true – cut ή και η ανοικτή βιοψία. Η αξονική τομογραφία, η μαγνητική τομογραφία και το pet scan θα βοηθήσουν στον καθορισμό των ορίων του όγκου και στην ύπαρξη τραχηλικών ή απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Σε σχέση με την θεραπεία των όγκων των σιαλογόνων αδένων, αυτή είναι κυρίως χειρουργική και μπορεί να συνοδευτεί από ακτινοβολία ή και χημειοθεραπεία.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι το 50 - 60% των όγκων των ελάσσονων σιαλογόνων είναι κακοήθεις όγκοι, ενώ στις παρωτίδες οι κακοήθεις όγκοι απαντώνται σε ποσοστό 12 - 22%. Οι δε όγκοι του υπογλώσσου αδένου είναι κατά το πλείστον κακοήθεις.

Οι καλοήθεις όγκοι των ελάσσονων σιαλογόνων αδένων αφαιρούνται με τοπική εκτομή, ενώ οι κακοήθεις με ευρύτερης έκτασης εκτομές ακολουθούμενες συνήθως από άλλοτε άλλου τύπου τραχηλικούς λεμφαδενικούς καθαρισμούς.

Οι καλοήθεις όγκοι της παρωτίδας, και ιδίως το πλειόμορφο αδένωμα, που αποτελεί το 72 - 88 % αφαιρούνται με μερική επιπολής παρωτιδεκτομή. Όσον αφορά στους κακοήθεις όγκους, η εγχειρητική που θα ακολουθηθεί εξαρτάται από τη φύση του όγκου, την ύπαρξη ενδοπαρωτιδικών λεμφαδένων, καθώς και από την ακεραιότητα ή μη του προσωπικού νεύρου προεγχειρητικά.

Όσον αφορά στον υπογνάθιο και στον υπογλώσσιο αδένου, επί ύπαρξης καλοήθων όγκων γίνεται συναφαίρεσή τους μαζί με τον όγκο. Επί κακοήθειας η συναφαίρεση μπορεί να συνοδεύεται από κάποιου είδους τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό.

Η μετεγχειρητική ακτινοβολία ενδείκνυται σε κακοήθεις όγκους, επί ύπαρξης θητικών εγχειρητικών ορίων και τραχηλικών μεταστάσεων. Η χημειοθεραπεία ενδείκνυται σε εμφάνιση απομακρυσμένων μεταστάσεων. Παρουσιάζονται ασθενείς της κλινικής μας με καλοήθεις και κακοήθεις όγκους των σιαλογόνων αδένων και συζητείται η διάγνωση και η θεραπεία τους.

ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

ΜΟΡΙΑΚΗ ΒΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Νικητάκης Νικόλαος

Επίκουρος Καθηγητής Στοματολογίας Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Η ραγδαία πρόοδος της κυτταρικής και μοριακής βιολογίας κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει οδηγήσει σε μία αλματώδη αύξηση της γνώσης και κατανόησης των μηχανισμών της καρκινογένεσης. Έχει γίνει αντιληπτό ότι οι διάφορες μορφές καρκίνου χαρακτηρίζονται από συγκεκριμένες γονιδιακές μεταβολές οι οποίες συσχετίζονται άμεσα με την εξέλιξη της κακοήθειας. Πολυάριθμες ερευνητικές μελέτες έχουν επικεντρώσει στην καταγραφή και ανάλυση της μοριακής βάσης του καρκίνου του στόματος και ιδιαίτερα του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος, χρησιμοποιώντας μοντέρνες τεχνικές μοριακής βιολογίας. Σε αντιστοιχία με άλλα κακοήγη νεοπλάσματα, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του στόματος παρουσιάζει μια προοδευτική συσσώρευση μεταλλάξεων και άλλων μεταβολών σε ογκογονίδια, ογκοκατασταλτικά γονίδια και βασικούς μοριακούς μηχανισμούς που διέπουν θεμελιώδεις κυτταρικές διεργασίες, όπως τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό, τη διαφοροποίηση και την απόπτωση. Επιπλέον, παρεκτροπές σε γονίδια και μηχανισμούς που καθορίζουν τη σχέση των κυττάρων με το περιβάλλον τους διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στις βασικές καρκινικές ιδιότητες της διήθησης, της αγγειογένεσης, της μετάστασης και της διαφυγής από την ανοσολογική επίβλεψη.

Η ολοένα και αυξανόμενη κατανόηση της μοριακής βάσης του καρκίνου του στόματος διανοίγει σημαντικές προοπτικές αξιοποίησης των ερευνητικών ευρημάτων για βελτίωση της διάγνωσης και θεραπείας των ασθενών. Η ανακάλυψη και χρησιμοποίηση μοριακών δεικτών διαγνωστικής και προγνωστικής αξίας επιτρέπει τον ακριβέστερο καθορισμό του σταδίου εξέλιξης και την ασφαλέστερη πρόβλεψη της βιολογικής συμπεριφοράς του νεοπλάσματος. Επίσης, τα ευρήματα της μοριακής έρευνας διανοίγουν νέους ορίζοντες στη θεραπευτική του καρκίνου του στόματος μέσω βελτιώσεων στην εφαρμογή των υπάρχόντων τεχνικών (π.χ. τροποποιημένα και συνδυαστικά ακτινοθεραπευτικά και χημειοθεραπευτικά σχήματα), επιλογής της καταλληλότερης εξατομικευμένης θεραπευτικής προσέγγισης και επινόησης νέων μεθόδων στοχευμένης θεραπείας. Η κλινική εφαρμογή των νέων μοριακών ευρημάτων στην πρόληψη και καταπολέμηση του καρκίνου του στόματος απαιτεί συστηματικοποίηση και αποκρυπτογράφηση του μεγάλου όγκου των νέων πληροφοριών και πιστοποίηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας των νέων τεχνικών σε κατάλληλα σχεδιασμένες κλινικές μελέτες.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Πουλόπουλος Α. Κ.

Επίκουρος Καθηγητής Στοματολογίας Εργαστήριο Στοματολογίας Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

Ο καρκίνος του στόματος με κυριότερο εκπρόσωπο το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (OSCC), εντάσσεται στις δέκα πιο κοινές ομάδες κακοήθων νεοπλασμάτων παγκοσμίως. Οι ασθενείς με OSCC είναι κατά κανόνα ηλικιωμένοι άρρενες που έχουν αντιληφθεί μεταβολή στο στοματικό τους βλεννογόνο πολύ πριν αναζητήσουν ιατρική αντιμετώπιση. Τα συνολικά ποσοστά επιβίωσης των ασθενών δεν έχουν βελτιωθεί, γεγονός που οφείλεται στην μη έγκαιρη διάγνωση των βλαβών αυτών. Οι οδοντίατροι θα έρθουν σε επαφή σχετικά νωρίς με τους ασθενείς, και έχουν καθήκον να διαγνώσουν έγκαιρα το καρκίνο του στόματος, αλλά και άλλες βλάβες που προηγούνται, και χαρακτηρίζονται ως προκαρκινικές.

Η κλινική εικόνα του καρκίνου του στόματος ποικίλει από μια εξωφυτική μάζα έως ένα επίμονο βαθύ χρόνιο έλκος, αλλά σε αυτό το στάδιο οι αλλαγές είναι συνήθως ανιχνεύσιμες σε κλινικό επίπεδο. Ιδιαίτερης σημασίας είναι το γεγονός ότι οι βλάβες στα αρχικά στάδια ανάπτυξης δεν παρουσιάζουν πόνο. Δεν υπάρχει κοινή κλινική εμφάνιση στον καρκίνο του στόματος, αλλά δυο ιδιαίτερα σημαντικά κλινικά χαρακτηριστικά που βρίσκονται σχεδόν σε όλες τις βλάβες είναι η αλλαγή της σύστασης (αύξηση πυκνότητας του ιστού- σκλήρυνση) και η καθήλωση (μείωση κινητικότητας του ιστού). Συνεπώς εκτός από την επισκόπηση της βλάβης και η προσεκτική ψηλάφηση παρέχει στοιχεία για το είδος της αλλοίωσης.

Πρόβλημα διαγνωστικό αποτελούν οι αλλοιώσεις που δεν είναι καρκινικές βλάβες, αλλά είναι πιθανό μελλοντικά να εξελιχθούν σε καρκίνο του στόματος, και χαρακτηρίζονται ως προκαρκινικές. Ως προκαρκινικές βλάβες θεωρούνται οι αλλοιώσεις του βλεννογόνου του στόματος με μορφολογικές μεταβολές, οι οποίες παρουσιάζουν υψηλότερη πιθανότητα κακοήθους εξαλλαγής. Στις προκαρκινικές βλάβες ανήκουν η λευκοπλακία, η ερυθροπλακία, η τοπική εφαρμογή καπνού στη στοματική κοιλότητα, η νικοτινική στοματίτιδα, η υποβλεννογόνια ίνωση, η ακτινική χειλιτίδα, ο ομαλός λειχήνας και η χρόνια υπερπλαστική μορφή μυκητίασης.

Κλινικά χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν ότι μια προκαρκινική αλλοίωση είναι πιθανό να υποστεί κακοήθη εξαλλαγή, ή έχει ήδη εξαλλαγή σε καρκίνο του στόματος περιλαμβάνουν την παρουσία ερυθρών αλλοιώσεων (ερυθροπλακία), ακροχορδονώδους, δηλώδους, διάσπικτης και κοκκιώδους όψης των αλλοιώσεων, ή έλκους με υπεγειρμένα εξωφυτικά όρια, με καθήλωση στους υποκείμενους ιστούς, ή στο υπερκείμενο δέρμα ή βλεννογόνο, και σύστοιχη διόγκωση των τραχηλικών λεμφαδένων.

Οι οδοντίατροι που συνήθως έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς από πολύ νωρίς, θα πρέπει να λάβουν υπόψη ότι φαινομενικά ακίνδυνες αλλοιώσεις όπως μεμονωμένα έλκη, διογκώσεις, ερυθρές κηλίδες, ή λευκές πλάκες, ιδιαίτερα όταν παραμένουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από τρεις εβδομάδες θεωρούνται ως ενδείξεις κακοήθειας, και θα πρέπει άμεσα να διενεργείται βιοψία και ιστολογική εξέταση. Έτσι η έγκαιρη διάγνωση οδηγεί σε άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση με αυξημένες πιθανότητες πιο ευνοϊκής πρόγνωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bsoul SA, Huber MA, Terezhalmay GT. Squamous Cell Carcinoma of the Oral Tissues: A Comprehensive Review for Oral Healthcare Providers. J Contemp Dent Pract 2005 ; 4: 1-16.

2. Farah CS, McCullough MJ. Oral cancer awareness for the general practitioner: new approaches to patient care. *Australian Dental Journal* 2008; 53: 2-10.

3. Neville BW, Day TA. Oral Cancer and Precancerous Lesions. *CA Cancer J Clin* 2002; 52: 195-215.

4. Scully C, Newman L, Bagan JV. The role of the dental team in preventing and diagnosing cancer: 3. oral cancer diagnosis and screening. *Dent Update* 2005; 32: 326-8, 331-2, 335-7.

5. Scully C, Bagan JV, Hopper C, Epstein JB. Oral cancer: current and future diagnostic techniques. *Am J Dent* 2008; 21: 199-209.

Ο ΣΤΟΜΑΤΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Κασιδώνη Ειρήνη

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στην Κλινική Αντιμετώπιση Στοματοπροσωπικού Πόνου

Η αναφορά του πόνου στην περιοχή του στόματος είναι συχνή. Ο στοματοπροσωπικός πόνος μπορεί να είναι το πρώτο σύμπτωμα στο 20-50% όλων των ογκολογικών ασθενών και για αυτόν τον λόγο είναι μείστης σημασίας η σωστή εκτίμησή του. Ατυχώς ένα σοβαρό ποσοστό τέτοιων ασθενών δέχεται ανεπαρκή θεραπεία λόγω της μη σωστής διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης από τους ιατρούς.

Σκοπός της εισήγησής μας είναι η εκτίμηση του πόνου και η μελέτη του, πρώτον ως αρχικού συμπτώματος κακοήθειας σε ασθενείς με καρκίνο του στόματος και δεύτερον ως συνέπεια της θεραπευτικής αντιμετώπισής του.

Ο πόνος ως σύμπτωμα συνοδεύει συχνά τα κακοήδη νεοπλασματικά νοσήματα και μπορεί να οφείλεται είτε σε έλκωση ή λοίμωξη, είτε σε διέγερση των τελικών νευρικών απολήξεων των βλεννογονίων και υποβλεννογονίων ιστών, είτε σε διήθηση των νεύρων και των οστών από την πρωτοπαθή εστία ή από μετάσταση, που εντοπίζεται στο στοματογναθικό σύστημα και την ευρύτερη περιοχή του, εμπεριέχοντας φλεγμονώδεις και νευροπαθητικούς μηχανισμούς. Συμπληρωματικά, μορφές τέτοιου πόνου μπορεί να υποκρύπτουν κακοήθεις καταστάσεις σε απομακρυσμένες περιοχές (μαστός, πνεύμονας, έντερο, προστάτης) ή να οφείλονται σε παρανεοπλασματικούς μηχανισμούς.

Ο πόνος ως συνέπεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης του όγκου, διαφέρει ανάλογα με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που χρησιμοποιούνται. Η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία συνδυάζονται με επώδυνη βλεννογονίτιδα και νευροτοξικότητα, ενώ οι χειρουργικές επεμβάσεις συχνά οδηγούν σε τραυματισμό ή καταστροφή νεύρων της περιοχής με συνέπεια την εμφάνιση στοματοπροσωπικού πόνου.

Συνεπώς η σωστή διάγνωση, η θεραπεία και η πρόληψη του στοματοπροσωπικού πόνου ιδιαίτερα στον ασθενή με καρκίνο του στόματος απαιτούν γνώση των χαρακτήρων του πόνου, της αιτιολογίας και των μηχανισμών πρόκλησής του. Ο έλεγχος της στοματικής κοιλότητας και γενικά του στοματογναθικού συστήματος και της ευρύτερης περιοχής του είναι επιβεβλημένος και η διερεύνησή του θα πρέπει να γίνεται με την κλινική εξέταση και τις σύγχρονες απεικονιστικές τεχνικές από εξειδικευμένους κλινικούς ιατρούς.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Παναγιώτα Οικονομοπούλου,
MSc Ohio

Παρά τις προόδους στη μοριακή βιολογία και ακτινολογία, η παθολογοανατομική εξέταση παραμένει η αξιόπιστη μέθοδος για τη διάγνωση και σταδιοποίηση του καρκίνου. Η εξέταση παρέχει στον κλινικό πληροφορίες για τη φυσική ιστορία και πρόγνωση του όγκου, και είναι απίθανο ότι θα αντικατασταθεί στο εγγύς μέλλον. Στην παρούσα εισήγηση εξετάζεται η δομή της ιδεατής παθολογοανατομικής έκθεσης για την πλέον συχνή μορφή στοματικού καρκίνου, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (Ca). Τα σύμβολα ↑, ↓ και ? χρησιμοποιούνται για να δηλώσουν παθολογοανατομικά στοιχεία με δυσμενή, ευνοϊκή και αδιευκρίνιστη προγνωστική σημασία αντίστοιχα.

Οι παθολογοανατομικές εκθέσεις για το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του στόματος ταξινομούνται σε εκείνες που συντάσσονται για τη διαγνωστική βιοψία, την εκτομή του πρωτοπαθούς όγκου και την τραχηλική εκτομή. Στοχεύουν στον καθορισμό του παθολογοανατομικού TNM (pTNM) και σταδίου (pStaging) του όγκου.

Η έκθεση για τη βιοψία θα πρέπει να περιλαμβάνει / αξιολογεί τα ακόλουθα. 1) Διάγνωση και τυποποίηση του όγκου. Ο πλέον συχνός τύπος αναφέρεται ως συμβατικό ακανθοκυτταρικό Ca. Το θηλωματώδες Ca έχει θηλωματώδη επιφάνεια και πρέπει να διακρίνεται από το μυρμηκιώδες Ca (↑). Λιγότερο συχνά είναι το ακανθολυτικό, βασικοειδές (↓/?) και το αινιγματικής ιστογένεσης αδενοακανθοκυτταρικό Ca (↓/?). Παρατηρούνται επίσης τύποι συνήθεις σε άλλα όργανα, όπως το μεταβατικοκυτταρικό και το, δυνατό να εκληφθεί ως λέμφωμα και παλαιότερα προβληματικό να διαγνωσθεί, λεμφοεπιθηλιακό Ca. Προβλήματα στη διάγνωση παρουσιάζει επίσης το ατρακτοκυτταρικό Ca και άλλοι ψευδοσαρκωματώδεις τύποι. Ανοσοϊστοχημικές τεχνικές είναι πολύτιμες στην επίλυση των διαγνωστικών προβλημάτων. Πρόσφατα, υβριδικοί τύποι αναγνωρίζονται με αυξημένη συχνότητα. Το διαυγοκυτταρικό και το μελαγχρωματικό Ca είναι παθολογοανατομικά αξιοπερίεργα, ενώ το Ca *cuniculatum* θεωρείται ποικιλία μυρμηκιδούς Ca. 2) Επίπεδο διήθησης με βάση το οποίο διακρίνονται: μικροδιηθητικό Ca (πρώιμη μορφή με μεμονωμένα καρκινικά κύτταρα που έχουν διασπάσει την επιθηλιακή βασική μεμβράνη και διηθούν το επιφανειακό χόριο, ↑), επιφανειακά διηθητικό Ca (εκτείνεται στο εν τω βάθει χόριο, αλλά δεν διηθεί τον υποβλεννογόνο, ↑) και εν τω βάθει διηθητικό Ca (εύκολα αναγνωριζόμενη διήθηση υποβλεννογόνιου μυός, σιαλογόνων αδένων ή λίπους, ↓). 3) Πρότυπο διήθησης. Αναγνώρίζονται 4 πρότυπα που χαρακτηρίζονται από ποικίλη διατήρηση, ελάττωση ή απώλεια της κυτταρικής συνοχής. (Πρότυπο 1, όγκοι με διατήρηση συνοχής, ↑. Πρότυπο 3, όγκοι με ελάττωση συνοχής, ↓. Πρότυπο 4, όγκοι με απώλεια συνοχής, ↓). Ελάττωση / απώλεια κυτταρικής συνοχής αντικατοπτρίζει αυξημένη ικανότητα των καρκινικών κυττάρων για διήθηση και παρατηρείται συνήθως στη διηθητική παρυφή του όγκου. 4) Διήθηση αγγείων (↓), συνήθως λεπτοτοιχωματικών και σπανιότερα αρτηριδίων. 5) Διήθηση μικρών νεύρων στο υπόστρωμα του όγκου (?). 6) Εξάπλωση επιθηλιακής δυσπλασίας κατά μήκος πόρων των σιαλογόνων αδένων (σιαλαδενοτροπισμός, ?). 7) Αντιδράσεις του ξενιστή (?), π.χ. δεσμοπλασία (μυοϊνοβλαστική αντίδραση, εναπόθεση γλυκοζαμινογλυκανών) και φλεγμονή ποικίλης έντασης, σύνθεσης και προτύπου. Η φλεγμονή είναι δυνατό να είναι λειχνοειδής προκαλώντας έτσι απόπτωση καρκινικών κυττάρων, και να περιέχει λεμφοκύτταρα, ιστιοκύτταρα, ησινόφιλα κλπ. Η βαθμολόγηση (grading) του συμβατικού ακανθοκυτταρικού Ca είναι καθιερωμένη πρακτική. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται το απλό, αλλά όχι ικανοποιητικό, σύστημα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας / Π.Ο.Υ, το οποίο στηρίζεται στην παλαιά ταξινόμηση κατά Broders, ή τα πλέον πολύπλοκα, αλλά ίσως πλέον αξιόπιστα, πολυπαραγοντικά συστήματα (π.χ. Anneroth, Bryne). Το σύστημα της Π.Ο.Υ. διακρίνει υψηλή, μέτρια (πλέον συχνή) και χαμηλή διαφοροποίηση, και στηρίζεται στην εκτίμηση των % ποσοστών κερατινοποίησης, μιτώσεων και πυρηνικών ανωμαλιών στους διάφορους όγκους. Τα πολυπαραγοντικά συστήματα αξιολογούν και βαθμολογούν, με βάση μιά κλίμακα 1-

4, 5-7 στοιχεία σχετικά με τον καθ' εαυτό όγκο (π.χ. κερατινοποίηση, μιτώσεις, πυρηνικές ανωμαλίες, επίπεδο και πρότυπο διήθησης) και την αντίδραση του ξενιστή. Η αξιολόγηση επικεντρώνεται στη διηθητική παρυφή του όγκου και καθορίζει ένα «σκορ» κακοηθείας (5-20/28, ↓/?).

Η έκθεση για την εκτομή επικεντρώνεται στα ακόλουθα. 1) Επιβεβαίωση τύπου. Υβριδικοί τύποι αναγνωρίζονται συχνότερα στις εκτομές παρά σε διαγνωστικές βιοψίες. 2) Εκτίμηση περιγράμματος / ασυμμετρίας όγκου. (Σχετικά περιγραπτός όγκος / ήπια ασυμμετρία, ↑. Ανώμαλο περίγραμμα / έντονη ασυμμετρία με προσεκβολές και «δορυφόρα» στοιχεία, ↓). 3) Διήθηση οστού γνάθων, η οποία αυτόματα χαρακτηρίζει τον όγκο ως pT4 (↓). Η διήθηση μπορεί να είναι επιφανειακή (διάβρωση του συμπαγούς φλοιακού πετάλου) ή εν τω βάθει (στις μυελοκυψέλες του σπογγώδους οστού), επιτελείται μέσω οστεοκλαστικής απορρόφησης και ίσως διευκολύνεται μέσω τροφοφόρων τρημάτων, φυσιολογικών ή παθολογικών ελλειμάτων του φατνιακού οστού και επέκτασης στον περιοδοντικό σύνδεσμο. 4) Οριστικοποίηση των προτύπου / επιπέδου διήθησης και εκτίμηση του % ποσοστού ελάττωσης / απώλειας κυτταρικής συνοχής. 5) Εκτίμηση περιφερικής δυσπλασίας. 6) Διήθηση αγγείων και νεύρων μακριά από τη διηθητική παρυφή του όγκου (↓). 7) Μετρήσεις που στοχεύουν στον καθορισμό του pT και της απόστασης του όγκου από τα χειρουργικά όρια. Ειδικότερα μετρούνται η επιφανειακή διάμετρος του όγκου, το πάχος / βάθος διήθησης, «ανασκευασμένο» σε περίπτωση έλκωσης ή θηλωματώδους συστατικού, (πάχος / βάθος > 4 mm, ↓) και οι αποστάσεις από τα κοντινότερα εν τω βάθει και βλεννογόνια (περιφερικά) όρια. Εάν οι αποστάσεις είναι > 5 mm, τα όρια θεωρούνται ελεύθερα («αρνητικά», ↑). Εάν οι αποστάσεις είναι < 1 mm, τα όρια θεωρούνται προσβλημένα («θετικά», ↓). Ο όγκος θεωρείται κοντά στα όρια εάν απέχει > 1 mm και < 5 mm από αυτά. Η αναγνώριση της προγνωστικής σημασίας του πάχους και επιπέδου διήθησης του ενδοστοματικού ακανθοκυτταρικού Ca στηρίχθηκε σε επιτυχημένες πρακτικές στο κακόηδες μελάνωμα του δέρματος (πάχος Breslow, επίπεδα Clark).

Η έκθεση για την τραχηλική εκτομή επικεντρώνεται στα ακόλουθα. 1) Αναγνώριση μετάστασης. Η μετάσταση μπορεί να εμφανίζεται υπό μορφή μεμονωμένων κυττάρων (ITCs), μικρομετάστασης (< 2 mm), συμβατικής μετάστασης και κυστικής μετάστασης. Η συμβατική μετάσταση μπορεί να συνοδεύεται από δεσμοπλασία ή να αποτελείται από κύτταρα με ελάττωση / απώλεια της κυτταρικής συνοχής. Μεταστάσεις χωρίς κυτταρική συνοχή παρουσιάζουν δυσκολίες στη διάγνωση και μπορεί να παραβλεφθούν. νοσοϊστοχημικές τεχνικές επικουρούν στην επίλυση του προβλήματος. Ανακάλυψη κυστικής μετάστασης χωρίς κλινικά εμφανή πρωτοπαθή όγκο μπορεί να εξηγήσει το μύθο του «βραγχιακού καρκινώματος». Υπό το πρίσμα αυτό, αφαίρεση «λεμφοεπιθηλιακών κύστεων» από τον τράχηλο ενηλίκων θα πρέπει να συνοδεύεται από εξονυχιστική εξέταση του υλικού με στόχο τον αποκλεισμό επιθηλιακής δυσπλασίας κλπ. 2) Μέτρηση της μέγιστης διαμέτρου της μετάστασης (↓). 3) Αναγνώριση και μέτρηση της απόστασης πρώιμης και όψιμης περικαψικής διήθησης (↓), συνήθως στο γειτονικό λίπος. Επιπέδηση της σφαγιτίδας, του στερνοκλειδομαστοειδή κλπ. μπορεί επίσης να παρατηρηθεί. 4) Αξιολόγηση έκτασης της μετάστασης. Στοχεύει στον καθορισμό του pN (↓) και συνίσταται στην καταγραφή του αριθμού των λεμφαδένων με μετάσταση, χωρίς ή με περικαψική διήθηση, κατά ανατομικό επίπεδο του τραχήλου (I-V), το οποίο περιλαμβάνεται στην εκτομή. 5) Αναγνώριση περιλεμφαδενικών εμβόλων (?). 6) Αναγνώριση αντιδράσεων λεμφαδένα, π.χ. ιστοκυττάρωση, κοκκιώματα σαρκοειδικού τύπου (?). 7) Αναγνώριση «διπλής» παθολογίας, π.χ. ταυτόχρονη παρουσία μετάστασης και λεμφώματος.

Οι εκθέσεις καθιστούν δυνατό τον καθορισμό των pTNM και pStaging του όγκου με βάση ειδικούς πίνακες που έχουν γίνει αποδεκτοί από την Π.Ο.Υ.

Ελπίζεται ότι ο οδοντίατρος με ενδιαφέρον για την κλινική Στοματολογία θα εκτιμήσει τη συμβολή του ειδικευμένου παθολογοανατόμου κεφαλής και τραχήλου στη, συλλογική από ομάδα ειδικών, αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο του στόματος.

Βιβλιογραφία. Woolgar JA, Triantafyllou A. *Current Diagnostic Pathology* **13**, 499-511, 2007. Woolgar JA, Triantafyllou A. *Oral Oncology* doi:10.1016/j.oraloncology.2008.07.16.

ΣΥΧΝΑ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

ΚΑΥΣΑΛΓΙΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Σαρλάνη-Νικητάκη Ελένη

Ειδικευθείσα στην Αντιμετώπιση του Στοματοπροσωπικού Πόνου, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Maryland ΗΠΑ

Το σύνδρομο της καυσαλγίας του στόματος μπορεί να προσβάλλει οποιαδήποτε περιοχή του βλεννογόνου του στόματος, χαρακτηρίζεται από χρόνιο, συνεχή, καυστικό πόνο, και εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες συγκριτικά με τους άντρες. Μπορεί να διακριθεί σε πρωτοπαθές και δευτεροπαθές. Το δευτεροπαθές οφείλεται σε κάποιο υποκείμενο τοπικό ή συστηματικό παθολογικό παράγοντα, όπως καντιντίαση ή αναιμία, ενώ το πρωτοπαθές είναι άγνωστης αιτιολογίας. Ο πόνος δεν διακόπτει τον ύπνο του ασθενούς, συνήθως είναι ήπιος κατά την αφύπνιση και προοδευτικά εντείνεται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Πολλές φορές ο ασθενής παραπονείται για αίσθηση ξηρότητας, αλλαγές στη γεύση, αίσθηση δίψας και παροχέτευση υγρού. Η αιτιοπαθογένεια του πρωτοπαθούς συνδρόμου της καυσαλγίας του στόματος είναι αδιευκρίνιστη. Ψυχολογικοί παράγοντες και διαταραχές προσωπικότητας έχουν προταθεί ως πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες και μπορεί να εμπλέκονται σε κάποιες περιπτώσεις. Μη φυσιολογικές αποκρίσεις σε ποσοτικές αισθητικές δοκιμασίες, συνύπαρξη διαταραχών της γεύσης, διαφορές στα πρότυπα εγκεφαλικής δραστηριότητας σε λειτουργική μαγνητική τομογραφία σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου και χαμηλή πυκνότητα ενδοεπιθηλιακών νευρικών ινών υποδηλώνουν ότι νευροπαθητικοί μηχανισμοί παίζουν σημαντικό ρόλο. Η θεραπεία του δευτεροπαθούς συνδρόμου της καυσαλγίας του στόματος συνίσταται στην αντιμετώπιση της υποκείμενης παθολογικής κατάστασης. Για την αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς συνδρόμου έχουν προταθεί ποικίλες φαρμακευτικές αγωγές όπως τοπική εφαρμογή καψαϊκίνης ή κλοναζεπάμης, και συστηματική χορήγηση άλφα λιποϊκού οξέος, τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, βενζοδιαζεπινών ή αντιεπιληπτικών. Εντούτοις, η θεραπεία του πρωτοπαθούς συνδρόμου της καυσαλγίας του στόματος παραμένει δυσχερής και απαιτεί τη συστηματική και υπομονετική προσέγγιση εκ μέρους του θεράποντα και την ανάπτυξη σχέσης συνεργασίας και εμπιστοσύνης με τον ασθενή.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΓΕΥΣΗΣ

Πιπέρη Ευαγγελία,
Λέκτορας Στοματολογίας

Η γεύση ανήκει σε μία από τις πέντε αισθήσεις (όραση, ακοή, όσφρηση, γεύση και αφή), οι οποίες χρησιμεύουν για την αντίληψη του περιβάλλοντος. Όπως και η όσφρηση, η γεύση θεωρείται χημική αίσθηση καθώς η λειτουργία της συνίσταται στην ανίχνευση διαφόρων χημικών ερεθισμάτων και στην κωδικοποίηση των χημειοαισθητήριων πληροφοριών σε νευρικά σήματα. Η αντίληψη της γεύσης επιτυγχάνεται μέσω αλληλεπίδρασης των χημικών μορίων των τροφών με εξειδικευμένα νευροεπιθηλιακά κύτταρα-υποδοχείς, τα οποία αδρούζονται σε λειτουργικές μονάδες που καλούνται γευστικές κάλυκες. Αυτές εντοπίζονται στον εξειδικευμένο βλεννογόνο της γλώσσας σε δομές που ονομάζονται θηλές και συγκεκριμένα στις περικεραρακωμένες, μυκητοειδείς και φυλλοειδείς θηλές καθώς και διάσπαρτα στο επιθήλιο της μαλθακής υπερώας, του φάρυγγα, του λάρυγγα, της σταφυλής, της επιγλωττίδας και του άνω τριτημορίου του οισοφάγου. Τα νευρικά μηνύματα που προκύπτουν από την επαφή των χημικών μορίων με του γευστικούς υποδοχείς μεταφέρονται ακολούθως μέσω των κρανιακών νεύρων της χορδής του τυμπάνου, του γλωσσοφαρυγγικού και του πνευμονογαστρικού (VII, IX και X) στο εγκεφαλικό στέλεχος όπου ερμηνεύονται και γίνονται αντιληπτά ως μία από τις 4 βασικές γεύσεις: γλυκό, πικρό, αλμυρό και ξινό. Η αλληλεπίδραση της γεύσης με την όσφρηση και άλλα αισθητήρια συστήματα υπεύθυνα για την αντίληψη της θερμοκρασίας, της σύστασης και του πόνου οδηγεί στην ολοκληρωμένη χημειο- και σωματοαισθητήρια αντίληψη της τροφής.

Οι διαταραχές της γεύσης ή ακριβέστερα της **γευστικής οξύτητας** περιλαμβάνουν την **αγευσία (ageusia)**, η οποία αφορά σε πλήρη έλλειψη γεύσης, την **υπογευσία (hypogeusia)**, η οποία αναφέρεται στην μειωμένη γευστική οξύτητα, την **υπεργευσία (hypergeusia)**, η οποία συνίσταται σε αυξημένη αντίληψη γεύσης και τη **δυσγευσία (dysgeusia)**, η οποία αφορά σε αλλοίωση της γεύσης.

Μία πληθώρα αιτιών σε τοπικό ή συστηματικό επίπεδο μπορεί να ευθύνεται για την εμφάνιση παροδικών ή μόνιμων διαταραχών στη γευστική λειτουργία και αντίληψη. Τα αίτια αυτά περιλαμβάνουν νοσήματα του νευρικού συστήματος (νεοπλάσματα, ν. Alzheimer, παράλυση προσωπικού ν., κατάθλιψη κ.α), συστηματικά νοσήματα (αμυλοείδωση, σακχαρώδης διαβήτης, φλοιοεπινεφριδική ανεπάρκεια, παρανεοπλασματικά σύνδρομα, αβιταμνώσεις κ.α.), νοσήματα της στοματικής κοιλότητας (ιογενείς, βακτηριακές και μυκητιασικές λοιμώξεις, ξηροστομία, δερμικό έγκαυμα κ.α.), λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, τραυματισμό των περιφερικών νεύρων κατά τη διάρκεια επεμβάσεων (π.χ. εξαγωγή σφραγιστήρα, επεμβάσεις στο μέσω ους), λήψη φαρμάκων (αναστολείς HIV-πρωτεάσης, αντιφλεγμονώδη, αντιυπερτασικά, αντιβιοτικά κ.α.), ακτινοθεραπεία κεφαλής-τραχήλου, προχωρημένη ηλικία κ.α. ενώ σε ένα ποσοστό των ασθενών έως και 27% δεν αναγνωρίζεται κάποιο αίτιο και η διαταραχή της γεύσης θεωρείται ιδιοπαθής.

Η διαγνωστική διερεύνηση των ασθενών με διαταραχές της γεύσης είναι συχνά επίπονη. Η λήψη ενδελχούς ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού και η κλινική εξέταση της στοματικής κοιλότητας μπορεί να αποκαλύψουν το αίτιο της δυσγευσίας. Σε αρκετές περιπτώσεις, η αναγνώριση του αιτίου είναι δυσχερής και οι ασθενείς θα πρέπει να παραπέμπονται για περαιτέρω έλεγχο στα πλαίσια ενός βασικού πρωτοκόλλου εργαστηριακής διερεύνησης που περιλαμβάνει νευρολογική εκτίμηση, απεικονιστικές μεθόδους για τον αποκλεισμό νεοπλασμάτων, αιματολογικό και ορολογικό έλεγχο και αξιολόγηση σε εξειδικευμένα κέντρα χημειοαισθητήριων διαταραχών.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με διαταραχές της γεύσης εξαρτάται άμεσα από την αναγνώριση και αντιμετώπιση της υποκείμενης νόσου. Σε αρκετές περιπτώσεις η διαταραχή υποστρέφει με την παράδο του χρόνου ενώ σε περιπτώσεις ιδιοπαθούς δυσγευσίας η αντιμετώπιση είναι συμπτωματική. Οι διαταραχές της γεύσης είναι δυνατόν να εμφανίζουν σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής οδηγώντας σε αλλαγή των διατροφικών συνθηκών, απώλεια βάρους και επιδείνωση συστηματικών νοσημάτων (π.χ. υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης), να αντιπροσωπεύουν την πρώιμη εκδήλωση σοβαρών υποκείμενων νοσημάτων ή ακόμη και να ελλοχεύουν κινδύνους για την ίδια τη ζωή, ιδιαίτερα σε άτομα μεγάλης ηλικίας. Για τους παραπάνω λόγους, η αναγνώριση του υπεύθυνου αιτίου και η αποκατάσταση της γευστικής λειτουργίας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική.

ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑ

Κατσουράκης Μιχάλης

Επιμελητής Α' Οδοντιατρικού Τμήματος ΓΝ Λάρισας

Μετεκπαιδευτής στην Παθολογία Στόματος στο ΕΚΠΑ

Ξηροστομία, είναι η αίσθηση ξηρότητας του στόματος, που οφείλεται συνήθως στην μειωμένη έκκριση σιέλου από τους σιελογόνους αδένες. Σπανιότερα ξηροστομία μπορεί να παρατηρείται και σε αυξημένη απομάκρυνση του σιέλου από την στοματική κοιλότητα μέσω της εξάτμισης του νερού του σάλιου, όπως συμβαίνει π.χ με την στοματική αναπνοή ή το κάπνισμα, ή τέλος να είναι και υποκειμενική αίσθηση του ατόμου χωρίς να οφείλεται σε μείωση του σιέλου που βρίσκεται στο στόμα όπως συμβαίνει σε ασθενείς με ψυχολογικά προβλήματα.

Μείωση της έκκρισης σιέλου προκαλείται είτε λόγω καταστροφής και εκφύλισης των εκκριτικών κυττάρων των σιελογόνων αδένων όπως συμβαίνει σε διάφορα νοσήματα, σε ηλικιωμένα άτομα, με την επίδραση διαφόρων φαρμάκων ή της ακτινοβολίας κλπ, είτε λόγω της μειωμένης διέγερσης του συμπαθητικού και του παρασυμπαθητικού συστήματος στους υποδοχείς των εκκριτικών κυττάρων των σιελογόνων αδένων όπως συμβαίνει με την λήψη διαφόρων φαρμάκων, σε καταστάσεις Stress κλπ. Τα κυριότερα αίτια της ξηροστομίας είναι:

Διάφορα φάρμακα, το άγχος, η κατάθλιψη, το κάπνισμα, η ηλικία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η αφυδάτωση, η αναιμία, η ακτινοβολία, το σύνδρομο Sjogren, το AIDS, ο σακχαρώδης διαβήτης, η ηπατική ανεπάρκεια και η κίρρωση του ήπατος, η νεφρική ανεπάρκεια, η σαρκοείδωση, οι υποβιταμινώσεις, η απλασία των σιελογόνων αδένων, η ινοκυστική νόσος και άλλα.

Τα κυριότερα φάρμακα που προκαλούν ξηροστομία είναι τα αντικαταθλιπτικά, τα αγχολυτικά, τα αντισταμινικά, τα αντιυπερτασικά, τα αντιυπογλυκαιμικά, τα αντιπαρκινσωνικά, οι αναστολείς των β-υποδοχέων, τα διουρητικά, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, τα κυτταροστατικά και άλλα.

Η μείωση ή εξαφάνιση του σιέλου από την στοματική κοιλότητα έχει σαν συνέπεια την εμφάνιση διαφόρων κλινικών σημείων και συμπτωμάτων που είναι αποτέλεσμα της διακοπής της ευεργετικής επίδρασης του σιέλου στον βλεννογόνο του στόματος και στα δόντια. Τα κυριότερα συμπτώματα που συνοδεύουν τη ξηροστομία είναι: Αίσθημα καύσου, δίψα, δυσκολία στην μάζηση, την κατάποση και την ομιλία, διαταραχές της γεύσης, δυσανεξία των οδοντοστοιχιών, υπερευαίσθησία των δοντιών στα θερμικά ερεθίσματα και άλλα.

Οι κλινικές εκδηλώσεις που συνοδεύουν την ξηροστομία είναι ερυθρότητα και ρυτίδωση του βλεννογόνου, ραγάδες στα χείλη και τις συγχειλίες, λεία, ερυθρή, λοβωτή ή σχισμοειδής γλώσσα, καντιντίαση οξεία και χρόνια, σχηματισμός λευκών πλακών, πολυτερηδονισμός δοντιών(παρατηρούνται κυρίως αυχενικές τερηδόνες), μικροβιακές σιελαδενίτιδες και σχηματισμός σιελολιδών.

Η εμφάνιση και η ένταση όλων των παραπάνω συμπτωμάτων και κλινικών εκδηλώσεων εξαρτάται βέβαια από το πόσο μειωμένη είναι η παραγωγή του σιέλου, την διάρκειά της, και τέλος την κατάσταση της γενικότερης υγείας του ατόμου που εμφανίζει ξηροστομία. Ένας ασθενής με μειωμένη άμυνα θα εμφανίσει εντονότερα σημεία και συμπτώματα από έναν άλλο με καλή γενική υγεία. Επίσης ένας ασθενής με καλή στοματική υγιεινή θα εμφανίσει μικρότερες συνέπειες από τα δόντια και το περιοδόντιο.

Η διάγνωση της υπολειτουργίας των σιελογόνων αδένων γίνεται από το ιστορικό την κλινική εξέταση και εργαστηριακά με την μέτρηση του συνολικά παραγομένου σιέλου. Ο οδοντίατρος πρέπει: α) να καθορίσει την σοβαρότητα της κατάστασης και να διευκρινίσει αν πρόκειται για αντικειμενική ή υποκειμενική ξηροστομία, β) να εκτιμήσει την πιθανή ή τις πιθανές αιτίες, και γ) να καθορίσει αν πρόκειται για μόνιμη ή αναστρέψιμη υπολειτουργία.

Από το ιστορικό πρέπει να εκτιμηθούν πληροφορίες σχετικά με διάφορα φάρμακα που προκαλούν ξηροστομία, η ακτινοβολία, η ύπαρξη κάποιου νοσήματος που σχετίζεται με εμφάνιση ξηροστομίας, διάφορες έξεις όπως στοματική αναπνοή ή κάπνισμα η λήψη ή όχι αρκετών υγρών κλπ

Κατά την κλινική εξέταση πρέπει να αναζητηθούν τα κλινικά σημεία της ξηροστομίας. Επίσης να εξετασθεί αν η σύσταση του σάλιου είναι κολλώδης ή σαν ξερό σαπούνι, αν η ξύλινη σπάδη κολλάει στον βλεννογόνο κατά την εξέταση και αν κατά την ψηλάφηση των μειζόνων σιελογόνων αδένων εκρέει σάλιο από τους εκφορητικούς τους πόρους.

Η θεραπεία της ξηροστομίας αποσκοπεί στην αντιμετώπιση του αιτίου ή των αιτιών όπου αυτή είναι δυνατή, στην ανακούφιση από την αίσθηση της ξηρότητας στην πρόληψη των συνεπειών της και τέλος στην θεραπεία των διαφόρων νοσημάτων και καταστάσεων που δημιουργούνται από αυτή.

Για την συμπτωματική θεραπεία της ξηροστομίας, χορηγούνται, ανάλογα και με την σοβαρότητα της κατάστασης, διάφορες ουσίες που διεγείρουν την παραγωγή του σάλιου όπως πολλά υγρά, μάσηση τσίχλας χωρίς ζάχαρη με έντονη γεύση, και φάρμακα παρασυμπαθητικομιμητικά, όπως η πιλοκαρπίνη με την μορφή δισκίων. Επίσης καλά αποτελέσματα έχουν και τα διάφορα υποκατάστατα του σάλιου που κυκλοφορούν στο εμπόριο με την μορφή Gel ή spray. Συγχρόνως σε σοβαρή ξηροστομία έχει ιδιαίτερη σημασία για τον οδοντίατρο η πρόληψη της τερηδόνας που επιτυγχάνεται με σχολαστική στοματική υγιεινή, χορήγηση στοματοπλυμάτων φθορίου ή την καθημερινή εφαρμογή ουδετέρου pH gel NaF 1% με την βοήθεια ειδικού νάρθηκα που κατασκευάζει ο οδοντίατρος και χρησιμοποιεί ο ασθενής στο σπίτι του.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγγελόπουλος Α, Παπανικολάου Σ, Αγγελοπούλου Ε. Σύγχρονη στοματική και γναθοπροσωπική παθολογία. 3η Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000:689-691.
2. Δοντά-Μπακογιάννη Α, Στεφανιώτης ΘΔ. Ξηροστομία: Κλινικοστατιστική μελέτη σε δείγμα Ελληνικού πληθυσμού της τρίτης ηλικίας. Οδοντοστοματολογική Πρόοδος 1992; 46:153-159.
3. Turner M, Ship JA. Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. JADA 2007;138(9 supplement):15S-20S.
4. Turner M, Jahangiri L, Ship JA. Hyposalivation, xerostomia and the complete denture. A systematic review. JADA 2008;139:146-150.
5. Epstein JB, Scully C. The role of saliva in oral health and the causes and effects of xerostomia. Canadian Dental Journal. 1992;58:217-221.
6. Epstein JB, Stevenson-Moore P, Scully C. Management of xerostomia. Canadian Dental Journal. 1992;58:140-143.

ΑΝΤΙΪΙΚΑ - ΑΝΤΙΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΑ ΚΑΙ ΜΗ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΟΣΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Κολοκοτρώνης Αλέξανδρος
Αναπληρωτής Καθηγητής Στοματολογίας του Α.Π.Θ.

Όπως είναι γνωστό, ιοί που παρουσιάζουν άμεσο ενδιαφέρον για τη στοματοπροσωπική παθολογία είναι οι ερπητοϊοί HSV-1, -2, VZV, EBV, CMV και KSHV/HHV-8, ορισμένοι από τους ιούς Coxsackie της ομάδας A, ορισμένοι από τους HPV, ο HIV και ορισμένοι άλλοι όπως π.χ. ο ιός της παρωτίτιδας, οι MCV, κ.ά.

Στην διάθεση του στοματολόγου, για την θεραπευτική αντιμετώπιση λοιμώξεων που προκαλούνται από τους συγκεκριμένους ιούς, υπάρχουν φάρμακα κατά κύριο λόγο έναντι των ερπητοϊών. Ασφαλώς υπάρχουν και φάρμακα έναντι των HIV, HPV και MCV αλλά αυτά δεν είναι φάρμακα που συνταγογραφεί ο στοματολόγος.

Βασικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη εναντίον των HSV-1, -2 και VZV, για συστηματική χορήγηση είναι η ακυκλοβίρη, η βαλασυκλοβίρη και η φαμσυκλοβίρη, ενώ για τοπική χρήση είναι η ακυκλοβίρη, η πενσυκλοβίρη και η τρομανταδίνη. Η βαλασυκλοβίρη ουσιαστικά είναι προφάρμακο της ακυκλοβίρης και η φαμσυκλοβίρη, προφάρμακο της πενσυκλοβίρης η οποία δεν απορροφείται από το γαστρεντερικό. Η φαμσυκλοβίρη (στη συστηματική χορήγηση) και η πενσυκλοβίρη (στην τοπική χρήση) παρουσιάζουν το μεγάλο πλεονέκτημα έναντι των άλλων φαρμάκων ότι ο χρόνος ημίσειας ζωής του ενδοκυττάριου μεταβολίτη τους είναι κατά πολύ μεγαλύτερος σε σχέση με τα άλλα φάρμακα.

Για την θεραπευτική αντιμετώπιση λοιμώξεων από τον CMV χρησιμοποιούνται ή έχουν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν η γκανσυκλοβίρη, η σιντοφοβίρη και η φωσκαρνέτη η οποία βέβαια παρουσιάζει πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Από τα αντιμυκητιασικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην καθημερινή πράξη της στοματοπροσωπικής παθολογίας για την θεραπευτική αντιμετώπιση κατά κύριο λόγο της καντιντίασης επιλέγεται κάποιο από αυτά που ανήκουν στις αζόλες ή στα πολυένια. Από τις αζόλες, για συστηματική χορήγηση επιλέγεται ένα από τις φλουконаζόλη, ιτρακοναζόλη, κετοконаζόλη ή βορικοναζόλη, ενώ για τοπική χρήση η μικοναζόλη ή η κετοконаζόλη. Από τα πολυένια συνήθως συνιστάται η τοπική χρήση νυστατίνης. Η χρήση της αμφοτερικίνης B περιορίζεται στις εν τω βάθει μυκητιάσεις.

Τέλος τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, είναι μια ετερογενής ομάδα φαρμάκων που η χορήγησή τους είναι επιβοηθητική για την αντιμετώπιση κατά κύριο λόγο επώδυνων νοσολογικών οντοτήτων όπως π.χ. οι σιαλαδενίτιδες βακτηριακής κυρίως αιτιολογίας, κ.λπ.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ

Χρυσομάλη Ευανθία

Η στοματική κοιλότητα μπορεί να αποτελέσει περιοχή εκδήλωσης διαφόρων αλλεργικών αντιδράσεων προκαλούμενων από φάρμακα είτε συστηματικά χορηγούμενων ή από την τοπική εφαρμογή τους στο βλεννογόνο με τη μορφή διαλυμάτων ή άλλων οδοντιατρικών υλικών. Θεωρητικά κάθε φαρμακευτική ουσία είναι ικανή να προκαλέσει ανεπιθύμητη ενέργεια, ενώ η πιθανότητα εμφάνισης παρενεργειών παρουσιάζει σχέση αναλογική με τον αριθμό των λαμβανόμενων φαρμάκων. Η τοξικότητα ενός φαρμάκου αφενός και η δοσολογία αφετέρου, αλλά κυρίως η ιδιοσυγκρασία του ασθενούς συνιστούν τους σημαντικότερους παράγοντες για την πρόκληση διαφόρων φαρμακευτικών παρενεργειών. Οι παθογενετικοί μηχανισμοί που εμπλέκονται στις ανεπιθύμητες αυτές επιδράσεις των φαρμάκων μπορεί να περιλαμβάνουν ανοσολογικές αντιδράσεις με τη μεσολάβηση αντισωμάτων ή να είναι ανεξάρτητες από αντισώματα με τη συμμετοχή μαστοκυττάρων και την απελευθέρωση χημικών μεσολαβητών. Στη παρούσα εισήγηση παρατίθενται οι σημαντικότερες εκδηλώσεις από το στόμα παρενεργειών φαρμάκων. Οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις παρουσιάζονται συνήθως άμεσα ή λίγες ημέρες μετά τη λήψη του φαρμάκου και συμπεριλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα σημείων και συμπτωμάτων η βαρύτητα των οποίων μπορεί να ποικίλλει με εκδηλώσεις, όπως ερυθηματώδεις, ελκωτικές, λειχνοειδείς βλάβες, υπερπλασία των ούλων κ.α. Τα συχνότερα αναφερόμενα συμπτώματα μεταξύ των διαφόρων παρενεργειών συνιστούν η ξηροστομία και οι διαταραχές της γεύσης. Εκδηλώσεις ως αποτέλεσμα ανεπιθύμητων ενεργειών φαρμάκων μπορεί επίσης να παρουσιάζονται και στο δέρμα με τη μορφή εξανθήματος, ερυθήματος ή πομφών. Μερικές από τις ομάδες φαρμάκων που έχουν αναφερθεί ότι μπορεί να σχετίζονται με ανεπιθύμητες αντιδράσεις είναι, τα διουρητικά και αντικαταθλιπτικά που συνήθως προκαλούν ξηροστομία, τα αντι-υπερτασικά και οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης που μπορεί να σχετίζονται με ελκωτικές ή λειχνοειδείς βλάβες, τα υπογλυκαιμικά με διαταραχές της γεύσης, οι τετρακυκλίνες και τα αντισυληπτικά με δυσχρωμικές αλλοιώσεις, τα αντιεπιληπτικά με υπερπλασία ούλων κ.α. Συμπερασματικά, η λήψη λεπτομερούς ιστορικού του ασθενούς σε συσχέτιση με την κλινική εικόνα των βλαβών θέτει την υποψία ότι μπορεί να πρόκειται για φαρμακευτική παρενέργεια. Η τελική διάγνωση βασίζεται κυρίως στην υποχώρηση των βλαβών μετά την άμεση διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΑΛΛΩΝ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Χατζηστάμου Ι.

Σε ιστολογική εξέταση υποβάλλονται όλες οι ορατές βλάβες όπως όγκος ή πληγή στο δέρμα, το στόμα, τα γεννητικά όργανα ή βλάβες που είναι ορατές με ακτινογραφία, αξονική τομογραφία, υπερήχους ή ενδοσκοπικώς με γαστροσκόπηση, κολonosκόπηση, βρογχοσκόπηση. Στις περιπτώσεις αυτές αφαιρείται και αποστέλλεται για ιστολογική εξέταση ολόκληρη η βλάβη ή τμήμα αυτής ανάλογα με την κρίση του θεράποντα ιατρού. Έτσι, οποιαδήποτε ασθένεια σε οποιοδήποτε μέρος του οργανισμού προκαλέσει βλάβη, μπορεί να διαγνωσθεί με την ιστολογική εξέταση, αρκεί να υπάρχει δυνατότητα να ληφθεί μέρος έστω της βλάβης και να σταλεί στο Παθολογοανατομικό Εργαστήριο για εξέταση.

Για πολλές μάλιστα ασθένειες, όπως ο καρκίνος, η ιστολογική εξέταση είναι η μόνη ασφαλής μέθοδος διάγνωσης.

Η προσέγγιση των νοσημάτων της στοματογναθικής περιοχής από τον οδοντίατρο-στοματολόγο, τον γναθοχειρουργό ή ακόμα και τον γενικό οδοντίατρο, γίνεται καταρχήν με την σωστή κλινική εξέταση, την επισταμένη μελέτη των δεδομένων του ιστορικού του ασθενούς καθώς και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων των συνοδευτικών εργαστηριακών εξετάσεων. Η σύνδεση όλων αυτών των πληροφοριών κατευθύνει τη διαγνωστική σκέψη του κλινικού γιατρού σε κάποιο ή κάποια πιθανά νοσήματα, ενώ ο αποκλεισμός αρκετών από αυτά και η τεκμηρίωση της τελικής διάγνωσης επέρχεται με την ιστοπαθολογική εξέταση του ιστού από την πάσχουσα περιοχή του ασθενούς. Η πράξη αυτή της αφαίρεσης του ιστού από τον ζώντα οργανισμό ορίζεται ως βιοψία και μπορεί να είναι μερική-διαγνωστική όταν ένα μικρό ιστικό τεμαχίδιο από την πάσχουσα περιοχή αφαιρείται προκειμένου να εξετασθεί και να τεθεί η τελική διάγνωση ή ολική-όπου πραγματοποιείται ταυτόχρονα και πλήρης εξαίρεση της βλάβης.

Έτσι κατόπιν λήψης του βιοπτικού υλικού, η ιστοπαθολογική εξέταση πραγματοποιείται προκειμένου να:

1. Τεθεί η διάγνωση και να γίνει η σταδιοποίηση των νεοπλασματικών και μη νεοπλασματικών νόσων

2. Να διερευνηθούν οι αιτιοπαθογενετικοί μηχανισμοί των νοσημάτων

3. Να ελεγχθεί η σωστή χειρουργική εξαίρεση των καλοήθων και των κακοήθων όγκων, στις περιπτώσεις ολικής βιοψίας

4. Έχει συμβουλευτικό ρόλο στην θεραπεία του ασθενούς

5. Προβλέπει την περισσότερο πιθανή εξέλιξη της νόσου

6. Επανελέγχει την πορεία της νόσου σε βάθος χρόνου

Πέρα λοιπόν από το γεγονός πως η ληφθείσα βιοψία μπορεί να είναι μερική ή ολική, είναι πολύ σημαντικό να έχει ληφθεί από σωστή θέση. Για παράδειγμα σε περίπτωση που η αλλοίωση αφορά σε ένα έλκος το βιοπτικό υλικό δεν μπορεί να προέρχεται εξ ολοκλήρου από τον πυθμένα του έλκους γιατί εκεί το μόνο που υπάρχει είναι εξελκωμένος και νεκρωμένος ιστός με αλλοιωμένη μορφολογία και αρχιτεκτονική, και συνεπώς είναι ακατάλληλη θέση για να καταλάβουμε περι τίνος προκειται. Αν αντίθετα όμως η βιοψία ληφθεί από περιφερική θέση της βλάβης και περιλαμβάνει τόσο τμήμα της βλάβης όσο και της περιφέρειας αυτής τότε μπορούμε να έχουμε στοιχεία τόσο

για την μορφολογία της ζίδιας αλλοίωσης όσο και για των παρακείμενων περιοχών που παρουσιάζουν αλλοιώσεις που οδήγησαν στην ανάπτυξη της βλάβης.

Το βιοψικό υλικό δεν πρέπει ποτέ να μοιράζεται. Ακόμα και σε περίπτωση που δελήσει ο κλινικός τη γνώμη και άλλου εργαστηρίου ή να συμπεριλάβει το περιστατικό σε ερευνητική μελέτη, το βιοψικό υλικό πρέπει να αποστέλεται εξόλοκληρου στο παθολογοανατομικό εργαστήριο με το οποίο συνεργάζεται να γίνει η επεξεργασία του δείγματος, η μελέτη αυτού, να τεθεί η διάγνωση και αν εξακολουθεί να θέλει δεύτερη γνώμη τότε αποστέλονται σε συναδέλφους τα blocks παραφίνης και τα πλακίδια. Σε περίπτωση που θέλει το περιστατικό να συμπεριληφθεί σε κάποια ερευνητική μελέτη τότε είναι καλύτερα να χρησιμοποιηθεί, αν είναι δυνατόν, το μονιμοποιημένο υλικό ή διαφορετικά θα πρέπει να λαμβάνεται χωριστή βιοψία, κατόπιν βέβαια συγκατάθεσης του ασθενούς να συμμετέχει στη μελέτη καθώς και της συγκατάθεσης των αρμοδίων επιτροπών ηθικής και δεοντολογίας.

Άμεσα μετά τη λήψη της βιοψίας το ιστοτεμαχίδιο που αφαιρείται πρέπει να τοποθετηθεί σε μονιμοποιητικό υγρό που στο 95-99% των περιπτώσεων αφορά σε υδατικό διάλυμα ουδέτερης φορμόλης σε αραιώση 10%. Σημαντικό είναι επίσης το βιοψικό υλικό να μεταφέρεται κατά το συντομότερο δυνατό στο εργαστήριο για την περαιτέρω επεξεργασία του, γιατί είναι μιν απαραίτητη η μονιμοποίηση του ιστού αλλά δεν πρέπει αυτό να υπερμονιμοποιηθεί μιας και θα είναι πολύ δυσκολότερο στη συνέχεια να γίνει ανοσοιστοχημική διερεύνηση αυτού, αν είναι αναγκαία, αφού οι αντιγονικοί επίτοποι μπλοκάρωνται ή καταστρέφονται με την υπερμονιμοποίηση.

Ο παθολοανατόμος καλείται στη συνέχεια να βοηθήσει στην αναγνώριση της αιτιολογίας και στην κατανόηση της αιτιοπαθογένειας της νόσου με οδηγό πρωτίστως την μελέτη της ιστοικής μορφολογίας σε τομές χρωσμένες με Η-Ε, αλλά και την περαιτέρω μελέτη του ιστού με τις κλασσικές ιστοχημικές χρώσεις καθώς και την ανοσοιστοχημική διερεύνηση έκφρασης συγκεκριμένων πρωτεϊνών, υποδοχέων, βιολογικών καρκινικών δεικτών, κυτταροπλασματικών και μεμβρανικών αντιγόνων μικροβίων και ιών, η οποία πραγματοποιείται πια στη ρουτίνα των παθολογοανατομικών εργαστηρίων. Σε περίπτωση που υπάρχει υποψία αυτοάνοσου νοσήματος του τύπου της πέμφιγας, του πεμφιγοειδούς, του ομαλού λειχήνα, κλπ, η ιστολογική εξέταση του δείγματος συμπληρώνεται με άμεσο ανοσοφθορισμό με τον οποίο γίνεται η ανίχνευση ειδικών αυτοαντισωμάτων.

Το βιοψικό υλικό θα πρέπει πάντα να συνοδεύεται από ένα σωστά συμπληρωμένο παραπεμπτικό σημείωμα, για το οποίο είναι υπεύθυνος ο κλινικός γιατρός, όπου αναγράφονται πέρα από τα γενικά στοιχεία του ασθενούς όπως ονοματεπώνυμο, ηλικία, κλπ, τα κλινικά συμπτώματα, τα υπόλοιπα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα, ένα σύντομο ιστορικό (ατομικό και οικογενειακό) καθώς και η πιθανή διάγνωση του κλινικού γιατρού. Όλα αυτά τα στοιχεία είναι απαραίτητα, γιατί η τελική διάγνωση επέρχεται κατόπιν της συσχέτισης των ιστολογικών εικόνων με τα αναφερόμενα ευρήματα.

Συμπερασματικά: Ο παθολοανατόμος καταρχήν παρατηρεί. Παρατηρεί την παρουσία αλλοιώσεων σε ιστολογικό επίπεδο με τις τομές Η-Ε, ερμηνεύει τα ευρήματα των συνεπικουρικών τεχνικών, συγκρίνει και συσχετίζει τις αλλοιώσεις αυτές με τα υπόλοιπα κλινικοεργαστηριακά δεδομένα. Απαραίτητη για το λόγο αυτό όπως γίνεται αντιληπτό είναι η στενή συνεργασία του παθολογοανατόμου με τον κλινικό γιατρό για τη σωστή αξιολόγηση των ευρημάτων.

Μπελάζη Μαρία

Η στοματική κοιλότητα αποτελεί τον καθρέφτη της γενικής κατάστασης του οργανισμού. Έτσι πολλά τοπικά ή συστηματικά νοσήματα (κακοήγη νεοπλασμάτα, λοιμώξεις, περιοδοντική νόσος, διαβήτης, HIV, ηπατίτιδες, καρδιοαγγειακά και αυτοάνοσα νοσήματα), τα οποία εκδηλώνονται αρχικά στο στόμα μπορεί να επηρεάσουν και άλλα όργανα και συστήματα και αντίστροφα.

Το κύριο βιολογικό υγρό του στόματος, το σάλιο, είναι διαυγές, ελαφρά όξινο (pH 6-7) και περιέχει ένα ευρύ φάσμα βιολογικών δεικτών χρήσιμων σε πολλές κλινικές διαγνωστικές εφαρμογές, ενώ πηρεάζει την γενική υγεία του οργανισμού μέσω ειδικών και μη ειδικών φυσικών και χημικών ιδιοτήτων που κατέχει.

Τα σάλιο περιέχει από μεγάλο αριθμό πρωτεϊνών (γλυκοπρωτεΐνες και πεπτίδια) τα πρωτεΐνώματα ή πρωτεώματα, που διεθνώς αναφέρεται με τον όρο proteoms, καθώς και νουκλεϊκά οξέα το DNA και RNA, που αποτελούν το γονιδίωμα του σάλιου (genomics). Σε αρκετά νοσήματα που εκδηλώνονται στο στόμα τα επίπεδα των πρωτεϊνών του σάλιου μεταβάλλονται ή είναι δυνατόν να εμφανιστούν και άλλες πρωτεΐνες de novo. Έχει αποδειχθεί ότι μικρά προϊόντα μεταβολισμού, ορμόνες & κυτοκίνες, ή πρωτεΐνες/ένζυμα (C-αντιδρώσα πρωτεΐνη), οι μεταλλοπρωτεϊνάσες (MMP-8 και -9) και η IL-1ί θεωρούνται αξιόπιστοι δείκτες στο σάλιο ασθενών με περιοδοντική νόσο, με στοματικό καρκίνο, άσθμα, διαβήτη, καρδιαγγειακή νόσο κλπ .

Ο νεοπλασματικός δείκτης C-erbB-2 βρέθηκε σε υψηλά επίπεδα στο σάλιο γυναικών με καρκίνο μαστού, καθώς και το καρκινικό αντιγόνο CA15-3 στο σάλιο γυναικών με καρκίνο ωοθηκών. Επίσης, το p53 ογκοκατασταλτικό αντιγόνο, το μόριο CD44 και ο αυξητικός παράγοντας των ούλων EGF αποτελούν σημαντικούς βιολογικούς δείκτες στο σάλιο για την ανίχνευση καρκίνου κεφαλής/τραχήλου. Ακόμη, βρέθηκαν αυξημένα επίπεδα difensin-1 στο σάλιο ασθενών με σκανθοκυτταρικό καρκίνο στο στόμα.

Πρόσφατα απομονώθηκε στο σάλιο το γονίδιο της απολιποπρωτεΐνης E-e4 (ApoE-e4), που αποτελεί τον κυρίαρχο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου Αλτσχάιμερ.

Το σάλιο ως διαγνωστικό εργαλείο παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα έναντι του ορού, όπως είναι η εύκολη συλλογή του- μετριάζει σημαντικά το άγχος και τη δυσαρέσκεια των ασθενών, οι οποίοι εύκολα δέχονται να επαναλάβουν τη λήψη νέου δείγματος, η διατήρηση και η μεταφορά του. Επιπλέον, τα σιαλικά τεστ είναι πιο οικονομικά και δεν μεταφέρουν λοιμογόνους παράγοντες, όπως μπορεί να συμβεί με τη λήψη αίματος λόγω της χρήσης μολυσμένων βελονών.

Μια και μόνο σταγόνα σάλιου εμπεριέχει πληροφορίες που αφορούν τόσο στην υγεία όσο και στην ασθένεια.

Τα τελευταία χρόνια, έχει αναγνωρισθεί ο δυναμικός ρόλος των διαγνωστικών δοκιμασιών στο σάλιο και έχει αποδειχθεί ότι η παρουσία των διαφόρων σιαλικών δεικτών αντανάκλα τη φυσιολογική ή νοσηρή κατάσταση του οργανισμού. Έτσι, το σάλιο φαίνεται να αποτελεί έναν ιδεώδη στόχο για μια νέα γενιά μη επεμβατικών διαγνωστικών εργαλείων.

Η ικανότητα να ανιχνεύουμε ειδικούς μοριακούς και πρωτεϊνικούς δείκτες στα στοματικά υγρά φαίνεται να προσφέρει δυνατότητες και ευκαιρίες για την βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας και ίασης του πληθυσμού σε μαζικό επίπεδο. Ωστόσο, πριν οι δοκιμασίες αυτές στα υγρά του στόματος εδραιωθούν ευρέως, εγείρονται πολλά και σημαντικά ερωτήματα. Όπως αν υπάρχουν ειδικά μόρια και πρωτεΐνες στη στοματική κοιλότητα, οι οποίες να συνδέονται άμεσα με μια ειδική νόσο. Αν υπάρχουν ειδικοί σιαλικοί δείκτες που να μπορούν να προβλέψουν την εκδήλωση της νόσου και ποια είναι η κλινική τους συμπεριφορά / εφαρμογή. Τέλος, αν υπάρχει κάποια χρονική σχέση ανάμεσα στην ανίχνευση αυτών των βιολογικών δεικτών στο στόμα και της πορείας, της εξέλιξης και της πρόγνωσης της νόσου.

Ο χάρτης του πρωτεϊνώματος και του γονιδιώματος του σάλιου αναμένεται να ανοίξει νέους δρόμους στην έρευνα, ενώ οι ειδικοί εκτιμούν ότι, μελλοντικά ο εντοπισμός ασθενειών με τη βοήθεια των διαγνωστικών τεστ του σάλιου θα μπορεί να γίνεται πιο γρήγορα, οικονομικά και ανώδυνα.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ

Αλμπανίδου-Φαρμάκη Ε.

Επ. Καθηγήτρια Στοματολογίας

Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

Αυτοανοσία είναι η κατάσταση κατά την οποία η ανοσιακή απάντηση του οργανισμού στρέφεται εναντίον δικών του αντιγόνων και οφείλεται στη διακοπή της φυσιολογικής ανοσιακής ανοχής. Η αιτιολογία είναι άγνωστη, αλλά υπάρχει μια κληρονομική προδιάθεση σε συνδυασμό με παράγοντες του περιβάλλοντος.

Τα αυτοάνοσα νοσήματα διακρίνονται κλινικά σε α) Οργανοειδικά, τα οποία χαρακτηρίζονται από βλάβες που εντοπίζονται μόνο σε ένα όργανο και τα αυτοαντισώματα είναι «ειδικά του οργάνου» και β) σε μη οργανοειδικά, στα οποία η βλάβη εντοπίζεται σε πολλά όργανα και τα αυτοαντιγόνα είναι «μη ειδικά του οργάνου».

Αυτοάνοσα νοσήματα με φυσαλοδοεξελκωτικές βλεννοδερματικές αλλοιώσεις είναι η *πέμφιγα*, το *ουλώδες πεμφιγοειδές*, το *πομφολυγώδες πεμφιγοειδές*, ο *ομαλός λειχήνας*, το *σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Bechet*.

Πέμφιγα

Είναι χρόνια, απειλητική για τη ζωή αυτοάνοση νόσος με εκδηλώσεις από το δέρμα και τους βλεννογόνους. Κλινικά διακρίνεται στην *κοινή πέμφιγα*, τη *βλαστική*, τη *φυλλώδη*, την *ερυθηματώδη*, την *παρaneoπλασματική πέμφιγα* που συσχετίζεται με το λέμφωμα και την *προκαλούμενη από φάρμακα*. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ενδοεπιθηλιακών φυσαλίδων, πομφόλυγων οι οποίες αυτόματα σπάζουν και αφήνουν επώδυνες διαβρώσεις, με τάση για επέκταση με αποκόλληση του επιθηλίου (θετικό σημείο Nikolsky). Η ακανθολυσία οφείλεται στην εναπόθεση IgG αυτοαντισωμάτων και C3 παράγοντα του συμπληρώματος στους μεσοκυττάριους χώρους της ακανθωτής στιβάδας και στον ορό του αίματος.

Η θεραπεία της νόσου βασίζεται στη χορήγηση κυρίως κορτικοστεροειδών (prednisolone) και βοηθητικά ανοσοκατασταλτικών, αντιφλεγμονοδών, ανοσορρυθμιστικά (πλασμαφέρεση, ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη IgG) και rituximab.

Πεμφιγοειδές

Είναι χρόνιο αυτοάνοσο νόσημα που χαρακτηρίζεται από υποεπιθηλιακές φυσαλίδες ή πομφόλυγες οι οποίες εξελίσσονται σε εξελκώσεις, κυρίως στο βλεννογόνο του στόματος (80-100%), στους επιπεφικούς, στο φάρυγγα, στα γεννητικά όργανα και σπανιότερα στο δέρμα (10-30%). Όταν εντοπίζεται στα ούλα έχουμε την εικόνα της αποφλοιωτικής ουλίτιδας. Ο παθογενετικός μηχανισμός συνίσταται στην εναπόθεση αυτοαντισωμάτων IgA και κυρίως IgG και συμπλήρωμα στη βασική μεμβράνη. Διακρίνεται στο **ουλώδες πεμφιγοειδές** και το **πομφολυγώδες πεμφιγοειδές**. Η διαφοροδιάγνωση γίνεται μόνο από τα κυκλοφορούντα αυτοαντισώματα στον ορό των ασθενών, 10% στο *ουλώδες πεμφιγοειδές* και 80% στο *πομφολυγώδες πεμφιγοειδές*.

Σε στοματικές αλλοιώσεις χορηγούνται θεραπευτικά κορτικοστεροειδή για τοπική εφαρμογή με τη μορφή κρέμας, gel ή έγχυσης στις αλλοιώσεις. Συστηματική θεραπεία χορηγείται σε εξωστοματικές αλλοιώσεις με κορτικοστεροειδή, ανοσοκατασταλτικά και αντιβιοτικά ευρέως φάσματος.

Ομαλός λειχήνας

Είναι χρόνια αυτοάνοση βλεννοδερματική νόσος. Η αιτιολογία της είναι άγνωστη. Ο παθογενετικός μηχανισμός οφείλεται στη δυσλειτουργία του κυτταρικού σκέλους της ανοσίας.

Κυτταροτοξικά CD8⁺ T κύτταρα προκαλούν βλάβες στο βλεννογόνο του στόματος. Διακρίνονται: α) στη δικτυωτή ή τυπική μορφή, β) στη διαβρωτική μορφή, γ) στη φυσαλιδώδη, δ) στην υπερτροφική ή κατά πλάκες μορφή, ε) στην ατροφική μορφή και στ) στην αποφλοιωτική ουλίτιδα. Η κλινική εικόνα εξαρτάται από τη μορφή της νόσου.

Για τη θεραπεία, ειδικά της διαβρωτικής μορφής, χρησιμοποιούνται τοπικά και συστηματικά κορτικοστεροειδή και ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.

Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος

Είναι μια βαριά συστηματική αυτοάνοση νόσος που οφείλεται στην κυκλοφορία ανοσοσυμμεγμάτων IgG και IgM. Οι βλάβες προκαλούνται από διέγερση τύπου III υπερευαισθησίας. Σε ποσοστό 30-45% εμφανίζει εκδηλώσεις από το βλεννογόνο το στόματος. Κλινικά υπάρχουν εκτεταμένες επώδυνες διαβρώσεις ή εξελκώσεις που περιβάλλονται από ερυθρή ή λευκωπή άλω. Συχνά ο βλεννογόνος του στόματος εμφανίζεται εξοιδημένος με πετέχιες, αιμορραγίες και ξηροστομία.

Η θεραπεία εξαρτάται από τη δραμύτητα της νόσου. Χορηγούνται συστηματικά στεροειδή, ανοσοκατασταλτικά μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη πλασμαφέρεση.

Σύνδρομο Αδαμαντιάδη- Behcet.

Χαρακτηρίζεται από: Υποτροπιάζουσες άφθες από το βλεννογόνο του στόματος, Παρόμοιες αλλοιώσεις από τα γεννητικά όργανα, Αλλοιώσεις από το δέρμα, Αλλοιώσεις από τους οφθαλμούς (Ραγοειδίτιδα, ιριδοκυκλίτιδα). Πρόσθετα συμπτώματα που συμμετέχουν σε μικρότερη συχνότητα είναι: Αρθρίτιδα, Επιδιδυμίτιδα, Γαστρεντερικές αλλοιώσεις (ειλεοτυφλικές ελκώσεις), Αγγειίτιδες, Αλλοιώσεις από το Κεντρικό νευρικό σύστημα. Διακρίνεται στον α)πλήρη τύπο, β)Ελλιπή τύπο, γ)Πιθανό BS, δ)Ειδικές αλλοιώσεις

Η θεραπεία εξαρτάται από τα κλινικά συμπτώματα. Συνιστάται συνδυασμός τοπικών και συστηματικών φαρμάκων: α)μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, β)ανοσοκατασταλτικά, γ)κορτικοστεροειδή, δ)anti-TNF, ε)αντιιικά

ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ – ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΕΣ ΚΑΙ ΟΥΛΩΤΙΚΟ ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΕΣ, ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Αυγερινού Π. Γεωργία,

Αναπλ. Καθηγήτρια 1η Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων

Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ο Δερματικός Ερυθηματώδης λύκος είναι μία χρόνια αυτοάνοση πάθηση, ο οποίος ανήκει στα νοσήματα του Συνεκτικού ιστού και χαρακτηρίζεται από ένα ευρύ φάσμα εκδηλώσεων με διαφορετική έκφραση.

Οι δερματικές εκδηλώσεις ταξινομούνται σε ειδικές, οι οποίες χαρακτηρίζονται από ειδικά ιστοπαθολογικά ευρήματα, και σε μη ειδικές.

Στις ειδικές δερματικές μορφές υπάγονται:

- Ο **Οξύς Δερματικός Ερυθηματώδης λύκος**, ο οποίος χαρακτηρίζεται από ερύδημα τύπου ηλιακού ερυθήματος.

- Ο **Υποξύς Ερυθηματώδης λύκος**, υποομάδα Ερυθηματώδους λύκου που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζον ερυθηματώδες μη ουλωτικό εξάνθημα, με δερματικές εκδηλώσεις φωτοευαισθησίας και χαρακτηριστικά ανοσολογικά ευρήματα.

- Ο **Χρόνιος Δερματικός Ερυθηματώδης λύκος**, που έχει σαν κύριο χαρακτηριστικό εκπρόσωπο τον Δισκοειδή Ερυθηματώδη λύκο, ο οποίος εκδηλώνεται με διηθημένες υπερκερατωσικές πλάκες, σαφώς αφοριζόμενες από το υγιές δέρμα, προσβάλλει εξαρτήματα και προκαλεί θυλακικά βύσματα (follicular pluggings). Εξελίσσεται σε ατροφία και δύσμορφη ουλή. Επίσης μπορεί να προκαλέσει επώδυνες διαβρώσεις των βλεννογόνων, κυρίως της στοματικής κοιλότητας και αλωπεκία μόνιμη, ουλωτική.

Ποικιλίες Δερματικού Ερυθηματώδη λύκου είναι ο υπετροφικός μυρμηκιάδης Ερυθ. λύκος, ο ευρυαγγειακός Ερυθ. λύκος, ο Lupus Profundus - Panniculitis (LEP) (εν τω βάθει), ο χειμετώδης Ερυθ. λύκος (CHLE), ο επηρμένος Ερυθ. λύκος - Tumidus (LET) και ο Πομφολυγώδης Ερυθηματώδης λύκος (BLE).

Μη ειδικές Δερματικές βλάβες: Δερματική αγγειίτις - Κνιδωτική αγγειίτις - Σκληροδακτυλία - Ασβετώσεις δέρματος - Ρευματικά οζίδια - φαινόμενο Raynaud.

Πρόγνωση - Θεραπεία

- Τοπική θεραπεία: Αντιηλιακά.

- Συστηματική θεραπεία: Ανθελονοσιακά, Θαλιδομίδη, Δαψόνη (κυρίως στην πομφολυγώδη μορφή ΔΕΛ), Ρετινοειδή (κυρίως υπερκερατωσική μορφή ΔΕΛ), Κλοφαζιμίνη, Αζαθειοπρίνη, Κυκλοφωσφαμίδη, Κυκλοσπορίνη.

Δερματικές εκδηλώσεις πομφολυγώδους πεμφιγοειδούς

Το πομφολυγώδες πεμφιγοειδές είναι μια υποεπιδερμική αυτοάνοσος πομφολυγώδης νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από μεγάλες-τεταμένες πομφόλυγες σε υγιή ερυθηματώδη βάση και σταθερά ανοσοδραστικά στοιχεία, όπως καθήλωση IgG αυτοαντισωμάτων στην ΒΜΖ του δερμο-επιδερμικού συνδέσμου και C₃ - τρίτο κλάσμα του συμπληρώματος. Το εξάνθημα εντοπίζεται στο υπογάστριο, και την έσω επιφάνεια μηρών, βραχιόνων και καταλείπει μεταφλεγμονώδη μελάγχρωση χωρίς ουλή. Πρώιμα σημεία εκδηλώνονται ως κνιδωτικές βλάβες και έντονος χαρακτηριστικός κνησμός.

Στοματικές εκδηλώσεις πομφολυγώδους πεμφιγοειδούς: Γενικά ο βλεννογόνος του στόματος προσβάλλεται στο 30% των περιπτώσεων. Οι βλάβες του βλεννογόνου του στόματος είναι λιγότερο σοβαρές σε σχέση με την κοινή πέμφιγα και συνήθως δεν αποτελούν το πρώτο σημείο εκδήλωσης της νόσου.

Κλινικές εκδηλώσεις: Φυσαλίδες - διαβρώσεις οπουδήποτε στον βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας (υπερώρα μαλθακή - σκληρή, κάτω χείλος, κ.λπ.).

Κλινικές ποικιλίες και συσχετίσεις με άλλα νοσήματα:

- (1) Εντοπισμένο πεμφιγοειδές
- (2) Συσχέτιση με κακοήθεια (παρανεοπλασματική πάθηση) 10-15%
- (3) Συσχέτιση με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα.

Δερματικές εκδηλώσεις ουλωτικού πεμφιγοειδούς

Ουλωτικό πεμφιγοειδές: Συνώνυμοι όροι: Καλόγηδες πεμφιγοειδές των βλεννογόνων κατά Lever.

Πεμφιγοειδές στόματος. Οφθαλμικό πεμφιγοειδές.

Κλινικοί χαρακτήρες ουλωτικού πεμφιγοειδούς:

1. Εκδηλώσεις βλεννογόνου στόματος: 85%
2. Οφθαλμικές αλλοιώσεις: 60-80%
3. Δέρμα: 25%
4. Άλλες εντοπίσεις, ρινικός βλεννογόνος - εξωτερικά όργανα, λάρυγγας, οισοφάγος: 10-20%.
 - Α' τύπος: Υποτροπιάζουσες φυσαλίδες - πομφόλυγες χωρίς δημιουργία ουλών.
 - Β' τύπος: Εντοπισμένο ουλωτικό πεμφιγοειδές (τύπος Brusting-Perry) - κεφάλι λαιμός.

Πομφόλυγες - δημιουργία ουλών - ουλωτική αλωπεκία.

Στοματικές εκδηλώσεις ουλωτικού πεμφιγοειδούς:

1. Αποφολιδωτική ουλίτις: 80-90%

Ερύθημα, οίδημα, φυσαλίδες, διαβρώσεις, κ.λπ.

Αργή επούλωση - δημιουργία ουλής

2. Διαβρώσεις - έλκη στην μαλακή και σκληρή υπερώα, γλώσσα, παρυφή φατνίων, κ.λπ.

3. Ο σχηματισμός ουλής έχει την μορφή ινώδους δικτυωτής γραμμοειδούς διάταξης, τύπου ομαλού λειχήνα.

Θεραπεία

A. Πρώτης επιλογής θεραπεία

1. Περιορισμένη νόσος: Τοπικά κορτικοστεροειδή ή ενδοβλαβικές εγχύσεις.

2. Γενικευμένη νόσος: Συστηματικά κορτικοστεροειδή - ημερήσια δόση: 40-80 mg/kg.

B. Εναλλακτικές θεραπείες: Τετρακυκλίνες ή σε συνδυασμό με νικοτιναμίδη 500-2000 mg/ημ.

Δαψόνη - Σουλφοναμίδη 15-125 mg Μυκοφαινόλη, Μεθοτρεξάτη, Ενδοφλέβια έγχυση ανοσοσφαιρίνης (IVIG).

ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΕΜΦΙΓΑΣ ΚΑΙ ΟΜΑΛΟΥ ΛΕΙΧΗΝΑ

Σταυρόπουλος Π. Γ.

Επίκουρος Καθηγητής Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας

Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο "Α.Συγγρός"

Οι δερματοπάθειες της ομάδας πέμφιγας (κοινή, φυλλώδης, βλαστική, ερυθηματώδης, ουδετεροφιλική, φαρμακευτική, παρανεοπλασματική) χαρακτηρίζονται από συγκεκριμένη κλινική εικόνα (διάσπαρτες στον κορμό και στους βλεννογόνους πλαδαρές πομφόλυγες), ιστολογικά ευρήματα (ενδοεπιδερμική ακανθόλυση) και τυπικό-άμεσο-έμμεσο-ανοσοφθορισμό. Θεωρούνται αυτοάνοσες οντότητες με το αντιγόνο να ανήκει στην οικογένεια των καντχερινών και να εντοπίζεται στα δερματοσώματα των επιδερμικών κυττάρων. Η θεραπευτική αντιμετώπιση βασίζεται κυρίως στη συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών αλλά και διαφόρων ανοσοκατασταλτικών (αζαθειοπρίνη, μεθοτρεξάτη, κυκλοφωσφαμίδη, κυκλοσπορίνη, κ.α.). Σε επιμένουσες καταστάσεις δοκιμάζονται: η πλασμαφαίρεση, η εξωσωματική φωτοέκθεση, ή ενδοφλέβια χορήγηση ανοσοσφαιρίνης G, καθώς και διάφοροι «βιολογικοί» παράγοντες (Rituximab) κ.α.

Ο ομαλός λειχήνας αποτελεί επίκτητη χρόνια κνησμώδη μη-μεταδοτική δερματοπάθεια που χαρακτηρίζεται από βλαστώδες εξάνθημα με εντόπιση στο δέρμα, στους βλεννογόνους, στις τρίχες και στα νύχια. Φαίνεται ότι το νόσημα είναι μια ειδική δερματική αντίδραση ποικίλων αντιγόνων μέσω της κυτταρικής ανοσίας. Οι κλινικές μορφές είναι αρκετές: εξανθηματικός, δακτυλιοειδής, γραμμοειδής, υπερτροφικός, θυλακικός, φυσαλιδοπομφολυγώδης, διαβρωτικός, ελκωτικός, ακτινικός, κ.α) η ιστολογική εικόνα θεωρείται τυπική και η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει μεταξύ των άλλων κορτικοστεροειδή (τοπικά-συστηματικά), τοπικούς αναστολείς καλσινευρίνης, ρετινοειδή, κυκλοσπορίνη, δαψόνη, PUVA, θαλιδομίδη, κ.α.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Παντελιδάκη-Βασιλείου Αικ.,
Παθολογοανατόμος

Αυτοάνοσα νοσήματα με εντόπιση στο βλεννογόνο του στόματος

Ερυθηματώδης λύκος
Κοινή πέμφιγα
Πεμφιγοειδές (πομφολυγώδες, ουλωτικό-καλόγηδες βλεννογόνων)
Γραμμοειδής IgA νόσος
Νόσος Dühring
Επίκτητη πομφολυγώδης επιδερμόλυση
Αγγειίτιδες (νόσος Behcet)
Λειχήνας (ομαλός, διαβρωτικός, υπερτροφικός)

Η προσβολή του στοματικού βλεννογόνου από αυτοάνοσα νοσήματα είναι συχνή και εκδηλώνεται με φυσαλιδοπομφολυγώδεις, διαβρωτικές ή ελκωτικές βλάβες. Οι βλάβες αυτές μπορεί να περιορίζονται στο βλεννογόνο, να προηγούνται της συστηματικής εκδήλωσης της νόσου ή να συνδυάζονται με αλλοιώσεις από το δέρμα και άλλα όργανα.

Φυσαλιδοπομφολυγώδεις ή ελκωτικές βλάβες μπορεί να παρατηρηθούν στον βλεννογόνο του στόματος και από άλλα αίτια μη-αυτοάνοσα.

Διαφορική διάγνωση από μη-αυτοάνοσα νοσήματα

Φυσαλιδοπομφολυγώδεις βλάβες
Πολύμορφο ερύθημα, φαρμακευτικές αντιδράσεις, ιογενείς λοιμώξεις, οξεία GVHD.
Αποστηματώδεις και βλαστικές βλάβες
Μικροβιακές και μυκητιασικές λοιμώξεις, βλαστική πυοστοματίτις.
Λειχηνοειδείς βλάβες
Χρόνια λειχηνοειδής στοματίτις, λειχηνοειδείς φαρμακευτικές αντιδράσεις, επιθηλιακή δυσπλασία με λειχηνοειδή αντίδραση, χρόνια GVHD.
Διαβρωτικές-ελκωτικές βλάβες
Βαρύ πολύμορφο ερύθημα, σοβαρή GVHD, νόσος Behcet, απλές άφθες, χρόνιος ερεθισμός, λοιμώξεις.

Για την τεκμηρίωση της διάγνωσης και την διαφορική διάγνωση, η βιοψία και η εφαρμογή ειδικών ιστολογικών τεχνικών είναι αναγκαία στις περισσότερες περιπτώσεις.

Διαγνωστικές ιστολογικές τεχνικές

Φωτομικροσκόπιο: Μορφολογία της αλλοίωσης.
Άμεσος ανοσοφθορισμός: Αναζήτηση ανοσοσυμπλεγμάτων, προσδιορισμός του είδους και της ακριβούς εντόπισής τους.
Ανοσοϊστοχημεία: Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις μονιμοποιημένου δείγματος με ιστολογική υπόνοια αυτοάνοσου νοσήματος, σε νοσήματα με διαταραχές πρωτεϊνών της βασικής μεμβράνης (πομφολυγώδης επιδερμόλυση), επί υπόνοιας ιογενούς λοίμωξης ή εναπόθεσης μεταβολικών προϊόντων.

Η ευαισθησία και η ειδικότητα της ανοσοϊστοχημείας στην ανίχνευση ανοσοσυμπλεγμάτων είναι μικρότερες εκείνων του άμεσου ανοσοφθορισμού και δεν αποτελεί διαγνωστική μέθοδο εκλογής στις περιπτώσεις αυτές.

Διαγνωστικές τεχνικές με περιορισμένη ή ερευνητική χρήση

- Ηλεκτρονικό μικροσκόπιο

- Ανοσοηλεκτρονική άμεση και έμμεση μικροσκοπία
- Άμεσος και έμμεσος ανοσοφθορισμός σε διεσπασμένο ιστό (splitting) με δημιουργία τεχνητής κοιλότητας
- Μοριακές τεχνικές

Ιδιαιτερότητες και διαγνωστικά προβλήματα

- Ο βλεννογόνος του στόματος εμφανίζει συχνά επιγενείς αλλοιώσεις από ερεθισμό ή επιμόλυνση
- Συχνή και ταχεία απόπτωση ή αποφλοΐωση του επιθηλίου, με εξαφάνιση των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων
- Παρόμοια ιστολογικά ευρήματα σε νοσήματα μη-αυτοάνοσης αιτιολογίας
- Πολύ πρόσφατη βλάβη χωρίς διαγνωστικά χαρακτηριστικά
- Παλαιές βλάβες με ίνωση σε πομφολυγώδη νοσήματα
- Μικτές βλάβες ή ιστολογική εικόνα τυπική ειδικού νοσήματος, δευτεροπαθής όμως σε συστηματικό αυτοάνοσο νόσημα

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Awa E. A.L, Almeida J.D, Carvalho Y.R, Cabral L.A.G. Clinicopathological analysis of oral mucous autoimmune disease: A 27-year study. *Med Oral Patol Oral Ciz Bucal*. 2008 Feb 1; 13(2): E94-7
- Fischer T.W, Bawez H. I, Graefe T, Barta U, Elsner P, Erythema multiforme-Like Drug Eruption with Oral Involvement after Intake of Leflunomide. *Dermatology* 2003; 207:386-389
- Monntz J.R, Koopman W. Elucidating the pathogenesis of autoimmune disease. Recent advances at the molecular level and relevance to oral mucosal diseases. *J Oral Path Med* 1990; 19(8): 341-50
- Lichenoid and hypersensitivity reactions. In: McKee P. et al, *Pathology of the Skin* (1); 433-443. 2005 Elsevier-Mosby
- Autoimmune conditions. In: McKee P. et al, *Pathology of the Skin* (1); 443-447. 2005 Elsevier-Mosby

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ. ΠΟΣΟ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΚΑΙ ΕΠΗΡΕΑΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ;

ΟΞΕΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Μακρυλάκης Κωνσταντίνος

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΑ Λαϊκό

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) είναι μια ομάδα μεταβολικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από αύξηση του σακχάρου (γλυκόζης) στο αίμα. Είναι αποτέλεσμα διαταραχής είτε της έκκρισης είτε της δράσης της ινσουλίνης, είτε συνδυασμού αυτών των δυο. Η ινσουλίνη είναι μια ορμόνη που εκκρίνεται από το πάγκρεας (συγκεκριμένα τα λεγόμενα β-κύτταρα των νησιδίων του παγκρέατος). Ένας από τους κύριους ρόλους της είναι να βοηθάει το σάκχαρο του αίματος να μπαίνει μέσα στα κύτταρα των ιστών του σώματος (κυρίως τους μύες και τα λιποκύτταρα) για να χρησιμοποιηθεί ως «καύσιμο» για την παραγωγή ή την αποθήκευση ενέργειας.

Ανάλογα με την αιτιολογία, ο ΣΔ διακρίνεται σε δύο βασικούς τύπους:

- τον Τύπο 1, που περιλαμβάνει στις περισσότερες περιπτώσεις καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος που παράγουν την ινσουλίνη, και
- τον Τύπο 2, που αφορά το 80% περίπου των περιπτώσεων διαβήτη και οφείλεται σε αντίσταση των ιστών του σώματος στη δράση της ινσουλίνης σε συνδυασμό με – σχετικά - μειωμένη έκκριση ινσουλίνης (προοδευτικά όμως επιδεινούμενη).

Η θεραπεία του ΣΔ Τύπου 1 γίνεται με ινσουλίνη (υπάρχουν διάφορα σκευάσματα με διαφορετικές φαρμακοκινητικές ιδιότητες [έναρξη και διάρκεια δράσης]). Στον Τύπο 2 η θεραπεία γίνεται αρχικά με από του στόματος δισκία (που αποσκοπούν στη μείωση της αντίστασης των περιφερικών ιστών στην ινσουλίνη και στην αύξηση της ινσουλινο-εκκριτικής ικανότητας του παγκρέατος) και σε πιο προχωρημένα στάδια μπορεί να καταστεί και εδώ αναγκαία η χρήση ινσουλίνης.

Ο ΣΔ είναι μια διαταραχή με εξελικτική πορεία, με αποτέλεσμα την ενδεχόμενη εμφάνιση σοβαρών χρόνιων επιπλοκών, όταν παραμένει αρρυθμιστος. Αυτές οφείλονται είτε στη βλάβη (στενώσεις, αποφράξεις) μικρών αιμοφόρων αγγείων (μικροαγγειοπάθεια), είτε στη βλάβη μεγαλύτερων αρτηριακών κλάδων (μακροαγγειοπάθεια). Οι πρώτες περιλαμβάνουν τη βλάβη του αμφιβληστροειδή χιτώνα του οφθαλμού (αμφιβληστροειδοπάθεια), τη βλάβη των νεφρών (νεφροπάθεια) και τη βλάβη διαφόρων νεύρων του σώματος (νευροπάθεια), ενώ οι δεύτερες την εμφάνιση εμφράγματος του μυοκαρδίου, αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και περιφερικής αρτηριοπάθειας των κάτω άκρων. Εκτός όμως από τις χρόνιες επιπλοκές είναι δυνατόν να εμφανισθούν και οξείες επιπλοκές, αποτέλεσμα συνήθως είτε μεγάλης μείωσης του σακχάρου στο αίμα (υπογλυκαιμία), είτε μεγάλης οξείας απορρύθμισης του διαβήτη (υπεργλυκαιμία - διαβητική κετοοξέωση, υπεργλυκαιμικό κόμμα).

Υπογλυκαιμία ονομάζεται η μείωση του σακχάρου στο αίμα (συνήθως <60 mg/dl), με ταυτόχρονη εμφάνιση συμβατών συμπτωμάτων (τρόμος, εφίδρωση, ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών στο στήθος, ανησυχία, ναυτία, αίσθημα πείνας, διανοητική σύγχυση, κλπ) και εξαφάνιση των συμπτωμάτων αυτών με την πρόσληψη γλυκόζης. Εμφανίζεται συνηδέστερα σε διαβητικούς που κάνουν χρήση ινσουλίνης ή ινσουλινоекκκριτικών δισκίων (σουλφονουλουριών). Ο οδοντίατρος θα είναι καλό να γνωρίζει τα συμπτώματα αυτά της υπογλυκαιμίας για να μπορέσει να βοηθήσει τον διαβητικό αν αυτά εμφανισθούν. Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση υδατανθρακούχου τροφής από το στόμα (συνήθως μισό ποτήρι χυμού φρούτου ή σακχαρόνερο ή 1-2 καραμέλες είναι αρκετά). Στην περίπτωση λιποθυμίας του ασθενούς και αδυναμίας του να λάβει τροφή από το στόμα

χρειάζεται η παρεντερική χορήγηση διαλύματος γλυκόζης ενδοφλεβίως ή ένεση σκευάσματος γλυκαγόνης ενδομυικά.

Η υπεργλυκαιμία και κετοοξέωση είναι επίσης συνηθέστερες σε διαβητικούς Τύπου 1, λόγω της παντελούς έλλειψης ινσουλίνης, ιδιαίτερα αν υπάρχει σοβαρή λοίμωξη και δεν πάρουν σωστά την ινσουλίνη τους. Η καλύτερη θεραπεία και στις δύο περιπτώσεις είναι η πρόληψη. Κατά συνέπεια, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που η οδοντιατρική επέμβαση προβλέπεται να είναι μακράς διάρκειας, καλό είναι να μετράται το σάκχαρο πριν από αυτήν και να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα για την αποφυγή των επιπλοκών αυτών (χορήγηση τροφής σε περίπτωση χαμηλού σακχάρου [<70 mg/dl] ή επιπλέον λήψη ινσουλίνης από τον διαβητικό σε περίπτωση πολύ υψηλού σακχάρου [>250 mg/dl]).

Σε περίπτωση εμφάνισης κάποιου καρδιαγγειακού επεισοδίου (στηθάγχη, εγκεφαλικό επεισόδιο) κατά τη διάρκεια οδοντιατρικών επεμβάσεων, θα πρέπει να ειδοποιείται το ΕΚΑΒ για άμεση μεταφορά του ασθενούς σε νοσοκομείο και προσφορά πρώτων βοηθειών.

Να σημειωθεί επίσης ότι οι οδοντιατρικές πράξεις σε διαβητικούς ασθενείς ΔΕΝ αποτελούν ένδειξη χορήγησης οποσδήποτε αντιβιοτικής θεραπείας προφυλακτικά, απλά και μόνο λόγω της ύπαρξης διαβήτη.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ. ΠΡΟΣΦΑΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΜΙΑ ΑΜΦΙΔΡΟΜΗ ΣΧΕΣΗ

Κορομάντζος Παναγιώτης Α.

Η περιοδοντική νόσος (Π.Ν.) είναι φλεγμονώδης νόσος μικροβιακής αιτιολογίας και αποτελεί εξέλιξη της ουλίτιδας. Δύνανται να προσβάλει το σύνολο των ιστών του περιοδοντίου, και προκαλεί απρόβλεπτη, ανισομερή και ανισοβαρή καταστροφή των στηρικτικών ιστών, ιδίως του φατνιακού οστού. Ο σακχαρώδης διαβήτης (Σ.Δ.) αποτελεί μεταβολικό σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών. Σύμφωνα με την τελευταία ταξινόμηση υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες Σ.Δ.: ο τύπου 1, ο τύπου 2 (αφορά στο 80-85% των διαβητικών ασθενών), ο διαβήτης της κύησης και άλλοι ειδικόι τύποι. Τόσο η Π.Ν. όσο και ο Σ.Δ. αποτελούν χρόνια νοσήματα που επηρεάζουν μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού της υψηλίου.

Η μεταξύ τους σχέση, και πιο συγκεκριμένα το κατά πόσο η μία νόσος επηρεάζει την άλλη έχει μελετηθεί εκτενώς. Από το 1970 και μετά άρχισαν να εμφανίζονται στη διεθνή κυρίως βιβλιογραφία, δημοσιεύσεις για την περιοδοντολογική κατάσταση των διαβητικών ασθενών. Το 1993 για πρώτη φορά οι Lφε και συν. ανέφεραν ότι η Π.Ν. αποτελεί την έκτη επιπλοκή του Σ.Δ. κατά σειρά σπουδαιότητας. Οι περισσότερες κλινικές μελέτες αναφέρουν αρνητική επίδραση του Σ.Δ. στην Π.Ν., με επιδείνωση των περιοδοντολογικών παραμέτρων των διαβητικών-περιοδοντικών ασθενών. Πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκε αυξημένη επίπτωση της Π.Ν. και ταχύτερη εξέλιξη της περιοδοντικής καταστροφής στους διαβητικούς ασθενείς με αύξηση στο βάθος των θυλάκων, και απώλεια κλινικού επιπέδου πρόσφυσης. Επιπρόσθετα, αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι οι διαβητικοί έχουν αυξημένο κίνδυνο για περαιτέρω απώλεια πρόσφυσης κατά 2,81 φορές, και κατά 3,43 φορές για οστική καταστροφή σε σχέση με μη-διαβητικούς, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, και στοματικής υγιεινής. Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι η βαρύτητα της Π.Ν. επηρεάζεται αρνητικά και από το επίπεδο γλυκαιμικής ρύθμισης των διαβητικών, όπως αυτό εκτιμάται από τη μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c). Έτσι ασθενείς με υψηλά επίπεδα HbA1c (μη-ρυθμισμένοι) εμφανίζουν μεγαλύτερη βαρύτητα της Π.Ν. και απώλεια περισσότερων δοντιών, σχετικά με καλά ρυθμισμένους ασθενείς.

Τα τελευταία 10 χρόνια το ενδιαφέρον των ερευνητών εστιάσθηκε στην μελέτη της επίδρασης της παρουσίας της Π.Ν. στη βαρύτητα του Σ.Δ. και κατά πόσο δυσχεραίνει το γλυκαιμικό έλεγχο των διαβητικών ασθενών. Οι φλεγμαίνοντες περιοδοντικοί ιστοί έχει παρατηρηθεί ότι δρουν ως "ενδοκρινής αδένας" παράγοντας βιολογικούς μεσολαβητές της φλεγμονής όπως TNF-α και IL-1, οι οποίοι έχει δειχθεί ότι παρεμβαίνουν στον μεταβολισμό των λιπιδίων και ανταγωνίζονται την δράση της ινσουλίνης. Ειδικότερα σε ασθενείς με Σ.Δ. τύπου 2, ο οποίος χαρακτηρίζεται από σημαντική ανεπάρκεια στην δράση της ινσουλίνης, περαιτέρω ανταγωνισμός στην δράση της δυσκολεύει σημαντικά τον έλεγχο του σακχάρου. Ερευνάται λοιπόν εάν η εξάλειψη της φλεγμονής από τους περιοδοντικούς ιστούς έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη γλυκαιμική ρύθμιση των διαβητικών, και εάν η σχέση των δύο νόσων είναι πραγματικά αμφίδρομη. Οι περισσότερες κλινικές μελέτες δείχνουν ότι η άρση ή και η μείωση της φλεγμονής των περιοδοντικών ιστών, που επιτυγχάνεται με τη μη-χειρουργική περιοδοντική θεραπεία, καθώς και με τη χρήση τοπικών χημειοθεραπευτικών, οδηγεί σε βελτίωση του επιπέδου γλυκαιμικής ρύθμισης όπως αυτό εκτιμάται από την μέτρηση της HbA1c. Σκοπός της εισήγησης αυτής είναι η παράθεση των σύγχρονων δεδομένων, που αφορούν στη σχέση των δύο νόσων.

ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ. ΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΒΡΙΣΚΟΜΑΣΤΕ;

Μπομπέσης Γιώργος

Η περιοδοντική νόσος αποτελεί μια χρόνια φλεγμονώδη νόσο των ούλων και των στηρικτικών ιστών των δοντιών και προκαλείται, κυρίως, από λοίμωξη με Gram-αρνητικά βακτήρια. Απαντάται σε μεγάλη συχνότητα στον ενήλικο πληθυσμό είτε με τη μορφή της ουλίτιδας είτε της περιοδοντίτιδας, ενώ η έκταση και η βαρύτητά της ποικίλλουν. Αποτελέσματα, όμως, ερευνών των τελευταίων ετών υποστηρίζουν ότι η περιοδοντική νόσος μπορεί να έχει επιπτώσεις και πέρα από τους περιοδοντικούς ιστούς. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι τα περιοδοντικά μικρόβια και τα παθογόνα προϊόντα τους μπορούν, μέσω της βακτηριαιμίας, να περάσουν στη συστηματική κυκλοφορία και, κάτω από ορισμένες συνθήκες, να δημιουργήσουν έκτοπες εστίες λοίμωξης. Επίσης, διάφοροι δείκτες συστηματικής φλεγμονής, όπως για παράδειγμα τα επίπεδα της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης, του ινοδόνου κ.α, εμφανίζονται αυξημένοι σε ασθενείς με περιοδοντική νόσο.

Τα διάφορα συστηματικά νοσήματα, όπως για παράδειγμα τα καρδιαγγειακά νοσήματα που περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την ισχαιμική καρδιακή νόσο (στεφανιαία νόσο), το εγκεφαλικό επεισόδιο, την περιφερική αρτηριακή νόσο, και τη μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα είναι και αυτά κατά βάση φλεγμονώδη νοσήματα που λόγω της μεγάλης συχνότητας εμφάνισής τους αποτελούν μεγάλο πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Το γεγονός ότι τα συστηματικά νοσήματα σχετίζονται με υψηλά επίπεδα των συστηματικών δεικτών φλεγμονής και, σε μερικές περιπτώσεις, με την παρουσία βακτηριακών λοιμώξεων οδήγησε στην υπόθεση ότι η περιοδοντική νόσος σχετίζεται με τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Πειράματα που έχουν γίνει σε πειραματόζωα έχουν δείξει ότι, από βιολογικής πλευράς, μια τέτοια συσχέτιση είναι πιθανή. Ειδικότερα, πειραματικά μοντέλα περιοδοντίτιδας έχουν δείξει ότι η λοίμωξη με περιοδοντοπαθογόνα μικρόβια, όπως ο *P.gingivalis*, επιταχύνει το σχηματισμό αθηρωματικών πλακών και αυξάνει το μέγεθος των βλαβών αυτών στα ποντίκια, τα κουνέλια και τους χοίρους. Ακόμα, τα περιοδοντοπαθογόνα μικρόβια ανιχνεύονται συχνά με PCR στις αθηροσκληρωτικές αλλοιώσεις. Αντίστοιχα, ορισμένες έρευνες σε ανθρώπους αναφέρουν, επίσης, την παρουσία περιοδοντικών μικροβίων στις αθηροσκληρωτικές βλάβες. Τέλος, ένας μεγάλος αριθμός επιδημιολογικών μελετών έχει αναζητήσει την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ περιοδοντικής νόσου και καρδιαγγειακών νοσημάτων. Αν και οι μελέτες αυτές είναι δύσκολο να συγκριθούν λόγω της μεθοδολογικής τους ανομοιογένειας, δύο πρόσφατες μετα-αναλύσεις καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ασθενείς με περιοδοντική νόσο έχουν 1,1-2,2 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα. Παρόλα αυτά, το ερώτημα αν οι περιοδοντικές νόσοι αποτελούν απλά παράγοντα κινδύνου ή αιτιολογικό παράγοντα για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, με τα μέχρι τώρα δεδομένα, παραμένει αναπάντητο. Νέες, μεγάλης κλίμακας, τυχαίοποιημένες, παρεμβατικές μελέτες που θα αξιολογούν αν η θεραπεία των περιοδοντικών νόσων μειώνει τον κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακού νοσήματος είναι απαραίτητο να γίνουν, προκειμένου να αποσαφηνιστεί το παραπάνω ερώτημα. Συνεπώς, η σύσταση για περιοδοντική θεραπεία μόνο για λόγους πρόληψης κατά των καρδιαγγειακών νοσημάτων δε μπορεί να τεκμηριωθεί απόλυτα με τα σημερινά επιστημονικά δεδομένα.

Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ LASER ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Δρ Μανταλενάκης Ντίνος
Γναθοχειρουργός.

Η χρήση των laser στην Παθολογία του στόματος παρέχει πολλά πλεονεκτήματα σε σχέση με τις συμβατικές μεθόδους (νυστέρι-διαθερμία), όπως αναίμακτο χειρουργικό πεδίο και ελάχιστο τραύμα με αποτέλεσμα τον περιορισμό του μετεγχειρητικού οιδήματος και πόνου, εξαφάνιση σχεδόν των ουλών μέσω του περιορισμού των μυοινοβλαστών, και μικροβιοκτόνο ιδιότητα τοπικά που περιορίζει την πιθανότητα φλεγμονής.

Η αιμοστατική ιδιότητα των laser απλοποιεί τη θεραπεία των αγγειακών βλαβών όπως τα αιμαγγειώματα, μας δίνει τη δυνατότητα να επεμβαίνουμε σε ασθενείς με αιμορραγικές διαταραχές και σε ασθενείς που βρίσκονται σε αντιπηκτική θεραπεία χωρίς να διακόψουν την θεραπεία τους και προλαμβάνει την διασπορά καρκινικών κυττάρων που οδηγούν σε μεταστάσεις κατά την χειρουργική εξαίρεση κακοήθων όγκων λόγω της δυνατότητας τους να θρομβώνουν αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία διαμέτρου μέχρι και 500μm.

Η εκτομή καλοήθων όγκων της στοματικής κοιλότητας με laser είναι ασφαλής και αποτελεί αδιαμφισβήτητη ένδειξη εφόσον τηρηθεί απόσταση 1mm σε υγιή όρια. Μελέτες δείχνουν θερμικές βλάβες σε μία ζώνη 0.5mm στα όρια της εκτομής, ενώ σε πειραματικές εργασίες σε πειραματόζωα φαίνεται πως υπάρχει δραστηριότητα ΑΤΡάσης σε μια ζώνη 200-800μm ανάλογα με τις παραμέτρους και τον τύπο του laser.

Όμως μόνο μετά από μία έγκυρη ιστολογική εξέταση σε περίπτωση που πρόκειται για Λευκοπλακία ή Βατράχιο έχουμε την επιλογή ή να αφαιρέσουμε με Laser την εξεργασία ή να την εξαχνώσουμε.

Όλα τα μήκη κύματος μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτομή όγκων της στοματικής κοιλότητας λαμβάνοντας πάντα υπ όψιν τις δυνατότητες και περιορισμούς για κάθε μήκος κύματος και προσαρμόζοντας ανάλογα τις παραμέτρους.

Οι ιστοί αποστέλλονται πάντα για ιστολογική εξέταση με την ένδειξη πως αφαιρέθηκαν με laser

Η χρήση των Lasers για την αφαίρεση των παραπάνω εξεργασιών θα πρέπει να είναι πρώτη επιλογή λόγω των πλεονεκτημάτων που προσφέρουν (αναίμακτη τεχνική, μη χρήση ραμμάτων, επούλωση να μην επιβραδυνόμενη αλλά χωρίς ουλές)

Θα πρέπει να τονιστεί πως τα laser δεν είναι αυτά που θα αντικαταστήσουν τις βασικές αρχές χειρουργικής. Κατέχοντας όμως σε βάθος τις βασικές αρχές χειρουργικής και την σε βάθος γνώση των αρχών που διέπουν τη χρήση των laser θα συμπληρώσουν και θα επεκτείνουν τις επεμβατικές δυνατότητες μας προς όφελος της Υγείας και των ασθενών μας.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Ζερβού-Βάλβη Φλώρα,

Δρ Οδοντ, MPhilMed

Διευθύντρια του Οδοντιατρικού Τμήματος και της Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ του Γενικού Νοσοκομείου Ασκληπιείο Βούλας

Ως Ασθενείς με Ειδικές Ανάγκες ή Άτομα με Αναπηρία (ΑμεΑ) χαρακτηρίζονται τα άτομα με σοβαρές ανεπάρκειες, ανικανότητες ή μειονεξίες που οφείλονται σε σωματικές, νοητικές ή ψυχικές βλάβες, οι οποίες περιορίζουν ή αποκλείουν την εκτέλεση δραστηριότητας που θεωρείται κανονική. Οι ειδικοί αυτοί οδοντιατρικοί ασθενείς συνιστούν μία μεγάλη ομάδα, η οποία εγγίζει το 10% του πληθυσμού.

Το επίπεδο στοματικής υγείας τους είναι πολύ χαμηλό. Εμφανίζουν αυξημένη προσβολή από τερηδόνα και από νόσους του περιοδοντίου, η οποία οφείλεται κυρίως στην πλημμελή ή ανύπαρκτη στοματική υγιεινή, επιδεινώνεται δε από συνήθειες όπως η κατανάλωση πολλών γλυκών, η συγκράτηση τροφών στη στοματική κοιλότητα για πολλή ώρα, η στοματική αναπνοή και ο βρουξισμός. Ως εκ τούτου, οι οδοντιατρικές θεραπευτικές-αποκαταστατικές τους ανάγκες είναι μεγάλες.

Τα άτομα αυτά, επίσης, μπορεί να πάσχουν από νοσήματα του στόματος όπως εξ άλλου ο γενικός πληθυσμός. Ορισμένες, όμως, νόσοι, βλάβες και καταστάσεις εκδηλώνονται συχνότερα.. Σημαντικό είναι π.χ. το ποσοστό αυτών που εμφανίζουν υπερπλασίες στα ούλα, οι οποίες μπορεί να λάβουν μεγάλες διαστάσεις λόγω της λήψης αντιεπιληπτικών σε συνδυασμό με την παραμέληση της στοματικής υγιεινής. Προκαρκινικές βλάβες, όπως η λευκοπλακία, μπορούν να εκδηλωθούν και σε νέας ηλικίας άτομα με νοητική υστέρηση και σε ψυχιατρικούς ασθενείς λόγω του μακροχρόνιου καπνίσματος. Η ξηροστομία που προκαλείται από λήψη φαρμάκων ή στοματική αναπνοή και η επακόλουθη ανάπτυξη καντιντίασης δεν είναι σπάνιες. Παράλληλα, πολλά ΑμεΑ πάσχουν από γενετικά νοσήματα, τα οποία έχουν εκδηλώσεις από την στοματογναθοπροσωπική περιοχή και τα δόντια.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ΑμεΑ μπορεί να δεχθεί οδοντιατρική θεραπεία με τοπική αναισθησία. Έτσι, σε όσα από αυτά η φυσική κατάσταση και η επιβάρυνση της υγείας δεν είναι πολύ μεγάλη, μπορεί να παρασχεθεί οδοντιατρική περίθαλψη στα πλαίσια ιατρείων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα υπόλοιπα αντιμετωπίζονται νοσοκομειακά.

Στα Νοσοκομεία, σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση (Α3Β/3984/26-3-1990) που καθόρισε το πλαίσιο της Δευτεροβάθμιας/Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής Περίθαλψης στο ΕΣΥ, τους παρέχεται με τοπική ή γενική αναισθησία κάθε είδους οδοντιατρική θεραπευτική πράξη, συντηρητική ή χειρουργική, εκτός των προσθετικών αποκαταστάσεων με εξαίρεση τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία στα οποία παρέχεται και προσθετική αποκατάσταση.

Για την ορθή και κατά το δυνατόν ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των ΑμεΑ λαμβάνονται υπ' όψη το ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό, η πτωχή στοματική τους υγιεινή, η δύσκολη πρόσβασή τους στις υπηρεσίες Υγείας, οι προσδοκίες σχετικά με την θεραπεία, το επίπεδο συνεργασίας και τα κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα. Με βάση τα προαναφερθέντα, καθορίζεται το σχέδιο θεραπείας, το οποίο στα ΑμεΑ είναι ιδιαίτερα προσωποκεντρικό.

Όταν διαπιστώνεται ύπαρξη σχετικής συνεργασίας, προτιμάται η αντιμετώπιση υπό τοπική αναισθησία, χωρίς ή με καταστολή.

Στις περιπτώσεις, όμως, που παρατηρείται έλλειψη συνεργασίας, όπως σε πολλά άτομα με νευρολογικές παθήσεις (π.χ. μέτρια ή βαριά νοητική υστέρηση, επιληψία, εγκεφαλική παράλυση, αυτισμός) ή με σοβαρό ψυχιατρικό νόσημα (κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, διάφορες μανίες), τότε αποφασίζεται η παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης υπό γενική αναισθησία. Η εφαρμογή της μεθόδου αυτής, όταν συνδυάζεται με τον ορθό σχεδιασμό της θεραπείας και με την απαιτούμενη εμπειρία

της επεμβαίνουσας οδοντιατρικής ομάδας, δίνει τη δυνατότητα της παροχής ολοκληρωμένης και ποιοτικής οδοντιατρικής θεραπείας σε μια συνεδρία. κατά την διάρκεια της οποίας μπορούν όχι μόνο να αντιμετωπισθούν τα κλασικά οδοντιατρικά νοσήματα αλλά και να πραγματοποιηθεί μία ενδεδειγμένη στοματολογική εξέταση και να ληφθεί βιοψία.

Από διάφορα Οδοντιατρικά Τμήματα Νοσοκομείων εφαρμόζονται επίσης προγράμματα πρόληψης για ΑμεΑ (εξετάσεις-επανεξετάσεις, ομιλίες, διδασκαλία στοματικής υγιεινής σε φροντιστές κ.ά.).

Έτσι, στα Νοσοκομεία παρέχονται και στα άτομα με αναπηρία εξειδικευμένες οδοντιατρικές υπηρεσίες. Οι απαιτούμενες μεταρρυθμίσεις του Συστήματος Υγείας, ακρογωνιαίο λίθο των οποίων αποτελεί η εκπαίδευση των νοσοκομειακών οδοντιάτρων προς εμπλουτισμό των σχετικών γνώσεων και της εμπειρίας καθώς και η ανάπτυξη των απαραίτητων υποδομών στον απαιτούμενο αριθμό κέντρων παροχής τέτοιας περίθαλψης, θα διασφαλίσουν την ισότιμη πρόσβαση των ειδικών αυτών ασθενών σε οδοντιατρικές υπηρεσίες ποιότητας.

ΒΛΑΣΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΠΟΛΦΟΥ: Η ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΦΥΛΑΞΗΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥΣ

Τζιαφάς Δ.

Καθηγητής/Διευθυντής Εργαστηρίου Ενδοδοντολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

Την τελευταία 5ετία παρατηρείται μεγάλη ερευνητική κινητικότητα, που συνοδεύεται από ιδιαίτερο κλινικό και εμπορικό ενδιαφέρον, για τα βλαστικά κύτταρα του οδοντικού πολφού. Ερωτήσεις που διατυπώνονται συχνά από τον κλινικό οδοντίατρο, αλλά και από γονείς νεαρών ασθενών είναι

- Πρέπει να ενθαρρύνεται η φύλαξη βλαστικών κυττάρων του πολφού των δοντιών για μελλοντική οδοντιατρική (ή και άλλη) χρήση;

- Σε τι βαθμό προβλέπεται να αλλάξει η καθημερινή Οδοντιατρική με τη χρήση βλαστικών κυττάρων;

- Προβλέπεται η ανάπτυξη νέων δοντιών με χρήση βλαστικών κυττάρων να αποτελέσει ασφαλές και προβλέψιμο σχέδιο θεραπείας και πότε;

Η έρευνα έχει δείξει ότι

1. Από τον πολφό των νεογιλών και των νεαρών μόνιμων δοντιών μπορούν να απομονωθούν ενήλικα βλαστικά κύτταρα, που ανήκουν στην μεγάλη κατηγορία των μεσεγχυματικών βλαστικών κυττάρων με σημαντική ικανότητα ανανέωσης και διαφοροποίησης.

2. Ανάλογα με την εντόπιση του πολφικού δείγματος μπορούν να αποκτηθούν και να κρυσταλλωθούν δύο πληθυσμοί βλαστικών κυττάρων με διαφορετικά κυτταρικά χαρακτηριστικά και διαφορετική αναπτυξιακή δυναμικότητα:

- Τα βλαστικά κύτταρα του πλήρως διαφοροποιημένου πολφού, απομονώνονται από τον πολφό των νεογιλών δοντιών, με περιορισμούς που έχουν σχέση με το στάδιο απορρόφησης της ρίζας, αλλά και από τον πολφό του διαπλασμένου τμήματος των νεαρών μόνιμων δοντιών. Έχει τεκμηριωθεί ερευνητικά ότι τα κύτταρα αυτά μπορούν να διαφοροποιηθούν σε συνήθεις εργαστηριακές συνθήκες σε κύτταρα μυϊκού, νευρικού, οστίτη, χονδρικού και λιπώδους ιστούς, αλλά και στις 3 μεγάλες ομάδες παραγωγικών κυτταρικών μορφών για την διάπλαση των δοντιών, δηλαδή οδοντοβλαστών ικανών να παράγουν οδοντίνη, οστεϊνοβλαστών ικανών να παράγουν οστεΐνη και οστεοβλαστών για παραγωγή φατνιακού οστού.

- Τα βλαστικά κύτταρα του αδιαφοροποίητου τμήματος του οδοντικού πολφού (ακρορριζική θηλή) των νεαρών μόνιμων δοντιών. Πρόκειται για κύτταρα με μεγάλη ικανότητα ανανέωσης, τα οποία μπορούν να διαφοροποιηθούν σε κύτταρα νευρικού, οστίτη και λιπώδους ιστού, αλλά δεν είναι διευκρινισμένη μέχρι σήμερα η ικανότητα τους να οδηγηθούν σε συμβατικές εργαστηριακές συνθήκες σε κυτταρικές μορφές ικανές να σχηματίσουν οδοντικούς ιστούς.

3. Τα χαρακτηριστικά των βλαστικών κυττάρων του οδοντικού πολφού έχουν δείξει τις βασικές προοπτικές αξιοποίησης τους στην επανορθωτική οδοντιατρική για τις οποίες υπάρχουν ενθαρρυντικά ερευνητικά αποτελέσματα (μεγάλη καταστροφή της μύλης των δοντιών, αδιάπλαστα δόντια με νεκρό πολφό, ανάπτυξη βιοεμφυτευμάτων, κλπ.)

4. Η πειραματική ανάπτυξη νέων δοντιών με χρήση βλαστικών κυττάρων απαιτεί βασική έρευνα που σχετίζεται με την πλήρη κατανόηση του μηχανισμού ανάπτυξης των δοντιών και τις κλινικές ενδείξεις εφαρμογής τους.

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Ιατρού Ι.

Στα παιδιά παρουσιάζεται μια σημαντική ποικιλία όγκων και βλαβών της στοματικής και γναθοπροσωπικής περιοχής. Η κατανομή τους διαφέρει από αυτή των ενηλίκων, τόσο όσον αφορά το είδος όσο και την συμπεριφορά τους. Η σημασία τους είναι αυτονόητα μεγάλη καθώς παρά την σχετική σπανιότητά τους είναι γνωστό ότι οι κακοήθειες εξ αυτών, όσον αφορά ολόκληρο το σώμα αποτελούν την 2^η αιτία θανάτου μετά το τραύμα στις παιδικές ηλικίες.

Η παρούσα εισήγηση αναφέρεται διεξοδικά στην εμπειρία χειρουργικής αντιμετώπισης 144 περιπτώσεων παιδιών ηλικίας 14 ημερών έως 15 ετών με όγκους και βλάβες της στοματικής και γναθοπροσωπικής περιοχής της 10ετίας 1999-2008 με στόχο την συναγωγή και την επισήμανση χρήσιμων νεώτερων δεδομένων σχετικών με το θέμα.

Οι όγκοι στα παιδιά δεν παρουσιάζονται συνήθως με θορυβώδη συμπτωματολογία. Για το λόγο αυτό πρέπει να γίνεται προσεκτική διερεύνηση τυχόν ανατομικών παρεκκλίσεων, διογκώσεων, αλλαγών χρώματος ή υφής του βλεννογόνου του στόματος ή του δέρματος του προσώπου. Επίσης θα πρέπει να εκτιμώνται και να διερευνώνται προσεκτικά τυχόν οδοντικές παρεκκλίσεις όπως παρεκτόπιση, ευσειστότητα, καθυστέρηση ανατολής ή και έλλειψη. Ο οδοντίατρος όπως και ο παιδίατρος είναι ο πρώτος που θα κλιθεί να διακρίνει, να αναγνωρίσει και να προσεγγίσει διαγνωστικά και ορισμένες φορές θεραπευτικά τέτοιες καταστάσεις.

Στην παρούσα εισήγηση θα αναλυθεί το φάσμα και η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων στόματος και γνάθων στα παιδιά και θα παρουσιασθούν χαρακτηριστικές περιπτώσεις από κάθε κατηγορία.

Η μέχρι τώρα εμπειρία μας καταδεικνύει ότι 1 στους 4 όγκους (26.4%) στα παιδιά είναι είτε τοπικά επιθετικοί, είτε κακοήθειες και επομένως είναι απαραίτητη η τακτική και συχνή εξέτάσή τους από τον οδοντίατρο και τον παιδίατρο για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση τους καθώς με την κατάλληλη θεραπεία οι περισσότεροι είναι ιάσιμοι.



**ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

1 Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΕ ΕΝΑ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ (ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ)

Ζιώγα Α., Κλειτσάκη Δ., Τσουνίας Β.
Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας

Η έγκαιρη διάγνωση και η σωστή καθοδήγηση του ασθενή αποτελούν σημαντικό μέρος στη θεραπεία των νοσημάτων. Η λειτουργία Στοματολογικού Ιατρείου σε ένα Νοσοκομείο της περιφέρειας συμβάλλει στην ταχύτερη αντιμετώπιση των ασθενών καθώς και στην ολοκλήρωση της διάγνωσης και της συνολικής θεραπείας από άλλα τμήματα του Νοσοκομείου.

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας αυτής είναι να παρουσιάσει τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του Στοματολογικού Ιατρείου του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη περιελήφθησαν 80 περιπτώσεις που εξετάστηκαν στο Στοματολογικό Ιατρείο το έτος 2008. Για κάθε περίπτωση συμπληρώνονταν ειδική καρτέλα σύμφωνα με τις οδηγίες του WHO.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των περιπτώσεων οι 28 ήταν άνδρες και οι 52 γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των ανδρών ήταν 54,5 έτη, των γυναικών 56,5 έτη και του συνόλου 55,8 έτη. Από το σύνολο των 80 βλαβών που εξετάστηκαν κλινικά

η 1 (1,25%) ανήκαν στην ομάδα των Στοματογενικών Δυσπλασιών

οι 22 (27,5%) ανήκαν στην ομάδα των Όγκων του Στόματος.

Οι 17 (21,25%) ανήκαν στην ομάδα των Φλεγμονωδών νόσων του Στόματος τοπικής ή και άγνωστης αιτιολογίας

οι 40 (50%) ανήκαν στην ομάδα των Στοματικών Εκδηλώσεων Γενικών Νόσων.

Η τελική διάγνωση των περιστατικών συχνά απαιτούσε και την διενέργεια βιοψίας και ιστολογικής εξέτασης από το Παθολογοανατομικό εργαστήριο του Νοσοκομείου ή αν κρίνονταν αναγκαίο από άλλα ειδικά εργαστήρια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1. Η καθυστερημένη προσέλευση και η εξέλιξη των νοσημάτων του στόματος στην προσπάθεια αναζήτησης ειδικού είναι το κύριο χαρακτηριστικό των περισσότερων περιπτώσεων.

2. Η συνεργασία του Στοματολόγου με τα άλλα τμήματα του Νοσοκομείου, κυρίως με ΩΡΛ και Δερματολογικό, συμβάλλει στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των ασθενών.

3. Η άμεση συνεργασία του Στοματολόγου με το Παθολογοανατομικό εργαστήριο συμβάλλει στη λεπτομερή περιγραφή της ιστολογικής εικόνας και της ακριβέστερης διάγνωσης.

4. Η λειτουργία του Στοματολογικού Ιατρείου συμβάλλει στην αναβάθμιση του Οδοντιατρικού Τμήματος και την ισότιμη συμμετοχή του στην επιστημονική λειτουργία του Νοσοκομείου.

2 ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ Κ.Υ ΜΕΓΑΡΩΝ

Μαραγκού Π., Σηλιωτόπουλος Α, Ντόκος Ε.
Οδοντιατρικό Τμήμα Κ.Υ Μεγάρων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η πόλη των Μεγάρων απέχει 40km από την Αθήνα και έχει πληθυσμό 30 χιλ. κατοίκων σύμφωνα με τις επίσημη απογραφή. Το Κ.Υ Μεγάρων είναι επιφορτισμένο με την πρωτοβάθμια περιθαλψη των κατοίκων της περιοχής. Το Οδοντιατρικό Τμήμα, εκτός από την αντιμετώπιση των συνήθων οδοντιατρικών προβλημάτων, καλείται αρκετές φορές να αντιμετωπίσει ή να καθοδηγήσει σωστά ασθενείς με στοματολογικά νοσήματα.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να προσδιοριστεί η συχνότητα των στοματολογικών περιστατικών που προσέρχονται στο Οδοντιατρικό Τμήμα του Κ.Υ Μεγάρων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Για το σκοπό αυτό έγινε μελέτη, κριτική αξιολόγηση και ανάλυση των αρχείων του Οδοντιατρικού Τμήματος του Κ.Υ Μεγάρων των τελευταίων οκτώ ετών (2001-2008) και καταγράφηκαν όλα τα στοματολογικά περιστατικά. Οι ασθενείς που συμπεριλήφθησαν στη μελέτη ήταν 168 και είχαν προσέλθει στο Οδοντιατρικό Τμήμα του Κ.Υ για κάποιο στοματολογικό πρόβλημα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά το ανωτέρω χρονικό διάστημα προσήλθαν και αντιμετωπίστηκαν 9.923 ασθενείς από τους οποίους οι 168 (2%) αφορούσαν σε ασθενείς με στοματολογικά περιστατικά. Από τους ασθενείς αυτούς οι 72 ήταν άνδρες (43%) και οι 96 γυναίκες (57%). Η ηλικία των ασθενών κυμαίνονταν από 6 έως 80 έτη, με μέσο όρο 52 έτη. Τα στοματολογικά περιστατικά που αντιμετωπίστηκαν κάλυπταν σημαντικό εύρος από τις συνήθεις στοματολογικές βλάβες (πχ. βλάβες από μηχανικά αίτια) έως και λιγότερο συχνές (πχ. πολύμορφο ερύθημα). Οι συχνότερες στοματολογικές βλάβες που καταγράφηκαν ήταν βλάβες από μηχανικά αίτια (29%), άφθες (19%) και ιογενείς λοιμώξεις (11%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Παρότι τα στοματολογικά περιστατικά δεν είναι ιδιαίτερα συχνά στο Οδοντιατρικό Τμήμα ενός Κ.Υ μπορούν να ταλαιπωρήσουν σε μεγάλο βαθμό τους ασθενείς οπότε ο ρόλος του οδοντιάτρου είναι πολύ σημαντικός για την αντιμετώπιση και ακόμα περισσότερο για την σωστή καθοδήγηση των ασθενών αυτών.

3 ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 250 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

Τάση Μ., Κατσουράκης Μ.
ΓΝ Λάρισας, Οδοντιατρικό Τμήμα

Η αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών απορροφά ένα σημαντικό μέρος του χρόνου των οδοντιάτρων των Νοσοκομείων. Η συντριπτική πλειοψηφία των περιστατικών αυτών αφορά τον πόνο οδοντικής προέλευσης. Υπάρχει όμως και ένα ποσοστό ασθενών με νοσήματα του στόματος με δορυβώδη συμπτωματολογία που ωθείται σε επείγουσα προσέλευση. Τα νοσήματα αυτά είναι αυτά που εμφανίζουν έντονο πόνο, αιμορραγία και γενικά φαινόμενα. Η έγκαιρη διάγνωση και η ανακούφιση από τα συμπτώματα, καθώς και η παραπομπή του, μπορεί να είναι μερικές φορές καθοριστική ακόμη και για τη ζωή του ασθενή. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η καταγραφή και η μελέτη των επειγόντων στοματολογικών περιστατικών που αντιμετωπίστηκαν στο Οδοντιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας τα τελευταία δέκα χρόνια.

Στο Οδοντιατρικό Τμήμα του ΓΝ Λάρισας την τελευταία δεκαετία αντιμετωπίστηκαν 39000 περιστατικά από τα οποία τα 3125 αφορούσαν στοματολογικά περιστατικά που εξετάστηκαν στο Στοματολογικό Ιατρείο που λειτουργεί στα πλαίσια του Οδοντιατρικού Τμήματος (ποσοστό 8%). Από τα παραπάνω περιστατικά τα 11400 προσήλθαν ως επειγόντα. Από αυτά τα 250 αφορούσαν νοσήματα του στόματος (ποσοστό 2,19% των επειγόντων, και 8% των στοματολογικών περιστατικών).

Από τους παραπάνω ασθενείς οι 150 προσήλθαν μόνοι τους αναζητώντας ανακούφιση από τα συμπτώματα, οι 63 παραπέμφθηκαν από ιδιώτες συναδέλφους και οι 37 παραπέμφθηκαν από άλλα τμήματα του Νοσοκομείου.

Η συχνότερη κλινική διάγνωση ήταν τραυματικό έλκος σε 58 περιπτώσεις (23,2%) και ακολουθούσαν η οξεία καντινίτιδα και η στοματίτιδα από οδοντοστοιχίες με 42 περιπτώσεις (16,8%), η οξεία ερπητική ουλοστοματίτιδα με 31 περιπτώσεις (12,4%), οι υποτροπιάζουσες άφθες με 25 περιπτώσεις (10%), η οξεία σιελαδενίτιδα με 23 περιπτώσεις (9,2%), η οξεία ελκονεκρωτική ουλίτιδα με 19 περιπτώσεις (7,6%), το χημικό έγκαυμα με 10 περιπτώσεις (4%), το αγγειονευρωτικό οίδημα με 9 περιπτώσεις (3,6%), το πολύμορφο ερύδημα με 4 περιπτώσεις (1,6%), ξένο σώμα με 3 περιπτώσεις (1,2%), βλεννογονίτιδα από χημειοθεραπεία με 3 περιπτώσεις (1,2%), απόστημα με 3 περιπτώσεις. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις αφορούσαν ελκώσεις που μετά από εργαστηριακό έλεγχο ή και βιοψία απεδείχθη ότι υπέκρυπταν σοβαρής πρόγνωσης νοσήματα όπως μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο (4 περιπτώσεις), ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (3 περιπτώσεις), αδενοκαρκίνωμα (1 περίπτωση), λέμφωμα (1 περίπτωση), πλειόμορφο αδένωμα (1 περίπτωση), χρόνια λεμφογενής λευχαιμία (1 περίπτωση), πέμφιγα (1 περίπτωση), οστεονέκρωση των γνάθων από διφωσφονικά (1 περίπτωση).

Συμπερασματικά τα επειγόντα στοματολογικά περιστατικά που προσέρχονται στο νοσοκομείο δεν είναι ιδιαίτερα συχνά. Η έγκαιρη όμως και σωστή διάγνωση από τον οδοντίατρο εκτός από την ανακούφιση του ασθενή μπορεί να αποβεί και σωτήρια για τη ζωή του σε ορισμένες περιπτώσεις.

4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Μουτζούρη Α., Σταυροπούλου Ε., Βιτσαρά Σ., Αργύρα Ε., Σιαφάκα Ι., Βαδαλούκα Α.
Κέντρο Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας της Α'Αναισθησιολογικής Κλινικής Αρεταίειου Νοσοκομείου Πανεπιστημίου Αθηνών

Ο καρκινικός πόνος παραμένει ένα μεγάλο πρόβλημα το οποίο επιδεινώνεται με τη συνύπαρξη και άλλων συχνών συμπτωμάτων του καρκίνου όπως κόυραση, αδυναμία, ναυτία, ανορεξία, δυσκοιλιότητα.. Η επίπτωση του αυξάνει από 30% κατά τη διάγνωση στο 70%-90% σε προχωρημένα στάδια.

Ειδικότερα, ο πόνος από καρκίνο του στόματος κυμαίνεται από 54,4% έως και 74,2% επί του συνόλου των ασθενών, ενώ ο πόνος αναφέρεται ως το 1ο σύμπτωμα στο 19,2% των ασθενών όλων των σταδίων του καρκίνου στόματος.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου σε ασθενείς με καρκίνο στόματος στο Κέντρο Πόνου του Αρεταίειου Νοσοκομείου.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: 24 ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε θεραπεία για καρκίνο στόματος επισκέφθηκαν το ιατρείο πόνου σε διάστημα δύο ετών (Ιανουάριος 2007-Ιανουάριος 2009). Κατά την πρώτη επίσκεψη οι ασθενείς εμφάνιζαν μέτριο ως σοβαρό πόνο (VAS= 7-9) με στοιχεία αλγαισθητικού και νευροπαθητικού πόνου. 17 ασθενείς παρουσίαζαν και παροξυσμικό πόνο. Η αντιμετώπιση περιλάμβανε φαρμακευτική αγωγή (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, οπιοειδή, πρεγκαμπαλίνη, τροχίσκοι φεντανύλης) σύμφωνα με τον ΠΟΥ και. ψυχολογική υποστήριξη. Ο πόνος αξιολογήθηκε με την Visual Analog Pain Scale (VAS) και για την αξιολόγηση του νευροπαθητικού πόνου χρησιμοποιήθηκε το DN4. Επαναξιολόγηση έγινε σε 8 και 28 ημέρες

Κατεγράψαν επίσης οι επιπτώσεις στην ποιότητα του ύπνου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την πρώτη εβδομάδα παρουσιάσθηκε βελτίωση του πόνου σε 22 (91,6%) ασθενείς (VAS=5-6), ενώ όλοι οι ασθενείς μας από την πρώτη ημέρα εμφάνισαν βελτίωση στην ποιότητα του ύπνου. Μόνο 2 (8,4%) από τους 24 ασθενείς ανέφεραν την συνέχιση του σοβαρού πόνου (VAS=7-8) στην πρώτη εβδομάδα. Στην τρίτη επίσκεψη (28η ημέρα), 2 (8,4%) ασθενείς εμφάνιζαν πόνο (VAS=4-6) ενώ οι υπόλοιποι 22 (91,6%) είχαν VAS=2-4. Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν αισθητή βελτίωση των συμπτωμάτων του νευροπαθητικού πόνου καθώς και της ποιότητας του ύπνου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με καρκίνο του στόματος βιώνουν σοβαρό πόνο και πρέπει να αντιμετωπίζονται έγκαιρα και αποτελεσματικά όχι μόνο με οπιοειδή αλλά και με συνοδά φάρμακα. Απαιτούν συστηματική, φαρμακολογική και υποστηρικτική θεραπεία τόσο του πόνου όσο και των συνοδών συμπτωμάτων.

5 ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 17 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ζερβού-Βάλβη Φ., Δημητρίου Αικ., Ντάβου- Ζουρδού Κ., Καραϊνδρου Αικ., Πεντέας Στ., Βαράμη Ο.
Στοματολογικό Ιατρείο του Οδοντιατρικού Τμήματος και Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ και από το Κυτταρολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Ασκληπείου Βούλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ερπητική στοματίτιδα (ΕΣ) είναι μία συνηθής λοίμωξη. Λόγω της έντονης σημειολογίας και συμπτωματολογίας κυρίως της πρωτοπαθούς μορφής (ΠΕΣ), θορυβούνται οι ασθενείς, οι οποίοι συχνά προσφεύγουν μεν στο Νοσοκομείο αλλά πολλές φορές σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων λόγω άγνοιας για το αντικείμενο της Στοματολογίας, με ενδεχόμενο αποτέλεσμα την καθυστέρηση στην διάγνωση, την περιττή χορήγηση φαρμάκων, ακόμα δε και την περιττή νοσηλεία.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανάλυση των περιπτώσεων ΕΣ που προσήλθαν στο Στοματολογικό Ιατρείο (ΣΙ) του Οδοντιατρικού Τμήματος του Γ.Ν. «Ασκληπείο Βούλας», με στόχο την περιγραφή των κλινικών χαρακτηριστών και την κατάδειξη του ρόλου του οδοντίατρου, ιδιαίτερα του νοσοκομειακού, στην ορθή διάγνωση και διαχείριση του ασθενούς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Μελέτη και κριτική αξιολόγηση των περιπτώσεων έρπητα από τα αρχεία του εν λόγω ΣΙ της τελευταίας τριετίας, κατά την οποία το ΣΙ οργανώθηκε και άρχισε να λειτουργεί.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανάλυση έδειξε ότι:

- 1) Οι ασθενείς με τεκμηριωμένη διάγνωση ΕΣ ήταν 17 και αποτελούσαν το 6,6% του συνολικού αριθμού των ασθενών του ΣΙ, οι δε συνεδρίες τους κάλυπταν το 9,6% των συνολικών του συνεδριών.
- 2) Οι 10 περιπτώσεις αφορούσαν σε ΠΕΣ, οι βλάβες εντοπιζόνταν σε όλο τον στοματικό βλεννογόνο και συνοδεύονταν από πυρετό, κακουχία και λεμφαδενίτιδα ενώ οι 7 αφορούσαν σε ΔΕΣ και εντοπιζόνταν κυρίως στην υπερώα και την γλώσσα.
- 3) Από 13 περιπτώσεις ελήφθη κυτταρολογικό επίχρισμα, το οποίο επιβεβαίωσε την κλινική διάγνωση.
- 4) Στην ΠΕΣ δεν παρατηρήθηκε προτίμηση φύλου ενώ στη ΔΕΣ υπερερούσαν οι γυναίκες.
- 5) Στην ΠΕΣ ο μ.ό. ηλικίας ήταν 22,2 έτη (9-48) ενώ στην ΔΕΣ 50,8 (40-59).
- 6) Τα περισσότερα περιστατικά ΠΕΣ προσήλθαν τους χειμερινούς μήνες.
- 7) Η πλειονότητα των ασθενών με ΠΕΣ, πριν προσέλθει στο ΣΙ είχε επισκεφθεί ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, κυρίως Ω.Ρ.Λ και παθολόγους και είχε ξεκινήσει περιττή φαρμακευτική αγωγή. Μάλιστα, από τους 10 ασθενείς με ΠΕΣ, οι 4 νοσηλεύθηκαν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ρόλος του Νοσοκομειακού Οδοντίατρου, ο οποίος είναι εξοικειωμένος με τα νοσήματα του στόματος είναι πολύ σημαντικός για την ορθή διαχείριση του ασθενή με ερπητική λοίμωξη.

6 ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 553 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΩΝ ΟΓΚΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗ ΝΕΩΤΕΡΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ WHO (2005)

Ιπτανίδης Σ., Χρυσομάλη Ε., Σκλαβούου Αλ.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρικό Τμήμα ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Οι οδοντογενείς όγκοι (ΟΔΟ) προέρχονται από επιθηλιακά, μεσεγγυματικά ή αμφοτέρω στοιχεία της οδοντογένεσης, αντιπροσωπεύοντας μία ετερογενή ομάδα βλαβών με χαρακτηριστικά αμαρτωμάτων, καλοήθων όσο και κακοήθων νεοπλασμάτων. Παρά την κοινή προέλευση, οι ΟΔΟ εμφανίζουν ποικίλη βιολογική συμπεριφορά, γεγονός που οδήγησε σε διάφορες ταξινομήσεις της WHO, μεταξύ των οποίων και η πρόσφατη του 2005. Στην τελευταία αυτή ταξινόμηση κατατάσσεται μεταξύ των ΟΔΟ και η οδοντογενής κερατινοκύστη, η φύση της οποίας επαναπροσδιορίστηκε και μετονομάστηκε σε κερατινοκυστικό οδοντογενή όγκο (ΚΟΟ), λόγω του επεκτατικού κλινικού χαρακτήρα, της τοπικά διηθητικής τάσης, αλλά και τα χαρακτηριστικών της βλάβης σε μοριακό επίπεδο που δηλώνουν εξεργασία μάλλον νεοπλασματικής αρχής παρά κύστης.

Σκοπός: στη κλινικοστατιστική αυτή εργασία γίνεται μελέτη της σχετικής συχνότητας των ΟΔΟ βασισμένης στη νέα ταξινόμηση της WHO και συγκριτική αξιολόγηση με αντίστοιχες εργασίες της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Υλικό: 553 περιπτώσεις ΟΔΟ που προέρχονταν από το αρχείο του Εργαστηρίου της Στοματολογίας του Οδοντιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών μεταξύ των ετών 1970-2008.

Μέθοδοι: Οι περιπτώσεις ταξινομήθηκαν βάσει κριτηρίων της WHO (2005) και αναλύθηκαν όσον αφορά το φύλο, την ηλικία των ασθενών και την εντόπιση των βλαβών βάσει των κλινικών πληροφοριών που λήφθηκαν από τα παραπεμπτικά της ιστολογικής εξέτασης.

Αποτελέσματα: Οι ΟΔΟ συνιστούσαν το 2,2% του συνόλου των βιοψιών που έλαβαν χώρα κατά την προαναφερθείσα χρονική περίοδο. Ο συχνότερος ΟΔΟ ήταν ο ΚΟΟ (52,07%). Ακολουθούσαν με μεγάλη διαφορά τα οδοντώματα (19,1%) συμπεριλαμβανομένων του σύμπλεκτου (12,8%) και σύνθετου (6,3%) οδοντώματος, το αδαμαντινοβλαστωμα (15,7%), ενώ οι άλλοι ΟΔΟ συγκέντρωναν μικρότερα ποσοστά που κυμαίνονταν από 0,36%-2,9%. Η αναλογία ανδρών/γυναικών ήταν 1.10:1 και η μέση ηλικία των ασθενών τα 30,1 έτη. Η προσβολή της κάτω γνάθου ήταν συχνότερη σε σχέση με την άνω σε αναλογία 1,93:1 αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Από τη συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων με άλλες μελέτες προέκυψε: α) συχνότερος ΟΔΟ είναι ο ΚΟΟ β) υπεραγία των οδοντωμάτων σε σχέση με το αδαμαντινοβλαστωμα παρατηρείται εκτός από την Ελλάδα και σε Μεξικό, Εσθονία, Χιλή, Καναδά και ΗΠΑ γ) το ποσοστό συχνότητας οδοντωμάτων και αδαμαντινοβλαστώματος είναι παρόμοιο περίπου με εκείνο εργασιών προερχόμενων από το Μεξικό και την Εσθονία.

7 ΑΤΥΠΗ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗΣ ΚΥΣΤΗ ΜΕ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΥΠΟΔΥΝΟΝΤΑΙ ΤΟΝ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗ ΟΓΚΟ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Πατσογιάννης Κ.¹, Πιπέρη Ε.¹, Τόσιος Κ.¹, Χρυσομάλη Ε.¹, Βλαχοδημητρόπουλος Δ.², Σκλαβούνου Α.¹.

1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ,

2. Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ακανθοκυτταρικός οδοντογενής όγκος (ΑΟΟ) αποτελεί σπάνιο, καλόηθες νεόπλασμα των γνάθων που χαρακτηρίζεται ιστολογικά από την παρουσία νησίδων καλά διαφοροποιημένου πολυστοιβίου πλακώδους επιθηλίου σε υπόστρωμα ινώδους συνδετικού ιστού. Επιθηλιακές νησίδες που προσομοιάζουν με τον ακανθοκυτταρικό οδοντογενή όγκο έχουν περιγραφεί στο τοίχωμα οδοντογενών κύστεων (squamous odontogenic tumor-like hyperplasia), χωρίς η αιτιοπαθολογία και η βιολογική σημασία του ευρήματος αυτού να έχουν μέχρι σήμερα αποσαφηνιστεί.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης υπολειμματικής κύστης με υπερπλασία που μοιάζει με ακανθοκυτταρικό οδοντογενή όγκο.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας 50 ετών παρουσίασε ασυμπτωματική διόγκωση της άνω γνάθου με ακτινογραφική εικόνα καλά περιγεγραμμένης ακτινοδιαύγασης. Με την πιθανή διάγνωση ακρορριζικής κύστης έγινε χειρουργική εξαίρεση. Η ιστολογική εξέταση έδειξε κυστική κοιλότητα επενδυόμενη από μη κερατινοποιημένο πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο με εστιακές παχύνσεις και διαυγή κύτταρα. Σε μία θέση παρατηρήθηκαν αδροίσεις επιθηλιακών κυττάρων με πλακώδη μεταπλασία, κυστική εκφύλιση, και βλεννώδη κύτταρα. Τα κύτταρα στις περιοχές αυτές εμφάνιζαν ήπια έκφραση του αντιγόνου MIB-1, έντονη έκφραση για την κερατίνη 19, μέτρια εστιακή έκφραση για τις κερατίνες 8/18, και ήταν αρνητικά για την πρωτεΐνη bcl-2. Η τελική διάγνωση ήταν άτυπη οδοντογενής κύστη με παρουσία επιθηλιακών αδροίσεων που προσομοιάζουν με τον ΑΟΟ και βλεννώδη μεταπλασία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Συζητείται η πιθανή ιστογένεση και προγνωστική σημασία των επιθηλιακών αδροίσεων που προσομοιάζουν με τον ακανθοκυτταρικό οδοντογενή όγκο στο τοίχωμα οδοντογενών κύστεων, καθώς και η ιστολογική και ανοσοϊστοχημική διαφορική διάγνωση.

8 ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΟΥΣ ΙΝΩΜΑΤΟΣ

Καραγιώργας Αδ.¹, Τζέρμπος Φ.², Κολόμβος Ν.², Πιπέρη Ε.¹, Χαζητάμου Ι.¹, Σκλαβούνου Αλ.¹

1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2. Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το κεντρικό οδοντογενές ίνωμα (ΚΟΙ) αποτελεί σπάνιο μεσεγγυματικό οδοντογενή όγκο που προσβάλλει συνήθως παιδιά ή νεαρούς ενήλικες και εντοπίζεται συχνότερα στην περιοχή γομφίων-προγομφίων της κάτω γνάθου. Κλινικά εμφανίζεται ως προσδευτικά αυξανόμενη ασυμπτωματική, σκληρή διόγκωση ενώ ακτινογραφικά παρατηρείται καλά περιγεγραμμένη μονόχωρη ή σπανιότερα πολύχωρη διαύγαση.

Ιστοπαθολογικά, το ΚΟΙ χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολυάριθμων νησιδίων αδρανούς οδοντογενούς επιθηλίου σε στρώμα κυτταροβριδούς ινώδους συνδετικού ιστού ενώ σπάνια μπορεί να παρατηρούνται σφαιρικές ενασβεστώσεις, οστεοειδές ή δυσπλαστική οδοντίνη.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης κεντρικού οδοντογενούς ινώματος με εντόπιση στην κάτω γνάθο.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Γυναίκα ηλικίας 40 ετών παραπέμφθηκε από οδοντίατρο σε ειδικό γναθοχειρουργό λόγω επώδυνης διόγκωσης στην δεξιά γνάθη της κάτω γνάθου. Το ορθοπαντομογράφημα αποκάλυψε έγκλειστο σωφρονιστήρα (48) σε στενή σχέση με τον πόρο του κάτω φατνιακού νεύρου και την άπω ρίζα του 47, ενώ η μύλη του περιβαλλόταν από μονόχωρη ακτινοδιαύγαση με ασαφή όρια. Στην αξονική τομογραφία επιβεβαιώθηκε η σχέση του εγκλείστου 48 με τον πόρο του κάτω φατνιακού νεύρου και αποκαλύφθηκε μίας χαμηλής πυκνότητας περιοχή με ανώμαλα όρια που περιελάμβανε την μύλη του 48 και τμήμα της άπω ρίζας του 47. Παράλληλα, παρατηρήθηκε διάτρηση του γλωσσικού οστικού πέταλου. Πραγματοποιήθηκε ολική εξαίρεση του όγκου υπό γενική αναισθησία και η ιστοπαθολογική εξέταση έδειξε κυτταροβριδή ινώδη συνδετικό ιστό με διάσπαρτα νησίδα και χροδές αδρανούς οδοντογενούς επιθηλίου καθώς και εστίες δυστροφικής ενασβεστώσεως και τέθηκε η διάγνωση του ΚΟΙ. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή και 4 μήνες μετά δεν παρατηρείται υποτροπή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συζητούνται τα κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά και η ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση του σπάνιου αυτού όγκου καθώς και η ακτινογραφική διαφορική διάγνωση διαγαστικών βλαβών που σχετίζονται με έγκλειστα δόντια.

9 Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΥΧΑΙΩΝ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

Δοντά Α., Στεφανιώτης Θ., Παπαδάκης Ε., Τσιχλάκης Κ.

Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Οδοντιατρική Σχολή Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος

Η έντονη και συνεχής αναζήτηση της τρίτης διάστασης στη διαγνωστική απεικόνιση συνετέλεσαν ώστε η οδοντιατρική υπολογιστική τομογραφία (Ο.Υ.Τ.) τα τελευταία χρόνια να αποτελεί μια αναγκαία και απαραίτητη συμπληρωματική εξέταση κατά την οδοντιατρική πράξη.

Οι οδοντιατρικοί υπολογιστικοί τομογράφοι που κυκλοφορούν στο εμπόριο είναι σχεδιασμένοι για την απεικόνιση μόνον των σκληρών ιστών του σπλαχνικού κρανίου και του τραχήλου και προσφέρονται για υψηλής ποιότητας απεικονίσεις, η γεωμετρική ακρίβεια των οποίων φθάνει τα δέκατα του χιλιοστού. Η χρησιμότητα της Ο.Υ.Τ. αναφέρεται κυρίως στην διάγνωση παθολογικών καταστάσεων και τραυματών στην γναθοπροσωπική χώρα, στην αξιολόγηση παθήσεων της Κ.Γ.Δ., και στον προεγχειρητικό προγραμματισμό τοποθέτησης εμφυτευμάτων. Επίσης σημαντική είναι η συμβολή της στην ορθή διάγνωση και αποτελεσματικό σχεδιασμό θεραπείας ασθενών με ορθοδοντικά προβλήματα, ώστε να τείνει να αντικαταστήσει τις συμβατικές ακτινογραφικές προβολές.

Μερικές φορές τυχαία ακτινογραφικά ευρήματα προβληματίζουν τον κλινικό οδοντίατρο και απαιτούν αξιολόγηση και διερεύνηση διότι η παρουσία τους πιθανόν να οφείλεται σε παθολογικές καταστάσεις. Τέτοια ευρήματα κυρίως αποκαλύπτονται στην πανοραμική ακτινογραφία σε ποσοστά που κυμαίνονται από 9% έως 44% ανάλογα με τα κριτήρια επιλογής τους.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι: α) να παρουσιασθούν περιπτώσεις τυχαίων ακτινογραφικών ευρημάτων κατά την λήψη πανοραμικών ακτινογραφιών που αποκαλύφθηκαν από τον οδοντίατρο και παραπέμφθηκαν για περαιτέρω διερεύνηση και, β) να τονίσει τους λόγους που καθιστούν την Ο.Υ.Τ. εξέταση επιλογής για την αξιολόγηση και διάγνωση ποικίλων ακτινογραφικών ευρημάτων με στοχο την εφαρμογή αποτελεσματικών θεραπευτικών σχημάτων.

10 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Θεολόγη-Λυγιδάκη Ν., Τέλωνα Π., Μιχαήλ-Στράντζια Α., Ιατρού Ι.

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Νοσοκομείο Παιδων "Π. και Α. Κυριακού", Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Το κεντρικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα των γνάθων, που συχνά παρουσιάζεται σε παιδιά και νέους, εμφανίζεται συνήθως σαν διόγκωση που καλύπτεται από φυσιολογικό βλεννογόνο. Τα δόντια που εμπλέκονται στην βλάβη μπορεί να παρουσιάζουν κινητικότητα και μεταβολή της θέσης τους, αποτελούν δε ένα εύρημα που κινητοποιεί τους ασθενείς. Η πορεία ανάπτυξης της βλάβης μπορεί να είναι αργή και ανώδυνη αλλά μπορεί και να παρουσιάσει γρήγορη και πιο επιθετική εξέλιξη. Βάσει της βιολογικής τους συμπεριφοράς τα κεντρικά γιγαντοκυτταρικά κοκκιώματα ταξινομούνται σε μη επιθετικά και σε επιθετικά, με τα δεύτερα να παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής. Θεραπεία επιλογής αποτελεί η χειρουργική τους εξαίρεση σε υγιή όρια.

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας από την αντιμετώπιση γιγαντοκυτταρικών κοκκιωμάτων σε παιδιά μέχρι 13 ετών, κατά την διάρκεια 9 ετών.

Υλικό και μέθοδος: Αντιμετωπίστηκαν 11 ασθενείς, ηλικίας 5-13 ετών. Οι βλάβες αφαιρέθηκαν με ενδοστοματική προσέλαση, επί υγιών κλινικά ορίων, ενώ ακολούθησε απόξεση του οστού. Σε εκτεταμένα ελλείμματα έγινε άμεση αποκατάσταση με οστικό λαγόνιο μόσχευμα. Οι ασθενείς παρακολουθούνται τακτικά.

Αποτελέσματα: 2 κεντρικά γιγαντοκυτταρικά κοκκιώματα της άνω γνάθου και 9 της κάτω γνάθου αφαιρέθηκαν χειρουργικά. Σε 3 περιπτώσεις έγινε αποκατάσταση με αυτομόσχευμα. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Σε μία περίπτωση παρουσιάστηκε υποτροπή και χρειάστηκε επανεγχείριση.

Συμπεράσματα: Ειδικά στα παιδιά είναι αναγκαία η έγκαιρη διάγνωση και χειρουργική αντιμετώπιση, ώστε να αποφεύγεται εκτεταμένη αποκατάσταση στην αναπτυσσόμενη οδοντοφαρμακική περιοχή, που συνεπάγεται λειτουργικές και αισθητικές δυσκολίες. Η αποκατάσταση με μόσχευμα συστήνεται να γίνει στον ίδιο χρόνο με την αφαίρεση της βλάβης.

11 ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΑΔΕΝΩΜΑ ΕΛΑΣΣΟΝΩΝ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μουρτζούκου Δ.¹, Βλάχου Β.¹, Μπασακίδης Α.², Κυριοπούλου Ε.², Νομικός Α.¹, Τσούτσος Δ.², Παπαλιώδη Ε.¹
1. Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Γ.Ν.Α "Γ. Γεννηματάς", 2. Πλαστική Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α "Γ. Γεννηματάς"

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός σπανίου περιστατικού βασικοκυτταρικού αδενώματος, ελασσόνων σιελογόνων αδένων, σωληνώδους τύπου και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Υλικό-Μέθοδος: Ασθενής ηλικίας 62 ετών προσήλθε με ανώδυνη μαλθακή διόγκωση αριστεράς τραχηλικής χώρας από τριετίας. Παρελήφθη περίγραπτο ωοειδές, φαιό ιστοτεμάχιο διαστάσεων 4,5Χ3,5Χ3 cm, συνεχόμενο κατά θέσεις με λιπώδη ιστό. Μικροσκοπικά παρατηρήθηκε εικόνα κυτταροβριδούς νεοπλάσματος, περιβαλλόμενου από ινώδη κάψα και αποτελούμενου από κύτταρα με υποστρόγγυλο ή ωοειδή πυρήνα. Στη μεγαλύτερη έκταση του όγκου αναγνωρίστηκαν μικροί σωληνώδεις σχηματισμοί. Δεν παρατηρήθηκε αξιόλογη μιτωτική δραστηριότητα ή κυτταρολογική ατυπία, ενώ δεν παρατηρήθηκε επίσης διήθηση του προσκείμενου παρεγχύματος του σιελογόνου αδένου. Ο ανοσοιστοχημικός έλεγχος για τον δείκτη p63, έδειξε εστιακή θετικότητα εύρημα ενδεικτικό μιοεπιθηλιακής διαφοροποίησης.

Αποτελέσματα: Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα ετέθη διάγνωση βασικοκυτταρικού αδενώματος ελασσόνων σιελογόνων αδένων σωληνώδους τύπου.

Συμπεράσματα: Το βασικοκυτταρικό αδένωμα των σιελογόνων αδένων αποτελεί σπάνιο καλόηδες νεόπλασμα. Εντοπίζεται κυρίως στην παρωτίδα και σπανιότατα στους ελάσσονες σιελογόνους αδένες. Αναγνωρίζονται τέσσερις τύποι βασικοκυτταρικού αδενώματος, ο συμπαγής, ο σωληνώδης, ο δοκιδώδης, και ο μεμβρανώδης. Ένας εκ των τύπων αυτών μπορεί να ανευρίσκεται ως αμιγής, ενώ συχνότερα παρατηρείται συμμετοχή διαφόρων τύπων. Ο πλέον σπάνιος τύπος είναι ο σωληνώδης, που χαρακτηρίζεται από παρουσία πολλών, μικρών, σωληνωδών σχηματισμών, επενδυομένων από κυβοειδή κύτταρα, ανάλογα των κυττάρων των πόρων. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει το πολύμορφο αδένωμα, το αδενοκυστικό αδένωμα, το αδενοειδές κυστικό καρκίνωμα και το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα. Επίσης παρατηρούνται τοπικές υποτροπές (κυρίως στον μεμβρανώδη τύπο), ενώ η κακοήθης εξαλλαγή είναι σπάνια και συμβαίνει συχνότερα στον μεμβρανώδη τύπο.

12 ΒΛΕΝΝΟΕΠΙΔΕΡΜΟΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΥΠΕΡΩΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Παπαδογεωργάκης Ν., Νικητάκης Ν., Φωτόπουλος Δ., Σκλαβούνου Α., Αλεξανδρίδης Κ.
Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός» και Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Οι όγκοι των σιαλογόνων αδένων είναι σπάνιοι στην παιδική ηλικία. Το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα είναι το συχνότερο κακόηδες νεόπλασμα, η εμφάνισή του όμως σε παιδιά στους ελάσσονες σιαλογόνους αδένες σπανίζει.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή περίπτωσης βλεννοεπιδερμοειδούς καρκινώματος σε παιδί ηλικίας δεκαπέντε ετών καθώς και η ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας.

Περιγραφή Περίπτωσης: Αγόρι 15 ετών παραπέμφθηκε από τον οδοντίατρο του για αξιολόγηση διαπιστωμένης προ μηνός ανώδυνης διόγκωσης στο όριο μεταξύ σκληρής και μαλακής υπερώας δεξιά της μέσης γραμμής. Ο υπερκείμενος βλεννογόμος ήταν φυσιολογικής σύστασης και παρουσίαζε υποκύανη χροιά, ενώ ο όγκος μεγέθους περίπου 1,5 εκ. είχε κλυδάζουσα σύσταση. Πραγματοποιήθηκε μερική βιοψία η οποία επιβεβαίωσε την ύπαρξη βλεννοεπιδερμοειδούς καρκινώματος υψηλής διαφοροποίησης (low grade). Ο ασθενής παραπέμφθηκε στην Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός», όπου μετά από πλήρη κλινικό, εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο πραγματοποιήθηκε ολική εξαίρεση του όγκου. Η ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε την αρχική διάγνωση.

Συμπέρασμα: Κακοήθη νεοπλάσματα ελασσόνων σιαλογόνων αδένων, αν και ιδιαίτερα σπάνια στην παιδική ηλικία, πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση μαλακών ενδοστοματικών διογκώσεων, ειδικά στο όριο σκληρής-μαλακής υπερώας.

13 ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΣΗ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ ΑΝΤΡΟΥ ΜΕ ΕΙΚΟΝΑ ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Καλφαρέντζος Ε., Λεφαντζής Ν., Γκουτζάνης Λ., Παπαδογεωργάκης Ν.

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ Γ.Ν.Α «ο Ευαγγελισμός»

Η ασπεργίλλωση είναι μια μυκητιασική λοίμωξη που εμπεριέχει ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων. Τα τελευταία χρόνια έχει επέλθει μια δραματική αύξηση της επίπτωσης του *Aspergillus* στον άνθρωπο, ως αποτέλεσμα, των βελτιωμένων διαγνωστικών μέσων και της όλο και πιο δραστικής ανοσοκατασταλτικής θεραπείας. Ο *A. fumigatus* έχει αναδειχθεί στον πλέον σημαντικό αερομεταδιδόμενο παθογόνο μύκητα στις αναπτυγμένες χώρες. Η λοίμωξη του αναπνευστικού από *Aspergillus* εμπλέκεται με αλλεργικές αντιδράσεις, όπως στο άσθμα και την πνευμονίτιδα εξ υπερευαισθησίας, αλλά και με αποικισμό του βρογχικού δένδρου, με επακόλουθη αλλεργική βρογχοπνευμονική ή διηθητική ασπεργίλλωση.

Η ασπεργίλλωση των γναθιαίων κόλπων αποτελεί μια σπάνια νοσολογική οντότητα. Η νόσος αναπτύσσεται συνηθέστερα σε ασθενείς με μειωμένη ανολογική αντίδραση. Συχνά όμως, ήπια χρόνια μυκητιασική λοίμωξη, ανευρίσκεται και σε υγιή άτομα. Η χρήση οξειδίου του ψευδαργύρου για έμφραξη ριζικών σωλήνων, έχει συνδεθεί με την ανάπτυξη ασπεργίλλωσης, όταν εφαρμόζονται ολικό εξέρχεται στην κοιλότητα του γναθιαίου κόλπου. Βιβλιογραφικά περιγράφονται δύο μορφές ασπεργίλλωσης των γναθιαίων κόλπων. Η μη διηθητική, κατά την οποία η νόσος περιορίζεται στο ιγμόρειο άντρο και η διηθητική στην οποία η νόσος εκτείνεται πέραν των ιγμορείων.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση μιας μη διηθητικής περίπτωσης ασπεργίλλωσης του δεξιού γναθιαίου κόλπου, σε ασθενή 56 ετών με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό. Από την κλινική εξέταση του ασθενούς προέκυψαν ευρήματα συμβατά με χρόνια ιγμορίτιδα. Ακτινολογικά ο ασθενής εμφάνιζε διάχυτη παχυβλενογονιπίδα με ταυτόχρονη παρουσία μικρή τώματος από ασπεργίλλο, το οποίο προσμοιάζε με ακτινοσκοπικό ξένο σώμα. Γίνεται επίσης αναφορά στη διαγνωστική προσέγγιση και την θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς.

14 ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΩΣΗ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΛΟΙΜΩΣΗ

Κρανίτη Κ., Οκtselόγλου Β., Παραρά Ε., Παπαδογεωργάκης Ν.

Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Νοσοκομείο: «ο Ευαγγελισμός»

Η μουκορμύκωση αποτελεί οξεία ευκαιριακή λοίμωξη, δυνητικά θανατηφόρα, που οφείλεται σε σαπροφυτικό μύκητα της τάξης των Φυκομυκήτων. Οι κλινικές μορφές με τις οποίες εμφανίζεται η λοίμωξη είναι η ρινοεγκεφαλική, η πνευμονική, η δερματική, η γαστρεντερική και η διάχυτη. Ο μύκητας, που βρίσκεται σε αφθονία στο χώμα, αποικίζει τις κοιλότητες της ανώτερης αναπνευστικής οδού, χωρίς να προκαλεί σημεία ή συμπτώματα σε υγιείς ανθρώπους. Αντίθετα μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη σε περιπτώσεις μειωμένης ανοσιακής απόκρισης.

Στην ρινοεγκεφαλική μορφή, που είναι και η συχνότερη, η νόσος εισβάλλει ύπουλα, χωρίς ειδικά σημεία και συμπτώματα και εξελίσσεται ταχέως, επεκτεινόμενη διαμέσου των αγγείων του οφθαλμικού κοχχου. Αν παραμείνει χωρίς θεραπεία είναι δυνατό να προσβάλλει εγκεφαλικές δομές, με μοιραία συνήθως κατάληξη (>90%). Στην εργασία αυτή γίνεται παρουσίαση δύο περιστατικών μουκορμύκωσης που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας τη ίδια περίπου περίοδο.

Η πρώτη περίπτωση αφορά σε γυναίκα 22 ετών που διεκομίσθη από το Νοσοκομείο της Χίου. Η ασθενής έπασχε από ανεπαρκώς ρυθμιζόμενο Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου Ι. Μετά από μια ήπια λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού, παρουσίασε σημεία και συμπτώματα τα οποία αποδόθηκαν από ιδιώτη οδοντίατρο σε φλεγμονή ημιεγκλείστου οδόντος 18, οπότε και έγινε εξαγωγή αυτού. Λόγω της επιδείνωσης της γενικής κατάστασης της ασθενούς, εισήχθη στο Νοσοκομείο της Χίου και κατόπιν παραπέμφθηκε στον «Ευαγγελισμό». Μετά από βιοψία τέθηκε η διάγνωση της ρινοεγκεφαλικής μορφής της Μουκορμύκωσης. Η ασθενής υπεβλήθη σε ημιγναδεκτομή δεξιά, χωρίς εξόρυξη του οφθαλμικού βολβού, εφόσον η οπτική οξύτητα του δεξιού οφθαλμού είχε διατηρηθεί. Η ασθενής έλαβε μακροχρόνια αντιμυκητιασική αγωγή, στην οποία και ανταποκριθηκε.

Το δεύτερο περιστατικό αφορά σε άνδρα ηλικίας 35 ετών με ιστορικό λήψης ανοσοκαταστατικών φαρμάκων, λόγω μεταμόσχευσης μυελού των οστών. Ο ασθενής εμφάνισε συμπτωματολογία τραχηλοπροσωπικής λοίμωξης και προοδευτική απώλεια της όρασης από το δεξιό οφθαλμό. Η βιοψία επιβεβαίωσε και πάλι τη διάγνωση της Μουκορμυκητίασης. Λόγω της απώλειας της οπτικής οξύτητας, δεν έγινε προσπάθεια διατήρησης του ΔΕ οφθαλμικού βολβού, ενώ η επέμβαση συμπληρώθηκε με σύστοιχη ημιγναδεκτομή. Επιπλέον έλαβε ενδοφλέβια αντιμυκητιασική θεραπεία. Η γενική κατάσταση του ασθενούς βελτιώθηκε εντυπωσιακά μετά το χειρουργικό καθαρισμό.

Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι διπλός: αφ' ενός μεν να επιστήσει την προσοχή στο γενικό οδοντίατρο σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή, που μπορεί να εμφανιστούν με σημεία και συμπτώματα οδοντογενούς ή τραχηλοπροσωπικής λοίμωξης, ώστε να συμπεριλάβει στη διαφοροδιάγνωση τον επικίνδυνο αυτό μύκητα και αφ' ετέρου να παρουσιάσει μια συντηρητικότερη μορφή θεραπείας της ρινοεγκεφαλικής μορφής της μουκορμύκωσης, με λιγότερο ακρωτηριαστικές χειρουργικές επέμβασεις, εφόσον η όραση του ασθενούς διατηρείται.

15 ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ (ΣΙΕΛΑΔΕΝΟΣΚΟΠΗΣΗ)

Ζαφειριάδης Ν.

Ιατρός, Οδοντίατρος, Διευθυντής Κλινικής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής 251 ΓΝΑ

Με τη βοήθεια ειδικών ενδοσκοπίων μικρής διατομής (1-2 mm περίπου) μπορούμε σήμερα να παρέμβουμε στον πόρο των μείζονων σιελογόνων αδένων, τόσο για διαγνωστικούς σκοπούς όσο και για επεμβατικές πράξεις.

Ιστορικά, οι πρώτες προσπάθειες ξεκίνησαν το 1990 με χρήση εύκαμπτων ενδοσκοπίων, τα οποία όμως ήταν καθαρά διαγνωστικά, διότι στερούνταν καναλιού εργασίας. Τα σημερινά είναι ημιεύκαμπτα και παρέχουν τη δυνατότητα ενδοσκοπικής παρέμβασης.

Η σιελαδενοσκόπηση παρέχει άμεση και αξιόπιστη πληροφόρηση για τη διάγνωση παθολογικών καταστάσεων των σιελογόνων αδένων εκεί που άλλες απεικονιστικές μέθοδοι μειονεκτούν, ενώ παράλληλα μειώνει την ανάγκη διενέργειας ακτινολογικών εξετάσεων. Συγχρόνως, παρέχει τη δυνατότητα χειρουργικής παρέμβασης για:

α) Λύση του αποφρακτικού φαινομένου π.χ. αφαίρεση λίθου ή λύση συμφύσεων με ειδικά εργαλεία ή Laser.

β) Λήψη βιοψίας.

Παρουσιάζονται οι χειρουργικές τεχνικές που εφαρμόζονται στην κλινική μας για την αντιμετώπιση όλων των αποφρακτικών φαινομένων των σιελογόνων, αδιακρίτως εντοπισμού και μεγέθους αιτίου, αποκλειστικά ενδοστοματικά. Έτσι αποφεύγονται μείζονες εξωστοματικές επεμβάσεις και μειώνονται σημαντικά οι εγχειρητικές επιπλοκές και ο χρόνος ανάρρωσης.

Η ενδοσκοπική χειρουργική των μείζονων σιελογόνων αδένων, μόνο όταν διενεργείται από ειδικό χειρουργό της περιοχής, αποτελεί μια *mini*μepμ επιβατική και ασφαλή μέθοδο αντιμετώπισης αποφρακτικών φαινομένων των σιελογόνων αδένων.

16 ΜΕΛΑΝΩΤΙΚΟΣ ΝΕΥΡΟΕΞΩΔΕΡΜΙΚΟΣ ΟΓΚΟΣ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Βασιλοπούλου Ε.¹, Πιπέρη Ε.¹, Κούτλας Ι.², Τόσιος Κ.¹, Σκλαβούνου Α.¹

1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2. Division of Oral and Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota, USA.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο μελανωτικός νευροεξωδερμικός όγκος των νεογνών (ΜΝΕΟΝ) αποτελεί σπάνιο νεόπλασμα με ασαφή βιολογική συμπεριφορά που αναπτύσσεται συνήθως κατά την πρώιμη παιδική ηλικία. Η βλάβη εμφανίζεται ως μία γρήγορα αυξανόμενη μάζα μελανής ή φυσιολογικής χροιάς συνηθέστερα στην άνω γνάθο ενώ σπάνια μπορεί να παρατηρείται στην κάτω γνάθο ή σε εξωστοματικές εντοπίσεις όπως το δέρμα, το μεσοδωράκιο και το κεντρικό νευρικό σύστημα. Η ακριβής φύση της βλάβης παραμένει αδιευκρίνιστη καθώς μολονότι θεωρείται καλοήθης, στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί σπάνιες περιπτώσεις με ανάπτυξη μεταστάσεων.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης ΜΝΕΟΝ με εντόπιση στην κάτω γνάθο και η ανασκόπηση των αντίστοιχων περιστατικών της διεθνούς βιβλιογραφίας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Αγόρι 4 μηνών παραπέμφθηκε από τον οδοντίατρο για την αξιολόγηση μάζας στη φατνιακή ακρολοφία της κάτω γνάθου δεξιά διάρκειας μίας εβδομάδας, με αρχική διάγνωση κύστης ανατολής. Το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς ήταν ελεύθερο. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε καλά περιγεγραμμένη διόγκωση διαστάσεων 1 x 1 εκ. και ελαστικής σύστασης, η οποία καλυπτόταν από βλεννογόνο υποκίανης χροιάς και λείας επιφάνειας στην περιοχή αντίστοιχα του αναπτυσσόμενου κυνόδοντα. Κατά τον απεικονιστικό έλεγχο παρατηρήθηκε καλά περιγεγραμμένη μάζα με διάτρηση του φατνιακού πετάλου προστομαικά. Η πιθανή διάγνωση περιελάμβανε τον μελανωτικό νευροεξωδερμικό όγκο των νεογνών, το κεντρικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα και το σάρκωμα Ewing. Πραγματοποιήθηκε μερική εξαίρεση της βλάβης και ιστολογικά διαπιστώθηκε όγκος που αποτελούνταν από 2 πληθυσμούς κυττάρων με ευμεγέθεις, φυσαλιδώδεις και μικρούς πυκνωχρωματικούς πυρήνες αντίστοιχα, τα οποία διατάσσονταν σε χορδές μέσα σε ινώδες υπόστρωμα. Η τελική διάγνωση ήταν μελανωτικός νευροεξωδερμικός όγκος των νεογνών. Ο ασθενής παραπέμφθηκε για ολική εξαίρεση. Η μετεγχειρητική πορεία εξελίχθηκε ομαλά και δώδεκα μήνες μετά δεν παρατηρείται υποτροπή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Συζητούνται η ιστογένεση του ΜΝΕΟΝ καθώς και η κλινική και ακτινογραφική διαφορική διάγνωση της βλάβης με ιδιαίτερη έμφαση στις περιπτώσεις εντόπισης στην κάτω γνάθο καθώς και τα νεότερα δεδομένα που αφορούν στην ενδεδειγμένη θεραπευτική της αντιμετώπιση.

17 ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΠΙΛΟΥ SPLITZ ΣΤΟ ΑΝΩ ΧΕΙΛΟΣ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Παπαδοπούλου Ε.¹, Βασιλοπούλου Ε.¹, Πιπέρη Ε.¹, Κούτλας Ι.², Τόσιος Κ.¹, Σκλαβούνου Αλ.¹

1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2. Division of Oral and Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota, USA.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο σπίλος Splitz αποτελεί σπάνια καλοήγη μελανοκυτταρική βλάβη, η οποία περιγράφηκε από την Sophie Splitz το 1948 ως «καλόγηδες μελάνωμα της παιδικής ηλικίας». Παρατηρείται συνήθως σε παιδιά και εφήβους και εντοπίζεται συχνά στο δέρμα κεφαλής-τραχήλου, του κορμού και των άκρων. Οι ενδοστοματικές εντοπίσεις είναι εξαιρετικά σπάνιες. Ο σπίλος Splitz μπορεί να εμφανίζει παρόμοια κλινικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά με το κακόγηδες μελάνωμα, γεγονός που καθιστά την τελική διάγνωση δυσχερή και συχνά απαιτεί την εφαρμογή ανοσοϊστοχημικών μεθόδων.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης σπίλου Splitz με εντόπιση στο όριο βλεννογόνου και ερυθρού κρασπέδου του άνω χείλους και η ανασκόπηση των αντίστοιχων περιστατικών της διεθνούς βιβλιογραφίας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Κορίτσι 16 ετών προσήλθε για αξιολόγηση μελανής βλάβης στο βλεννογόνο του άνω χείλους δεξιά, διάρκειας 2 μηνών. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε καλά περιγεγραμμένη κηλίδα ωοειδούς σχήματος, διαστάσεων 0,2 x 0,1εκ., φαιής χροιάς και ελαστικής σύστασης. Η πιθανή κλινική διάγνωση ήταν μελανοκυτταρικός σπίλος. Πραγματοποιήθηκε ολική βιοψία-εξαίρεση και τα ευρήματα ήταν συμβατά με μικτό σπίλο Splitz. Συστήθηκε παρακολούθηση της ασθενούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο σπίλος Splitz αποτελεί σπάνια εμφανιζόμενη στο στοματικό βλεννογόνο καλοήγη βλάβη που θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση μελανωτικών βλαβών. Συζητούνται τα κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά των μέχρι σήμερα δημοσιευμένων ενδοστοματικών περιπτώσεων, η ιστοπαθολογική διαφορική διάγνωση από το κακόγηδες μελάνωμα, καθώς και η αντιμετώπιση της βλάβης.

18 ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΣΗ ΣΠΛΑΧΝΙΚΟΥ ΚΡΑΝΙΟΥ - ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σκούρα Κ., Γκίνης Γ., Σταθόπουλος Π., Νταής Π., Βελεγράκη Α., Ράλλης Γ., Ζαχαριάδης Ν.

Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής ΓΝΑ "ΚΑΤ"

Το περιστατικό αναφέρεται σε έναν ασθενή 37 ετών, άρρεν, με ανεξέλεγκτο σακχαρώδη διαβήτη, χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Ο ασθενής προσήλθε στο νοσοκομείο με επίμονη κεφαλαλγία (ΑΡ), οίδημα και ερυθρότητα της (ΑΡ) παρειάς και των περικογχικών ιστών του (ΑΡ) οφθαλμού. Κατά την κλινική εξέταση ενδοστοματικά ο ασθενής εμφάνιζε εξέλκωση στην σκληρά υπερώα καθώς και βλεφαρόπτωση (ΑΡ) οφθαλμού. Μετά την παρέλευση τριήμερου νοσηλείας ο ασθενής εμφάνισε τύφλωση του (ΑΡ) οφθαλμού. Μετά από ενδελεχή κλινικοεργαστηριακό έλεγχο ετέθη η διάγνωση ασπεργίλλωσης σπλαχνικού κρανίου βασισμένη στη ανίχνευση αντιγόνων ασπέργιλλου σε δείγμα ορρού αίματος και σε ταυτοποίηση του από καλλιέργεια βιοπτικού υλικού, που ελήφθη από το (ΑΡ) ιγμόρειο άντρο.

Η παρούσα εργασία παρουσιάζει τη δυσκολία της διαγνωστικής τεκμηρίωσης της ασπεργίλλωσης του σπλαχνικού κρανίου και την σημασία της εγρηγορσης του κλινικού στην εμφάνιση άτυπων κλινικών σημείων της νόσου σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς.

Νικητάκης Ν¹, Πολυζώης Γ², Κατουμάς Κ¹, Ζολώτα Β³, Σκλαβούνου Α¹, Παπαδάς Θ.⁴

1 Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ 2 Εργαστήριο Προσθετικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 3 Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής και Κυτταρολογίας Πανεπιστήμιο Πατρών, 4 Κλινική ΩΡΛ Πανεπιστήμιο Πατρών

Εισαγωγή: Το εξωαδενικό ΝΚ/Τ λέμφωμα ρινικού τύπου, παλαιότερα αναφερόμενο ως ιδιοπαθές θανατηφόρο κοκκίωμα μέσης γραμμής, είναι μια σπάνια οντότητα που χαρακτηρίζεται κλινικά από επιθετική προοδευτική καταστροφή των δομών της μέσης γραμμής των ρινικών κοιλοτήτων και της υπερώας. Συνήθως συνυπάρχουν ρινική συμφόρηση, επίσταξη και πόνος. Αρχικά παρατηρείται διόγκωση της μαλθακής ή του οπίσθιου τμήματος της σκληράς υπερώας με επακόλουθη δημιουργία έλκους, το οποίο εμφανίζει προοδευτική επέκταση, καταστρέφοντας τους υπερώιους ιστούς και δημιουργώντας στοματορρινική επικοινωνία. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει εν τω βάθει μυκητιάσεις, κοκκιομάτωση Wegener, κομμίωμα τριτόγονου σύφιλης και άλλα non-Hodgkin λεμφώματα και κακοήγη επιθηλιακά νεοπλασμάτα της μέσης γραμμής.

Σκοπός: Παρουσιάζεται εξωαδενικό ΝΚ/Τ λέμφωμα ρινικού τύπου με έμφαση στην κλινική και παθολογοανατομική διαφορική διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της βλάβης.

Παρουσίαση περιστατικού: Άρρεν 40 ετών εισήχθη στην ΩΡΛ Πανεπιστημιακή Κλινική του Νοσοκομείου Πατρών με συμπτωματολογία κεφαλαλγίας. Παρουσίαζε ρινική συμφόρηση εξαιτίας παχύρρευστων ρινικών εκκρίσεων και υψηλή πυρετική κίνηση. Η αντικειμενική εξέταση αποκάλυψε ελκωτική βλάβη διαστάσεων 6x4 εκ., αιμορραγική και δύσοσμη, που καταλάμβανε τη μεσότητα της σκληράς και μαλθακής υπερώας, προκαλώντας στοματορρινική επικοινωνία.

Διενεργήθηκε ενδοσκοπική ρινοσκοπία που αποκάλυψε κτρινωπές δύσοσμες εφελκίδες που πληρούσαν τις ρινικές θαλάμες, μέτριου βαθμού διάτρηση του χόνδρου του ρινικού διαφράγματος και λέπτυνση των μέσων και κάτω ρινικών κογχών. Αξονική τομογραφία σπλαγχνικού κρανίου αποκάλυψε κατάληψη των ιγμορείων, των ηθμοειδών κυψελών και του σφηνοειδούς κόλπου από συμπαγή μάζα μαλθακών μορίων.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις αποκάλυψαν αυξημένη ταχύτητα καθίζησης ερυθρών. Χορηγήθηκαν ευρέως φάσματος αντιβιοτικά και έγινε εκτεταμένη χειρουργική αφαίρεση της βλάβης. Τα μικροσκοπικά και ανοσοϊστοχημικά ευρήματα της παθολογοανατομικής εξέτασης ήταν συμβατά με εξωαδενικό λέμφωμα ΝΚ/Τ κυττάρων ρινικού τύπου. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και σε δεύτερο χρόνο σε αυτόλογη μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων. Περίπου 30 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση η φαρυγγοϋπερώια δυσλειτουργία του ασθενούς αποκαταστάθηκε προοδευτικά.

Συμπεράσματα: Το εξωαδενικό λέμφωμα ΝΚ/Τ κυττάρων ρινικού τύπου εμφανίζει επιθετική κλινική συμπεριφορά και απαιτεί ορθή διαφορική διάγνωση, ενδελεχή απεικονιστικό, ιστοπαθολογικό και ανοσοϊστοχημικό έλεγχο και συνδυαστική θεραπευτική αντιμετώπιση.

NON-HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑ ΤΥΠΟΥ MALT ΜΕ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΩΑ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Βαρμπομπίτης Ι., Πατσογιάννης Κ., Νικητάκης Ν., Σκλαβούνου Α

Εργαστήριο Στοματολογίας Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Οι ενδοστοματικές εντοπίσεις των λεμφωμάτων θεωρούνται σπάνιες τόσο στα μαλακά μόρια όσο και στα οστά των γνάθων και αφορούν κυρίως στο οπίσθιο μέρος της στοματικής κοιλότητας (όριο σκληρής - μαλακής υπερώας και παρίσθμια).

ΣΚΟΠΟΣ Περιγράφεται περίπτωση MALT λεμφώματος στην υπερώα και γίνεται ανάλυση της κλινικής και ιστοπαθολογικής διαφορικής διάγνωσης. Συζητάται η διάκριση από άλλους τύπους λεμφωμάτων, η σταδιοποίηση, η αντιμετώπιση και η πρόγνωση των MALT λεμφωμάτων.

ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ Το περιστατικό αφορά σε άνδρα ηλικίας 73 ετών, ο οποίος εμφανίστηκε με προοδευτικά αυξανόμενη βλάβη στη σκληρή υπερώα, μαλακής σύστασης, λείας επιφάνειας και διαστάσεων 4,0 x 2,0 cm. Το ιατρικό ιστορικό περιελάμβανε επιληψία, άσθμα, υπέρταση και φυματίωση στην ηλικία των 16 ετών. Η φαρμακευτική αγωγή περιελάμβανε φαινοτυϊνη, βαλσαρτάνη και εισπνοές με βουδεσονίδη, σαλβουταμόλη και ιπρατρόπιο. Λήφθηκε μερική βιοψία και ιστοπαθολογικά παρατηρήθηκε πυκνή διήθηση του συνδετικού ιστού από άτυπα μικρά λεμφοκύτταρα με ψευδοοζώδες πρότυπο. Ανοσοϊστοχημικά τα νεοπλασματικά κύτταρα ήταν θετικά για CD20, CD79 και DBA44 (45%), ενώ δεν παρατηρήθηκε έκφραση των CD5, CD10, CD23, κυκλίνη D1, Bcl-2 και Bcl-6. Εξέταση του περιφερικού αίματος και του μυελού των οστών και υπολογιστική τομογραφία κεφαλής και τραχήλου, θώρακα και κοιλίας δεν αποκάλυψαν άλλα παθολογικά ευρήματα. Με βάση τα παραπάνω τέθηκε η διάγνωση του εξωαδενικού non-Hodgkin λεμφώματος οριακής ζώνης από Β-κύτταρα ή MALT (mucosa-associated lymphoid tissue). Ο ασθενής υποβλήθηκε σε συνδυαστική χημειοθεραπεία με καλή ανταπόκριση του όγκου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ Αν και σπάνια, τα λεμφώματα της στοματικής κοιλότητας πρέπει να περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση διογκώσεων ιδιαίτερα στην περιοχή του ορίου σκληρής-μαλακής υπερώας και σε άλλες θέσεις με παρουσία εξωαδενικού λεμφικού ιστού.

Γεωργάκη Μ.¹, Βασιλοπούλου Ε.¹, Πιπέρη Ε.¹, Ανδρικοπούλου Μ.², Σκλαβούνου Αλ.¹

1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ. **2.** Προπτυχιακή φοιτήτρια, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ακοκκιοκυτταραιμία αποτελεί νόσο του αίματος που χαρακτηρίζεται από πολύ ελαττωμένο αριθμό κυκλοφορούντων λευκών αιμοσφαιρίων και κοκκιοκυττάρων. Διαχωρίζεται στην κληρονομική και στην επίκτητη, η οποία μπορεί να οφείλεται σε φάρμακα, ακτινοβολίες, διαταραχές του ανοσολογικού μηχανισμού ή κακοήδη νεοπλασμάτα. Στη στοματική κοιλότητα είναι δυνατόν να αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα βακτηριακών λοιμώξεων ουλορραγίες, περιοδοντίτιδα, οστεομυελίτιδα και νεκρωτικές ελκώσεις, οι οποίες μπορεί σπάνια να αποτελούν την πρώτη εκδήλωση της υποκείμενης αιματολογικής διαταραχής.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ασθενούς ο οποίος εμφάνισε ουδετεροπενικά έλκη της στοματικής κοιλότητας ως πρώτη εκδήλωση ακοκκιοκυτταραιμίας από λήψη κλοζαπίνης.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ολικά νωδός ασθενής 56 ετών προσήλθε στη Κλινική της Στοματολογίας μετά από παραπομπή οδοντιάτρου για την αξιολόγηση ελκώσεων στα ούλα της άνω γνάθου. Από το ιατρικό ιστορικό διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής λάμβανε κλοζαπίνη για μεγάλο χρονικό διάστημα λόγω ψυχιατρικής διαταραχής. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε εξέρυθρο φατνιακό βλεννογόνο της άνω γνάθου αντίστοιχα με την βάση της ολικής οδοντοστοιχίας καθώς και επώδυνες νεκρωτικές ελκώσεις στην ουλοπαρειάκη αύλακα, οι οποίες καλύπτονταν από ρυπαρή ψευδομεμβράνη. Η πιθανή κλινική διάγνωση ήταν ερυθηματώδης καντιντίαση και ελκώσεις βακτηριακής αιτιολογίας λόγω ακοκκιοκυτταραιμίας από λήψη κλοζαπίνης αντίστοιχα. Χορηγήθηκε συστηματική αντιμυκητιασική και αντιμικροβιακή αγωγή (πενικιλίνη και μετρονιδαζόλη) καθώς και τοπικό σκεύασμα υπεροξειδίου του υδρογόνου και συστήθηκε αιματολογική διερεύνηση, τα αποτελέσματα της οποίας 2 ημέρες μετά αποκάλυψαν την παρουσία ακοκκιοκυτταραιμίας και ο ασθενής παραπέμφθηκε για αντιμετώπιση. Κατά την επανεξέταση μία εβδομάδα μετά η καντιντίαση είχε υποχωρήσει και οι ελκώσεις παρουσίαζαν τάση επούλωσης, ενώ ο αιματολογικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ακοκκιοκυτταραιμία αποτελεί σοβαρή παρενέργεια της λήψης φαρμάκων, ιδιαίτερα σε άτομα μεγάλης ηλικίας και συχνά απαιτεί άμεση αντιμετώπιση. Η στοματική κοιλότητα μπορεί να αποτελεί πεδίο πρώτης εκδήλωσης ακοκκιοκυτταραιμίας και για το λόγο αυτό ο οδοντίατρος θα πρέπει να έχει αυξημένο δείκτη υποψίας σε ασθενείς με επιβαρυσμένο ιατρικό ιστορικό, για την έγκαιρη αναγνώριση της υποκείμενης νόσου και την παραπομπή του ασθενούς για αντιμετώπιση.

ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΑΓΓΕΙΟΛΙΠΩΜΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ.

22 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Δαλαμπίρας Στ., Τηλαβερίδης Ι., Ιορδανίδης Σ., Ζαραμπούκας Θ., Επιβατιανός Α.

Εργαστήρια Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Οι καλοήθεις όγκοι του λιπώδους ιστού ταξινομούνται σε 5 κατηγορίες.

1. Λίπωμα
2. Παραλλαγές λιπώματος
3. Ετερότοπα λιπώματα
4. Διάχυτες νεοπλασματικές εξεργασίες ωρίμου λίπους και
5. Χιμπέρνωμα

Το αγγειολίπωμα ανήκει στην κατηγορία των παραλλαγών του λιπώματος και διακρίνεται σε διηθητικό και μη διηθητικό τύπο.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής, γυναίκα 56 ετών εξετάσθηκε στα εξωτερικά ιατρεία του Εργαστηρίου Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του ΑΠΘ, για την εκτίμηση ανώδυνης διόγκωσης του βλεννογόνου του άνω χείλους που εμφανίσθηκε πριν δύο μήνες περίπου. Το ιατρικό και οικογενειακό ιστορικό της ασθενούς δεν παρουσίαζε αξιοσημείωτα στοιχεία. Η κλινική εξέταση έδειξε μια ευπίεστη και ανώδυνη στην ψηλάφηση διόγκωση με ασαφή όρια, που καλυπτόταν από φυσιολογικό βλεννογόνο και είχε διαστάσεις 1x1,5 εκατ. περίπου. Ευρισκόταν στο εσωτερικό του αριστερού άνω χείλους και έφθανε ως το ερυθρό κρόσπεδό του. Με αρχική διάγνωση την πιθανή βλάβη από ελάσσονες σιελογόνους αδένες έγινε επέμβαση με τοπική αναισθησία που απεκάλυψε μάζα υποκίτρινη με διαστάσεις 1x1,2x0,5 εκατ. που φαινόταν να διηθεί τις παρακείμενες μυικές ίνες. Προς τούτο έγινε εκτεταμένη χειρουργική εκτομή στα όρια της βλάβης και επί υγιών ιστών. Η ιστολογική εξέταση έδειξε ότι η βλάβη δεν είχε κάψα και αποτελείτο από ώριμα λιποκύτταρα και νεόπλαστα αιμοφόρα αγγεία που σε πολλά σημεία διείσδυναν ανάμεσα στις μυικές ίνες. Μερικά αγγεία περιείχαν θρόμβους ινικής. Μιτωτικές εικόνες, λιποβλάστες ή κυτταρικές ατυπίες δεν παρατηρήθηκαν. Με βάση τα παραπάνω τέθηκε η διάγνωση του διηθητικού αγγειολιπώματος. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση επί ένα χρόνο δεν έδειξε στοιχεία υποτροπής.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Το διηθητικό αγγειολίπωμα διακρίνεται από το μη διηθητικό, με την ικανότητά του να διηθεί τις παρακείμενες δομές όπως μυς, τένοντες, οστούς, ινοχόνδριο και νευρικό ιστό. Αντίθετα το μη διηθητικό αναγνωρίζεται από την εικόνα ώριμων λιποκυττάρων που διαχωρίζονται από δίκτυο μικρών αγγείων και από την παρουσία θρόμβων ινικής μέσα στον αυλό των αγγείων, με χαρακτηριστικό στοιχείο την ύπαρξη κάψας. Η περίπτωση που παρουσιάσθηκε ανταποκρίνεται στα ιστολογικά κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση του διηθητικού αγγειολιπώματος. Διαφορική διάγνωση του διηθητικού αγγειολιπώματος πρέπει να γίνεται από το διηθητικό (διαμυϊκό) λίπωμα, από το σάρκωμα Καρσσί και από το ενδομυϊκό (ή διαμυϊκό) αιμαγγείωμα.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ: Το διηθητικό αγγειολίπωμα πολύ συχνά εντοπίζεται στον κορμό και τα άκρα είναι δε εξαιρετικά σπάνιο στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται 8 περιπτώσεις διηθητικού αγγειολιπώματος από τις οποίες μόνον οι 3 περιπτώσεις εντοπίζονται στην στοματική κοιλότητα. Το φύλο δεν φαίνεται να παρουσιάζει ενδιαφέρον (1,2:1). Η ηλικία των ασθενών ποικίλλει από 2 έως 74 ετών με μέσο όρο τα 38,2 έτη. Το μέγεθος της βλάβης παρουσιάζει σαν μέσο όρο τα 4,8 εκατ. με μεγαλύτερη αναφερόμενη βλάβη τα 10 εκατ. Παρόλο που αναφέρεται μόνο μια υποτροπή διηθητικού αγγειολιπώματος στην γλώσσα, εν τούτοις, ορισμένοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η υποτροπή συμβαίνει στο 35-50% των περιπτώσεων, και προς τούτο συνίσταται ευρεία χειρουργική εκτομή σε υγιή όρια για την αποφυγή της.

23 ΑΓΓΕΙΟΛΙΠΩΜΑ ΑΝΩ ΧΕΙΛΟΥΣ

Πανταζής Γ., Αγαπητού Π., Αγαπητός Ε.

Α Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Τα αγγειομυολίπωμα αποτελεί σπάνιο καλοήθες νεόπλασμα που πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση των όγκων των μαλακών μορίων. Κλινικά το αγγειομυολίπωμα εμφανίζεται σαν ελαστικός ανώδυνος όγκος των μαλακών μορίων και σπανιότερα του νεφρού. Ακόμα σπανιότερα συνυπάρχει με οζώδη σκλήρυνση του εγκεφάλου και άλλα μεσεγγυματογενή νεοπλασμάτα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Παρουσιάζεται περίπτωση άνδρα ηλικίας 52 ετών, που προσήλθε με υποβλεννογόνια ανώδυνη διόγκωση του άνω χείλους διαμέτρου 1,5 εκ. Η χειρουργική εξαίρεση αποτέλεσε τη θεραπεία εκλογής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά τη χειρουργική αφαίρεση η ιστολογική εξέταση του ογκιδίου έδειξε εικόνα αγγειομυολιπώματος (διαχύτως αναπτυσσόμενα υπερπλαστικά αιμοφόρα αγγεία που περιβάλλονται από υπερπλαστικά λεία μυϊκά κύτταρα και ώριμα λιπώδη κύτταρα). Ο ασθενής 6 μήνες μετεγχειρητικά είναι ελεύθερος νόσου. Ο λοιπός κλινικοεργαστηριακός έλεγχος απέβη αρνητικός για την κατάδειξη οζώδους σκλήρυνσης ή άλλων μεσεγγυματογενών νεοπλασμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το αγγειομυολίπωμα είναι σπάνιο καλοήθες νεόπλασμα που πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση των όγκων των μαλακών μορίων. Η χειρουργική αφαίρεση είναι η θεραπεία εκλογής. Οι ασθενείς πρέπει πάντοτε να ελέγχονται για πιθανή συνύπαρξη οζώδους σκλήρυνσης ή άλλων μεσεγγυματογενών νεοπλασμάτων.

Γκιγκέλου Ε., Μυροβουονιάτης Ν., Χριστόπουλος Π., Πιπέρη Ε., Βλαχοδημητρόπουλος Δ., Σκλαβούου Α.
 1. Προπτυχιακή φοιτήτρια, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2. Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 3. Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, 4. Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 5. Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το αγγειολίωμα είναι ένας καλοήθης μεσεγγυματικός όγκος στον οποίο συνυπάρχουν χαρακτηριστικά λιπώματος και αιμαγγειώματος. Εμφανίζεται συνήθως στον κορμό και στα άκρα ενώ η εντόπισή του στην περιοχή κεφαλής-τραχήλου είναι σπάνια. Τα αγγειολιώματα διακρίνονται με κριτήριο την παρουσία κάψας και την ικανότητα τοπικής διήθησης σε μη διηθητικά και σε διηθητικά, εκ των οποίων τα τελευταία είναι εξαιρετικά σπάνια.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση μίας σπάνιας περίπτωσης διηθητικού αγγειολιπώματος στην περιοχή του ζυγωματικού μυ.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας 27 ετών προσήλθε αναφέροντας αργά αυξανόμενη διόγκωση στη περιοχή της αριστερής παρειάς, διάρκειας ενός έτους. Κατά την κλινική εξέταση ψηλαφήθηκε ογκίδιο, ανώδυνο, στερεώς προσφυόμενο και ελαστικής σύστασης στη μάζα της αριστερής παρειάς, στην περιοχή κάτω από το πρόσθιο χείλος του ζυγωματικού οστού. Ο απεικονιστικός έλεγχος με υπερηχογράφημα υποδήλωνε την παρουσία λιπώματος ενώ η αξονική τομογραφία ανέφερε την ύπαρξη μάζας με στοιχεία φλεγμονής και διήθηση του υποκείμενου μυός. Διενεργήθηκε χειρουργική διερεύνηση και έγινε ολική εξαίρεση της βλάβης επί ψηλαφητών υγιών ορίων. Η ιστοπαθολογική εξέταση έδειξε την ύπαρξη γραμμωτών μυϊκών ινών με διηθήσεις από λοβιώδεις αθροίσεις νεόπλαστου ώριμου λιπώδους ιστού καθώς και άφθονα μικρά αγγεία, στοιχεία τα οποία έθεσαν τη διάγνωση του διηθητικού αγγειολιπώματος. Συστήθηκε παρακολούθηση και τακτικός επανέλεγχος καθώς, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η οντότητα αυτή παρουσιάζει τάση τοπικής υποτροπής.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Συζητούνται η ιστογένεση της συγκεκριμένης οντότητας, ο ενδεδειγμένος προεγχειρητικός διαγνωστικός έλεγχος και η θεραπευτική αντιμετώπιση και γίνεται ανασκόπηση των κλινικοπαθολογικών χαρακτηριστικών των περιστατικών της διεθνούς βιβλιογραφίας με εντόπιση στην περιοχή κεφαλής τραχήλου.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ.

Πετσίνης Β., Παπαδογεωργιάκης Ν., Ευαγγέλου Ι., Γκουτζάνης Λ., Παντελιδάκη Αικ, Αλεξανδρίδης Κ.
 Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Νοσοκομείο «ο Ευαγγελισμός», Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Μία από τις ομάδες των λεμφαδένων κεφαλής και τραχήλου που αποτελούν λεμφαδενική ομάδα-στόχο για μεταστάσεις σε ασθενείς με ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα της στοματικής κοιλότητας (ΑΚΚ) είναι και οι προσωπικοί λεμφαδένες (ΠΛ).

Σκοπός: Η παρούσα προοπτική ερευνητική μελέτη σκοπό είχε να μελετηθεί η συχνότητα των μεταστάσεων και μικρομεταστάσεων στους ΠΛ σε ασθενείς που έπασχαν από ΑΚΚ.

Υλικό-Μέθοδος: Το υλικό της παρούσας μελέτης προήλθε από 43 ασθενείς που έπασχαν από ΑΚΚ διαφόρων εντοπίσεων και σταδίων, οι οποίοι αντιμετώπιστηκαν χειρουργικά στην κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του νοσοκομείου «ο Ευαγγελισμός». Μελετήθηκαν ιστοπαθολογικά και ανοσοϊστοχημικά 53 ΠΛ, για την ανεύρεση πιθανών μεταστάσεων και μικρομεταστάσεων. Μελετήθηκε επίσης η ιστοκυτταρική λεμφαδενίτιδα που παρατηρήθηκε στους αρνητικούς για μετάσταση ΠΛ.

Αποτελέσματα: Μεταστάσεις σε ΠΛ παρατηρήθηκαν σε 6 συνολικά ασθενείς (13,95%). Βρέθηκε ότι η πιθανότητα μεταστατικής προσβολής των ΠΛ συνδέεται σε επίπεδο στατιστικά σημαντικό με το μέγεθος της πρωτοπαθούς βλάβης, την ύπαρξη κλινικά ψηλαφητών τραχηλικών λεμφαδένων, το στάδιο της νόσου κατά το σύστημα TNM καθώς και την ηλικία των ασθενών.

Συμπέρασμα: Σε ασθενείς με ΑΚΚ θα πρέπει να εξετάζεται η πιθανότητα αφαίρεσής τους όταν υπάρχουν ψηλαφητοί τραχηλικοί λεμφαδένες, στάδιο νόσου IV κατά TNM, μέγεθος πρωτοπαθούς εστίας T4 και όταν η πρωτοπαθής εστία εντοπίζεται στον βλεννογόνο της φαρυγγικής ακρολοφίας της κάτω γνάθου. Ωστόσο θα πρέπει να συνηγορείται το γεγονός ότι οι ΠΛ βρίσκονται σε στενή σχέση με τον επιχείλιο κλάδο του προσωπικού νεύρου και η αφαίρεσή τους θα πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή.

ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΕΓΜΑΤΟΣ ARp2/3 ΣΕ ΚΥΤΤΑΡΙΚΕΣ ΣΕΙΡΕΣ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΚΕΦΑΛΗΣ-ΤΡΑΧΗΛΟΥ

26

Παπαβασιλείου Δ., Προκοπίδη Μ., Bauer R., Reichert T.

Κέντρο Ιατρικής Βιοτεχνολογίας, Πανεπιστημιακή Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Regensburg, Γερμανία

Εισαγωγή και στόχοι: Το σύμπλεγμα Arp 2/3 είναι κριτικής σημασίας στην κίνηση των κυττάρων δια μέσου της προσεκβολής ψευδοποδιών. Μελέτες σε καρκίνο του γαστρεντερικού, μαστού και πνευμόνων έδειξαν διαφορική έκφραση του συμπλέγματος και σε ορισμένες περιπτώσεις συσχέτιση με κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί η έκφραση και η κατανομή της υπομονάδας Arp2 του εν λόγω συμπλέγματος σε κυτταρικές σειρές ακανθοκυτταρικού καρκινώματος κεφαλής-τραχήλου (ΑΚΚΤ), με σκοπό τη συσχέτιση και με άλλα μόρια που παίζουν ρόλο στον Επιθηλιο-Μεσεγγυματικό Μετασχηματισμό στο ΑΚΚΤ (cadherins, catenins) και την περαιτέρω λειτουργική ανάληψη της διηθητικής-επεκτατικής ικανότητας των κυτταρικών σειρών.

Υλικά και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν οι κυτταρικές σειρές PCI1, PCI4A, PCI9, PCI13 και PCI52 καθώς και Ανδρώπια Επιθηλιακά Κερατινοκύτταρα (NHEK) ως ομάδα ελέγχου. Τα επίπεδα έκφρασης της πρωτεΐνης Arp2 εκτιμήθηκαν ποσοτικά με ανοσοαποτύπωση Western. Η ποιοτική μελέτη της κατανομής του συμπλέγματος Arp2/3 και της F-ακτίνης έγινε με τη μέθοδο του ανοσοφθορισμού με τη χρήση συνεστιακού μικροσκοπίου σάρωσης. Χρησιμοποιήθηκε μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι του Arp2 (Abcam, UK).

Αποτελέσματα: Στην ανοσοαποτύπωση Western, στο προβλεπόμενο μοριακό βάρος των 40-45 KD, το Arp2 παρουσιάζει ισχυρή έκφραση στην κυτταρική σειρά PCI52, ενώ οι σειρές PCI1, PCI4A και PCI13 παρουσιάζουν ασθενέστερη έκφραση. Η έκφραση του Arp2 στην κυτταρική σειρά PCI9 είναι συγκρίσιμη με αυτή της ομάδας ελέγχου (NHEK). Τα αποτελέσματα του ανοσοφθορισμού συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα:

	Κυτταρική περιφέρεια	Κυτταρόπλασμα	Πυρήνας
NHEK	+	+	
PCI1	+	+	+
PCI4A	+	+	+
PCI9		+	+
PCI13		+	+
PCI52	+	+	+

Συμπεράσματα: Δεν είναι ξεκάθαρο αν η διαφορετική κατανομή του Arp2/3 μπορεί να συνεπάγεται και διαφορές στη μεταστατική συμπεριφορά. Είναι φανερό πως στα κύτταρα τα οποία σχηματίζουν συσσωματώματα η έκφραση του Arp2 στην περιφέρεια απουσιάζει, σε αντίθεση με τα κύτταρα τα οποία εκτείνουν ψευδοπόδια. Επιπλέον, η έντονη και πολωμένη πυρηνική και περι-πυρηνική εντόπιση σε ορισμένες από τις κυτταρικές σειρές σε αντίθεση με τα NHEK ίσως παρουσιάζει ενδιαφέρον ως προς τη ρύθμιση της μεταγραφικής δραστηριότητας, με δεδομένη την πρόσφατη παρατήρηση της αλληλεπίδρασης του Arp2/3 με την RNA-Πολυμεράση II στον πυρήνα.

27 ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΗΣ ΟΔΟΥ mTOR ΣΕ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Αρβαντιδού Ι.Ε.¹, Νικητάκης Ν.¹, Βλαχοδημητρόπουλος Δ.², Ρασιδάκης Γ³, Σκλαβούου Αλ.¹

1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2. Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ 3. Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η οδός μετάδοσης σήματος PI3K/Akt/mTOR διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση βασικών λειτουργιών του κυττάρου, όπως επιβίωση, αύξηση, πολλαπλασιασμός και μεταβολισμός. Κομβικό μόριο στη σηματοδοτική αλληλουχία είναι το mTOR, μία ενδοκυττάρια κίνηση σερίνης/θρεονίνης που αντιλαμβάνεται αλλαγές σε επάρκεια θρεπτικών συστατικών, ενέργειας και αυξητικών παραγόντων. Ο ρυθμιστικός του ρόλος έγκειται στην αγγειογένεση, την κυτταρική αύξηση και το μεταβολισμό. Μεταξύ των στόχων του mTOR συμπεριλαμβάνεται το pS6k, μία ριβοσωμικής κίνηση που ελέγχει την πρωτεϊνική σύνθεση πριν το κύτταρο εισέλθει στη φάση S του κυτταρικού κύκλου. Διαταραχή στη λειτουργία του mTOR οδηγεί σε απώλεια ελέγχου της κυτταρικής αύξησης και του μεταβολισμού και εμπλέκεται στην ογκογένεση. Πρόσφατες μελέτες συνδέουν την ανάπτυξη του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος του στόματος με υπερλειτουργία του mTOR.

ΣΚΟΠΟΣ: Διερευνήθηκε η ενεργοποίηση του mTOR σε προκαρκινικές βλάβες του στόματος. Για το σκοπό αυτό συγκεντρώθηκαν 39 περιπτώσεις βλαβών από διάφορες θέσεις του στοματικού βλεννογόνου με κλινική διάγνωση λευκοπλακίας, οι οποίες διαγνώστηκαν ιστολογικά ως υπερπλασίες (11 περιπτώσεις) και δυσπλασίες χαμηλού, μετρίου και έντονου βαθμού (28 περιπτώσεις συνολικά). Πραγματοποιήθηκε ανοσοϊστοχημική χρώση για το μόριο pS6k η έκφραση του οποίου μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης του βαθμού ενεργοποίησης του mTOR. Μελετήθηκε η έκφραση του pS6k στις διάφορες στιβάδες του επιθηλίου και αξιολογήθηκε το ποσοστό των θητικών κυττάρων (0-3), η ένταση της χρώσης (0-3) και το συνολικό σκορ (0-6).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε όλες τις μελετώμενες περιπτώσεις παρατηρήθηκε θητική χρώση για το pS6k με διαφορές στο ποσοστό, στην ένταση και στο συνολικό σκορ. Η στατιστική ανάλυση έδειξε αυξημένη έκφραση (ποσοστό θητικών κυττάρων και συνολικό σκορ) του pS6k στις δυσπλασίες σε σχέση με τις υπερπλασίες σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($p=0.02$). Επίσης, το ποσοστό των θητικών κυττάρων σε κάθε στιβάδα ξεχωριστά ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο ($p\leq 0.05$) στις δυσπλασίες σε σχέση με τις υπερπλασίες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η έκφραση του pS6k ως δείκτη ενεργοποίησης του mTOR είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερη στις δυσπλασίες σε σχέση με τις υπερπλασίες του στοματικού βλεννογόνου, εύρημα που ενδεχομένως εμπλέκει τη συγκεκριμένη σηματοδοτική οδό στον παθογενετικό μηχανισμό προκαρκινικών βλαβών του στόματος.

28 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΟΓΚΟΓΟΝΩΝ ΥΠΟΤΥΠΩΝ ΤΟΥ ΙΟΥ HPV ΣΕ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Νικητάκης Ν.¹, Μποζιάρη Π.¹, Ρασιδάκης Γ², Σκλαβούου Α.¹

1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ 2. Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Αν και αρκετές μελέτες έχουν καταδείξει την παρουσία των ιών HPV τόσο στο φυσιολογικό βλεννογόνο του στόματος όσο και σε ποικίλες νεοπλασματικές και μη βλάβες, η συχνότητα ανεύρεσης και ο ρόλος των ογκογόνων στελεχών του ιού HPV σε προκαρκινικές βλάβες του στόματος δεν είναι πλήρως αποσαφηνισμένος.

Υλικό-Μέθοδος: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 32 περιπτώσεις προκαρκινικών βλαβών του στόματος με κλινική εικόνα λευκοπλακίας οι οποίες διαγνώστηκαν ιστοπαθολογικά στο Εργαστήριο Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ. Οι ιστοπαθολογικές εκθέσεις, τα παραπεμπτικά, τα αντίστοιχα πλακίδια και οι κύβοι παραφίνης συλλέχθηκαν από το αρχείο του εργαστηρίου. Καταγράφηκαν τα επιδημιολογικά και κλινικά στοιχεία, ενώ επανεξετάστηκαν τα παρασκευάσματα για επιβεβαίωση της παρουσίας και του βαθμού δυσπλασίας. Πραγματοποιήθηκε in situ υβριδισμός με ανιχνευτές για 13 ογκογόνα στελέχη του ιού HPV, συμπεριλαμβάνοντας τους HPV 16 και 18, και συσχετίστηκε η παρουσία τους με την παρουσία και το βαθμό δυσπλασίας.

Αποτελέσματα: Το 53% (17/32) του συνόλου των μελετώμενων βλαβών βρέθηκε θητικό για παρουσία ογκογόνων στελεχών του HPV, τα οποία εντοπίζονταν στη βασική, παραβασική και κατά μήκος τουλάχιστον των 2/3 της ακανθωτής στιβάδας. Μεταξύ των υπερπλασιών 4/11 (36%) βρέθηκαν θητικές για HPV σε σύγκριση με 13/21 (62%) θητικές περιπτώσεις δυσπλασιών. Σε σχέση με το βαθμό δυσπλασίας, το ποσοστό των θητικών για HPV περιπτώσεων ήταν 60%, 100% και 14,3% για δυσπλασίες ήπιου, μετρίου και έντονου βαθμού, αντίστοιχα. Στατιστική ανάλυση έδειξε συχνότερη παρουσία των ογκογόνων στελεχών του HPV στις ήπιου και μετρίου βαθμού δυσπλασίες συγκριτικά με τις υπερπλασίες σε βαθμό στατιστικά σημαντικό ($p=0,01$).

Συμπέρασμα: Η παρουσία ογκογόνων στελεχών του ιού HPV σε σημαντικό ποσοστό προκαρκινικών βλαβών του στόματος, όπως και η συσχέτιση με την παρουσία και το βαθμό της δυσπλασίας, υποδηλώνουν την πιθανή ογκογόνο δράση του HPV στα αρχικά στάδια της καρκινικής εξαλλαγής του επιθηλίου του στοματικού βλεννογόνου.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΟΓΚΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ P53 ΚΑΙ P21 ΣΕ ΙΝΟΒΛΑΣΤΕΣ ΤΟΥ ΣΤΡΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΚΑΙ ΛΕΥΚΟΠΛΑΚΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ

29

^{1,3}Χατζηστάμου Ι., ¹Τρίμης Γ., ²Κιάρης Ι., ³Κίττας Χ., ¹Σκλαβούνου Α.

1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, 2. Εργαστήριο Βιοχημείας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, 3. Εργαστήριο Ιστολογίας και Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Κατά την καρκινογένεση, παράλληλα με τις μοριακές αλλοιώσεις που υφίστανται τα καρκινικά κύτταρα, γίνεται και μετασχηματισμός των κυττάρων του στρώματος και συγκεκριμένα των ινοβλαστών. Έτσι οι ινοβλάστες του στρώματος υιοθετούν συγκεκριμένα γνωρίσματα, τόσο σε μοριακό όσο και μορφολογικό επίπεδο, γίνονται ινοβλάστες που συσχετίζονται με καρκίνο (cancer associated fibroblasts) και επάγουν την καρκινογένεση. Η παρουσία των συγκεκριμένων αυτών μοριακών αλλοιώσεων μόλις πρόσφατα άρχισε να ανιχνεύεται σε διάφορους καρκίνους του ανθρώπου, ενώ για τις κακοήθειες που αναπτύσσονται στην περιοχή του στόματος τα πειραματικά δεδομένα απουσιάζουν. Σε πρόσφατες μελέτες μας δείξαμε ότι η καταστολή της έκφρασης των γονιδίων p21 και p53 παρατηρείται σε ινοβλάστες καρκινικού στρώματος νεοπλασμάτων του μαστού και επάγει την καρκινογένεση.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη διερευνήσαμε την έκφραση των p53 και p21 ογκοκατασταλτικών γονιδίων ακανθοκυτταρικού καρκινώματος καθώς και λευκοπλακίες του στοματικού βλεννογόνου.

Μέθοδος: Η έκφραση των p21 και p53 γονιδίων μελετήθηκε με την ανοσοϊστοχημική μέθοδο σε 13 συνολικά ενδοεπιδηλιακά (in situ) και διηθητικά ακανθοκυτταρικά καρκινώματα και 21 λευκοπλακίες (υπερακανθωση, ήπια, μέτρια και ικανή δυσπλασία του επιδηλίου).

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε σποραδική έκφραση του p53 στα καρκινώματα, όχι όμως στις λευκοπλακίες συμφωνώντας με την άποψη ότι η διαφορική έκφραση του γονιδίου αυτού στους στρωματικούς ινοβλάστες παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Παράλληλα, η έκφραση του ογκοκατασταλτικού γονιδίου p21 ανιχνεύθηκε σε ινοβλάστες στρώματος παρακείμενους στα καρκινικά κύτταρα και ήταν ισχυρότερη τόσο σε ένταση όσο και σε ποσοστό θετικών κυττάρων στις λευκοπλακίες σε σχέση με τα καρκινώματα.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι αφενός το p53 και p21 ρυθμίζονται αναξάρτητα στους ινοβλάστες του στρώματος σε καρκινώματα του στόματος και αφετέρου ότι η προοδευτική μείωση της έκφρασης του p21 σχετίζεται με την ανάπτυξη της νόσου.

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

30

ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2001-2008

Προδρομίδης Γ, Βασιλοπούλου Ε, Νικητάκης Ν, Καραγεωργας Α, Σκλαβούνου Α.
Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λειτουργία ενός εξωτερικού ιατρείου στοματολογίας στα πλαίσια ενός μεγάλου νοσηλευτικού ιδρύματος προσφέρει τη δυνατότητα αντιμετώπισης ενός ευρέος φάσματος νοσολογικών οντοτήτων του στόματος με διαφορετική αιτιοπαθογένεια και κλινικά χαρακτηριστικά.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή όλων των περιστατικών που διαγνώστηκαν στο Εξωτερικό Ιατρείο Στοματολογίας του Νοσοκομείου Ευαγγελισμός κατά την περίοδο Μάρτιος 2001-Οκτώβριος 2008 με στόχο την ταξινόμηση και αξιολόγηση της συχνότητας εμφάνισης των διαφόρων νοσολογικών οντοτήτων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν τα αρχεία 1789 ασθενών οι οποίοι εξετάστηκαν κατά την περίοδο Μαρτίου 2001-Οκτωβρίου 2008 και οι βλάβες κατηγοριοποιήθηκαν με βάση την αιτιοπαθογένεια. Επίσης, καταγράφηκαν η ηλικία και το φύλο των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο σύνολο των 1789 ασθενών, οι άνδρες αντιστοιχούσαν σε 35,5% και οι γυναίκες σε 64,5%. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν τα 56 έτη. Βλάβες αντιδραστικής-τραυματικής αιτιολογίας παρατηρήθηκαν στο 17,9% των ασθενών και αποτέλεσαν την πιο συχνά απαντώμενη κατηγορία, με συχνότερη διάγνωση το τραυματικό ίκωμα. Τα νοσήματα ανοσολογικής αρχής αποτέλεσαν με τον ομαλό λειψήνα να αντιπροσωπεύει την πλειοψηφία των διαγνώσεων. Η καντιντίαση κατείχε τη συντριπτική πλειοψηφία (92,9%) ανάμεσα στις λοιμώξεις που προσβάλλουν το στοματικό βλεννογόνο, οι οποίες συνολικά αντιστοιχούσαν σε 11,6% των περιπτώσεων. Το 5,9% των ασθενών εμφάνιζε οντότητες δυσπλαστικής-αναπτυξιακής-κληρονομικής αρχής με κυριότερη τη γεωγραφική γλώσσα. Διάγνωση ακανθοκυτταρικού καρκινώματος τέθηκε στο 2,4% των ασθενών, ενώ καλοήγη νεοπλασμάτα (με συχνότερο το δηλώμα) καταγράφηκαν σε 3,2% των ασθενών. Προνεοπλασματικές βλάβες, κυρίως λευκοπλακία, εμφάνισε το 4% των ασθενών. Αλλεργικής αιτιολογίας βλάβες, με συχνότερες τις λειηνοειδείς αντιδράσεις, διαπιστώθηκαν στο 1,2%. Ξηροστομία και καυσalgία/γλωσσοδυνία/στοματοδυνία ανέφεραν το 5,6% και το 4,1% των ασθενών, αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στα περίπου 8 χρόνια λειτουργίας του εξωτερικού ιατρείου Στοματολογίας στο ΠΓΝ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» διαγνώστηκε και αντιμετωπίστηκε μια πληθώρα νοσημάτων της στοματικής κοιλότητας. Μεταξύ των ασθενών, παρατηρήθηκε υπεροχή των γυναικών, ενώ οι ηλικίες κυμαίνονταν σε ένα ευρύ φάσμα με τις μέσες και μεγαλύτερες να υπερτερούν. Οι βλάβες αντιδραστικής-τραυματικής αιτιολογίας αποτέλεσαν τη συχνότερα απαντώμενη κατηγορία, ενώ η συνηθέστερη νοσολογική οντότητα ήταν η καντιντίαση.

31 ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΑΘΟΓΕΝΗΤΙΚΟ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟ ΤΗΣ ΠΕΜΦΙΓΑΣ

Ανδρεάδης Α. Δ.,
Λέκτορας, Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ

Εισαγωγή: Η πέμφιγα αποτελεί σοβαρή, χρόνια, αυτοάνοση, πομφολυγώδη νόσο, που προσβάλλει τους βλεννογόνους και το δέρμα, με σημαντικότερη μορφή την κοινή πέμφιγα η οποία εκδηλώνεται συχνότατα στον βλεννογόνο του στόματος. Σε μικροσκοπικό επίπεδο, η απώλεια των διακυτταρικών επαφών οδηγεί σε εκτεταμένη καταστροφή της ακανθώτης στιβάδας (ακανθόλυση). Η παλαιότερη και πλέον διαδεδομένη θεωρία για τον παθογενετικό μηχανισμό της πέμφιγας προτείνει την στοχευμένη, άμεση επίδραση αυτο-αντισωμάτων έναντι των δεσμοσωματικών μεμβρανικών υποδοχέων δεσμογλείνη 1 και 3, που υφίστανται στερεοδομική μεταβολή και αποσύνδεση από αντίστοιχους υποδοχείς γειτονικών κυττάρων. Νεώτερα όμως ερευνητικά δεδομένα αναδεικνύουν την πολυπλοκότητα της αιτιοπαθογένειας της πέμφιγας, όχι μόνο λόγω της ανεύρεσης αυτό-αντισωμάτων και έναντι μη δεσμοσωματικών μεμβρανικών υποδοχέων (E-κακτηρίνη, υποδοχείς ακετυλοχολίνης, πεμφαζίνες), αλλά κυρίως εξαιτίας της διαπίστωσης πληθώρας σημαντικών ενδοκυττάρων βιοχημικών/μοριακών μεταβολών στα επιθηλιακά κύτταρα, όπως: η δράση πρωτεολυτικών ενζύμων μέσω του συστήματος ενεργοποίησης του πλασμινογόνου και του αντίστοιχου -τύπου ουροκινάσης- υποδοχέα του (uPA/uPAR), η αύξηση των ενδοκυττάρων ιόντων ασβεστίου και η δραστηριοποίηση της 1,4,5-τριφωσφορικής ινοσιτόλης μέσω της φωσφολιπάσης C και της πρωτεϊνικής κινάσης C. Η συμμετοχή άλλων κινασών, όπως η τυροσινική Src, και η p38MAPK, αλλά και των πρωτεϊνών «εν θερμώ» αντίδρασης HSP27 & 25, ή αντίθετα η απενεργοποίηση μελών της οικογένειας των Rho-GTPασών επίσης διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο. Επιπλέον, η ενεργοποίηση του υποδοχέα EGFR, ή η διάδοση ενδοκυττάρων μηνυμάτων δια μέσω της πλακογλοβίνης και της β-κατενίνης, τελικά συντελούν στην αύξηση της δραστηριότητας του γονιδίου c-myc και άλλων ρυθμιστών του κυτταρικού κύκλου, όπως η κινάση 2 της κυκλίνης (cdk2). Τέλος καταλυτικός είναι και ο ρόλος του προγραμματισμένου κυτταρικού θανάτου – απόπτωσης, όπως δείχνουν μελέτες για την δραστηριοποίηση του συστήματος Fas/FasL και των κασπασών.

Σκοπός της παρουσίασης είναι η παράθεση και κριτική αξιολόγηση των σημαντικότερων σύγχρονων ερευνητικών δεδομένων, αλλά και των θεραπευτικών προοπτικών, σε σχέση με εφαρμογή νέων σκευασμάτων, που δρουν στοχευμένα έναντι συγκεκριμένων απορρυθμισμένων κυτταρικών ή ανοσολογικών μηχανισμών ή μορίων στην πέμφιγα.

32 ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΟΥΛΩΝ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΜΥΕΛΟΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ

Ανδρικοπούλου Μ, Κοντοπίδης Ι, Νικητάκης Ν, Σκλαβούου Α.
Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Οι οξείες λευχαιμίες είναι κακοήθη νεοπλασματικά νοσήματα του αίματος και αποτελούν το 2,5% των καρκίνων στις Η.Π.Α. Προκύπτουν από κακοήθεις κλώνους που προέρχονται από αιμοποιητικά προγονικά κύτταρα (stem cells) του μυελού των οστών, χωρίς ικανότητα διαφοροποίησης και ωρίμανσης. Όταν η κακοήθης εξαλλαγή αφορά στο λεμφικό προγονικό κύτταρο προκύπτει η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία ενώ όταν αφορά στο αιμοποιητικό προγονικό κύτταρο προκύπτει η οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία. Η κλινική εικόνα των οξείων λευχαιμιών δεν είναι ειδική και είναι αποτέλεσμα της ανεπαρκούς αιμοποίησης του μυελού των οστών και της διήθησης των διαφόρων οργάνων από τα λευχαιμικά κύτταρα. Στοματικές εκδηλώσεις παρατηρούνται σε ποσοστό έως και 80% των οξείων λευχαιμιών, ενώ μπορούν να αποτελούν και την πρώτη εκδήλωση του γενικού νοσήματος.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 58 ετών παρουσίασε προδευτική διόγκωση των ούλων διάρκειας ενός μήνα, καθώς και δυσχέρεια κατά τη μάσηση και την ομιλία και αυτόματες ουλορραγίες. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε διάχυτη, πολύλοβη διόγκωση των ούλων, ζυμώδους σύστασης κυρίως στην περιοχή της πρόσθιας υπερώας. Επίσης, διαπιστώθηκε δεξιά αιμορραγική αμυγδαλή και διόγκωση ομόπλευρου τραχηλικού λεμφαδένα. Εξωστοματικά παρατηρήθηκε ωχρότητα του προσώπου. Οι εργαστηριακές εξετάσεις αποκάλυψαν λευκοκυττάρωση, αναιμία και θρομβοπενία ενώ ο λευκοκυτταρικός τύπος χαρακτηριζόταν από παρουσία άτυπων λευκών αιμοσφαιρίων σε ποσοστό 95%. Με βάση τα ανωτέρω η ασθενής παραπέμφθηκε στον ειδικό αιματολόγο για περαιτέρω διερεύνηση με σαφείς ενδείξεις λευχαιμίας. Ακολούθησε οστεομελική βιοψία και τέθηκε η διάγνωση της οξείας μυελομονοκυτταρικής λευχαιμίας.

Συμπεράσματα: Η στοματική κοιλότητα αποτελεί, σε σημαντικό ποσοστό, πεδίο εκδήλωσης της οξείας λευχαιμίας, είτε με τη μορφή της διάχυτης διόγκωσης των ούλων ή με εντοπισμένη διήθηση των βλεννογόνων και των οστών από τα λευχαιμικά κύτταρα, όπως και με συνοδά σημεία αιμορραγικής διάθεσης και ελκώσεων. Οι στοματικές βλάβες συχνά αποτελούν την πρώτη και μοναδική εκδήλωση της νόσου.

Η διαφορική διάγνωση της γενικευμένης διόγκωσης ούλων, πέρα από τη λευχαιμία, περιλαμβάνει την υπερπλαστική ουλίτιδα λόγω τοπικών ή ορμονικών παραγόντων, την κληρονομική ινωμάτωση των ούλων, συστηματικά νοσήματα (όπως κοκκιωματώση Wegener, σκροβούτο κ.ά) και τη χρήση φαρμάκων (όπως αντιεπιληπτικά, ανοσοκατασταλτικά και αναστολείς διαύλων ασβεστίου). Επιβάλλεται επομένως, σε κάθε περίπτωση διόγκωσης ούλων, η οξεία λευχαιμία να λαμβάνεται υπόψη με στόχο την έγκαιρη παραπομπή του ασθενούς και την άμεση και αποτελεσματική θεραπεία.

33 ΣΥΦΙΛΙΔΙΚΑ ΕΛΚΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΩΝ – ΔΕΡΜΑΤΟΣ

¹Ναούμ Χ., ²Εμμανουήλ Π.

1. Δερματολογικό τμήμα Π.Γ.Ν. "ο Ευαγγελισμός", 2. Δερματολογικό τμήμα Γ. Ν. Παίδων Πεντέλης

Η Σύφιλη είναι λοιμώδης νόσημα (ωχρά σπειροχάιτη), το οποίο μεταδίδεται είτε συγγενώς, είτε επίκτητα μέσω σεξουαλικών επαφών και μολυσμένων συριγγών. Έχει οξεία και χρόνια πορεία ανάλογα με την κλινική της εικόνα και προκαλεί ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και βλαβών σε όλα τα όργανα του σώματος. Η ποικιλία των συμπτωμάτων είναι δυνατόν να οδηγήσει σε σύγχυση μπερδεύοντάς το με άλλα νοσήματα (άφδες, ανεμοβλογιά), είτε εξαφανίζοντας το αρχικό στάδιο. Για τούτο παρουσιάζουμε αυτήν την μελέτη με σκοπό να τονίσουμε τις διαφορετικές βλάβες, που εμφανίζονται στο βλεννογόνο του στόματος, των γεννητικών οργάνων αλλά και του δέρματος.

Κατά το παρελθόν η νόσος αντιμετώπιστηκε με υδράργυρο, αρσενικό, βισμούθιο και άλλα αναποτελεσματικά φάρμακα. Η χρήση των αντιβιοτικών μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο περιόρισε το νόσημα στοχεύοντας κατευθείαν στο αίτιο. Τις περασμένες δεκαετίες η συχνότητα της Σύφιλης μειώθηκε δραματικά.

Στην εποχή μας, η κοινή μετάδοση των σπειροχαιτών μαζί με τον ιό ανοσοανεπάρκειας επανέφερε το νόσημα στο προσκήνιο. Συχνότατα, η μετάδοση αφορά και τα δύο νοσήματα.

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε περιστατικά, στα οποία πρωτο-εμφάνισαν βλάβες στον βλεννογόνο στόματος-γεννητικών οργάνων αλλά και στο δέρμα. Εξετάζουμε τις κλινικές εικόνες, την διαφορο-διάγνωση και αναθεωρούμε την θεραπεία.

34 ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΟΝΟΥ ΣΥΦΙΛΗΣ ΜΕ ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

¹Σφακιανού Α., ²Νούτσος Κ., ³Ανδρικοπούλου Μ., ⁴Σκλαβούνου Α.

1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,

2. Δερματολογικό Τμήμα Π.Γ.Ν. "ο Ευαγγελισμός", 3. Προπτυχιακή φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σύφιλη αποτελεί σεξουαλικώς μεταδιδόμενο νόσημα που οφείλεται στην ωχρά σπειροχάιτη. Αν και η στρατηγική πρόληψης και τα προγράμματα ενημέρωσης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας επέφεραν τις προηγούμενες δεκαετίες ύφεση του επιπολασμού της νόσου και της εμφάνισης νέων κρουσμάτων, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ανάκαμψη πιθανώς οφειλόμενη στην χαλάρωση χρησιμοποίησης μέτρων προφύλαξης αλλά και στην μετακίνηση πληθυσμιακών ομάδων.

Η σύφιλη ανάλογα με τη διάρκεια της λοίμωξης και την κλινική της εικόνα σταδιοποιείται σε πρωτόγονο, δευτερόγονο, λανθάνουσα, τρίτογονο και συγγενή. Η στοματική κοιλότητα είναι δυνατόν να αποτελεί πεδίο εκδηλώσεων σε όλα τα στάδια της σύφιλης, με ποικίλη κλινική εικόνα.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης δευτερογόνου σύφιλης με στοματικές και δερματικές βλάβες, οι οποίες οδήγησαν στην πρώιμη διάγνωση της νόσου.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ασθενής ηλικίας 36 ετών παραπέμφθηκε από το Τμήμα Λοιμώξεων του Ευαγγελισμού στο Στοματολογικό Τμήμα, παραπονούμενος για επώδυνες ελκώσεις στο στόμα και τα χείλη, που συνοδεύονταν από δυσφαγία, πυρετική κίνηση, καταβολή δυνάμεων και υπερκερατωσικές βλάβες στα πέλματα. Στη διαφορική διάγνωση συμπεριλήφθησαν μεταξύ άλλων πομφολυγώδη και λοιμώδη νοσήματα, εν τω βάθει μυκητίαση και ερπητολοίμωξη σε έδαφος ανοσοκαταστολής. Πραγματοποιήθηκε βιοψία από την περιοχή του άνω χείλους η οποία έδειξε παρουσία αγγειίτιδας και ο ασθενής παραπέμφθηκε για ορολογικό έλεγχο, καθώς και στο Δερματολογικό Τμήμα για αξιολόγηση των δερματικών βλαβών. Τα αποτελέσματα οδήγησαν στη διάγνωση δευτερογόνου σύφιλης και ο ασθενής υποβλήθηκε σε θεραπεία με βενζαθενική πενικιλίνη. Τρεις εβδομάδες μετά ο ασθενής ήταν ελεύθερος νόσου.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Συζητούνται η κλινική εικόνα και η διαφορική διάγνωση των στοματικών εκδηλώσεων σε όλα τα στάδια της συφιλιδικής λοίμωξης. Λαμβάνοντας υπόψη ότι οι βλάβες της σύφιλης εμφανίζονται στη στοματική κοιλότητα, ο σύγχρονος οδοντίατρος οφείλει να είναι ενήμερος των παθολογικών αυτών σημείων και να συμπεριλαμβάνει τη νόσο στη διαφορική διάγνωση βλαβών με παρόμοια κλινική εικόνα.

ΝΕΚΡΩΤΙΚΕΣ ΕΛΚΩΔΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ:

35 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Παυλάτου Α., Καρούσης Ι., Κουτσοχρήστου Β., Τσάμη Α.
Εργαστήριο Περιοδοντολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Η παρουσία των νεκρωτικών ελκώδη βλαβών ιδιαίτερα στην εφηβική ηλικία αποτελεί μία ιδιαίτερη κατάσταση τόσο στα κλινικά χαρακτηριστικά που αυτές εμφανίζονται όσο και στον τρόπο προσέγγισής τους από τον θεράποντα οδοντίατρο. Η προσέγγιση αυτή πρέπει να είναι ενδελεχής, αρχής γινομένης από την σχολαστική λήψη του ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού μέχρι και τη θεραπεία τους, σχεδιασμένης με στόχο τη μακροχρόνια διατήρηση της περιοδοντικής υγείας.

Στην πλειοψηφία τους οι βλάβες αυτές εκδηλώνονται σε φλεγμαινόντες ουλικούς ή περιοδοντικούς ιστούς και σε μεγάλο βαθμό συσχετίζονται με ένα ιδιαίτερο ψυχοσωματικό προφίλ που έχουν οι ασθενείς. Χαρακτηριστικό και ταυτόχρονα όμως και καθοριστικό γεγονός, είναι η περιορισμένη «αντίσταση» κάθε ατόμου σε ιδιαίτερα στρεσογόνα γεγονότα που συμβαίνουν σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους της ζωής του όπως εξετάσεις, σοβαρά προβλήματα υγείας, απώλεια συγγενικών ή και φιλικών του προσώπων, κ.α.

Όμως οι βλάβες αυτές συνδυάζονται και με την συνύπαρξη γενικών νοσημάτων που χαρακτηρίζονται από σημαντικό βαθμού ανοσοκαταστολή, ενώ τα τελευταία χρόνια, όλο και πιο συχνά, η παρουσία των βλαβών αυτών συσχετίζεται και με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, κύρια κοκαΐνης.

Στην παρουσίαση αυτή θα αναλυθούν όλες αυτές οι καταστάσεις που εκδηλώνονται με παρόμοια κλινική εικόνα, εκείνης των νεκρωτικών ελκώδη βλαβών αλλά έχουν διαφορετική αιτιολογία και συνεπώς, διαφορετικό τρόπο προσέγγισης. Η ανάλυση αυτή θα γίνει με την επισήμανση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών κάθε μιας εξ αυτών, χαρακτηριστικά που πρέπει να αξιολογούνται από τον θεράποντα οδοντίατρο με ακριβεία προκειμένου να οδηγήσουν στην ορθή διάγνωση και θεραπεία.

36 ΟΥΡΑΙΜΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Κοντοπίδης Ι, Ανδρικοπούλου Μ, Τιτανίδης Σ, Νικητάκης Ν, Σκλαβούνου Α.
Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η ουραιμική στοματίτιδα αποτελεί σπάνια επιπλοκή της ουραιμίας, στα πλαίσια προχωρημένης νεφρικής ανεπάρκειας. Παρουσιάζεται με συμπτώματα από το στοματικό βλεννογόνο, όπως αίσθημα καύσου των χειλέων και του στόματος, ξηροστομία και μεταλλική γεύση. Κλινικά, παρουσιάζονται προσκολλημένες λευκοπές πλάκες στο βλεννογόνο της γλώσσας, των παρειών, των χειλέων και του εδάφους του στόματος, καθώς και στην οπισθογόμφια περιοχή. Οίδημα ούλων και στοματικού βλεννογόνου μπορεί να συνυπάρχει.

Η αιτιολογία της ουραιμικής στοματίτιδας είναι εν πολλοίς άγνωστη. Σύμφωνα με την επικρατέστερη θεωρία, αποδίδεται σε χημικό ερεθισμό από την αμμωνία και τα προϊόντα διάσπασης της ουρίας του σιέλου από την ουρέαση των βακτηρίων. Άλλες θεωρίες υποστηρίζουν ότι η ουραιμική στοματίτιδα οφείλεται σε αιμορραγική διάθεση λόγω ουραιμίας, σε βακτηριακή επιμόλυνση των προσβεβλημένων ιστών, καθώς και σε διαταραχές του ανοσοακού συστήματος σχετιζόμενες με την ουραιμία.

Η θεραπεία της βασίζεται στη βελτίωση της συνυπάρχουσας νεφρικής ανεπάρκειας. Μπορεί να συνδυαστεί με στοματικές πλύσεις με υπεροξειδίου του υδρογόνου, τοπικά αντισηπτικά, αναλγητικά, αντιμικροβιακά και αντιμυκητιασικά, καθώς και με αυξημένη πρόσληψη υγρών και αφαίρεση της τρυγίας των δοντιών.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας, 54 ετών, παρουσιάσθηκε με δύσοσμη απόπνοια, μεταλλική γεύση (δυσγευσία) και αίσθημα καύσου στο στόμα. Έπασχε από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, υποβαλλόμενος συστηματικά σε αιμοκάθαρση και ήταν υποψήφιος για μεταμόσχευση νεφρού. Επίσης, λάμβανε ατορβαστατίνη για την αντιμετώπιση υπερχοληστερολαιμίας.

Η κλινική εξέταση αποκάλυψε στερεά προσκολλημένες λευκές πλάκες που εντοπιζόνταν στο βλεννογόνο των παρειών και στα πλάγια χείλη της γλώσσας αμφοτερόπλευρα. Διαπιστώθηκε επίσης απόπνοια αμμωνίας. Σύμφωνα με το ιστορικό του ασθενούς, εβδομαδιαία τοπική χορήγηση αλοιφής μικοναζόλης 2% δεν επέφερε καμία βελτίωση.

Διενεργήθηκε εκλεκτική βιοψία των βλαβών η οποία ανέδειξε μη ειδικά ευρήματα, όπως ακάνθωση του επιθηλίου με υπερπλασία της βασικής στιβάδας, εκφυλισμένα κερατινοκύτταρα και μη φυσιολογική απόπτωση των επιφανειακών κυττάρων της κερατίνης στιβάδας.

Συμπέρασμα: Η διάγνωση της ουραιμικής στοματίτιδας βασίζεται κατά κύριο λόγο σε κλινικά κριτήρια και μπορεί να προκαλέσει σημαντικές δυσκολίες, καθώς οι κλινικές της εκδηλώσεις μιμούνται την εικόνα άλλων, πιο συχνών νοσημάτων, που προσβάλλουν επίσης το στοματικό βλεννογόνο. Επίσης, τα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά δεν είναι συγκεκριμένα ή παθογνωμονικά, αν και μπορούν να βοηθήσουν στον αποκλεισμό άλλων παθήσεων. Το ιστορικό νεφρικής ανεπάρκειας και η απόπνοια αμμωνίας αποτελούν συχνά τα στοιχεία που θα οδηγήσουν τον κλινικό γιατρό στην υποψία της ύπαρξης ουραιμικής στοματίτιδας.

Ή Παπαστεριάδη Χρ., Ή Τάρωση Αικ, Ή Αθανασιάδης Θ., Ή Κουνιάκη Δ., Ή Ξανθινάκη Α., Ή Τσιρογιάννη Α., Ή Κίτσιου Β., Ή Σκλαβούνου Α. Ή Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. "ο Ευαγγελισμός", 2. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Η κοινή πέμφιγα (Pemphigus vulgaris-PV), μια χρόνια βλεννοδερματική αυτοάνοσος νόσος, χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη αυτοαντισωμάτων έναντι δεσμογλεΐνης 3 (Dsg3), ενώ πολλές φορές συνυπάρχουν και αυτοαντισώματα έναντι δεσμογλεΐνης 1 (Dsg1).

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη των HLA αντιγόνων σε Έλληνες ασθενείς με PV και ο έλεγχος πιθανής συσχέτισής τους με αντισώματα έναντι δεσμογλεΐνης, δεδομένου ότι η PV έχει συσχετισθεί με HLA αλληλία σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες.

Ασθενείς και μέθοδοι: Σε α) 21 ασθενείς (15 γυναίκες και 6 άνδρες) με κλινικά και εργαστηριακά διαγνωσμένη PV και β) 105 υγιείς μάρτυρες, προσδιορίστηκαν τα HLA τάξης I (-A, -B, -Cw) και II (-DR, -DQ) αντιγόνα με μοριακές τεχνικές (low- & high-resolution). Παράλληλα μελετήθηκε η παρουσία αυτοαντισωμάτων έναντι Dsg1 και Dsg3 με έμμεσο ανοσοφθορισμό και ELISA.

Αποτελέσματα: Στους ασθενείς παρατηρήθηκε αυξημένη συχνότητα των α) HLA-DRB1*04 (57,14% vs 19,14%, $\chi^2=16,43$, OR=8,10) και ειδικότερα του -DRB1*0402 (47,62% vs 1,9%, $\chi^2=26,11$, OR=17,82), β) -DRB1*14 (47,62 vs 9,09%, $\chi^2=16,52$, OR=9,09) και ιδιαίτερα του -DRB1*1401 (47,62% vs 2,9%, $\chi^2=32,54$, OR=30,30), γ) -DQB1*0302(DQ8) (57,14% vs 10,10%, $\chi^2=22,56$, OR=11,87) και δ) -DQB1*0503 (47,62% vs 2,9%, $\chi^2=23,76$, OR=30). Όλοι οι ασθενείς με DR4 (ανεξαρτήτως υποτύπου) τυποποιήθηκαν ως -DBQ1*0302 θετικοί. Ανάλυση των HLA αντιγόνων σε σχέση με τα αντι-Dsg αντισώματα έδειξε ότι όλοι οι ασθενείς, στους οποίους ανιχνεύθηκαν αντι-Dsg1 & Dsg3 αντισώματα, έφεραν τον απλότυπο HLA-DRB1*1401/DQB1*0503, ενώ κανένας από τους ασθενείς με αντι-Dsg3 αντισώματα δεν έφερε τον απλότυπο αυτό.

Συμπερασματικά: 1) στον Ελληνικό πληθυσμό, όπως και σε άλλους Καυκάσιους, η γενετική επιδεκτικότητα στην PV συσχετίζεται με τους απόλυτους HLA-DRB1*0402/DQB1*0302 και DRB1*1401/DQB1*0503, 2) μόνο τα HLA-DRB1*1401 ή/και -DQB1*0503 μόρια μπορούν να παρουσιάσουν τα αυτοαντιγόνα Dsg1 και Dsg3 και έτσι ερμηνεύεται η υποομάδα της PV με συγκεκριμένα κλινικοεργαστηριακά χαρακτηριστικά. Επιβεβαιώνεται έτσι η γενετική επιδεκτικότητα στην PV και δίδονται χρήσιμες πληροφορίες για τους ανοσοπαθογενετικούς μηχανισμούς και την διάκριση των υποομάδων της νόσου.

38 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJÖGREN

Τσιρογιάννη Αλ., Σουφλερός Κ., Σφουντούρης Χ., Αντωνάκης Γ., Ρουσάκης Ευθ., Καραφέρη Αικ., Παπαστεριάδη Χρ.
1. Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. "ο Ευαγγελισμός", 2. Ρευματολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. "ο Ευαγγελισμός"

Το σύνδρομο Sjögren (σ.Σ), μια συχνή νόσος του συνδετικού ιστού, χαρακτηρίζεται κλινικά από ξηροστομία και ξηροφθαλμία. Στην πρώιμη φάση της νόσου, η διάγνωση του σ.Σ είναι δυνατόν να διαφύγει καθώς συνήθεις ανοσολογικοί παράμετροι, αντιπυρηνικά (ANA), αντι-Ro, αντι-La, ρευματοειδής παράγοντας (RF), δεν προσφέρουν τη δυνατότητα διαφορικής διάγνωσης από άλλα αυτοάνοσα νοσήματα. Τα αντισώματα έναντι alpha-fodrin μελετώνται τελευταία σε ασθενείς με σύνδρομο Sjögren.

Σκοπός: Ανίχνευση και μελέτη αντισωμάτων έναντι α-fodrin τάξης IgA και IgG και σύγκριση τους με την παρουσία αντι-Ro και αντι-La αντισωμάτων στο σύνδρομο Sjögren.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Στον ορό 40 ασθενών με πρωτοπαθές σ.Σ, 20 με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (ΣΕΛ), 20 με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (Ρ.Α) και 20 υγιών ατόμων (Φ.Μ.) μελετήθηκαν τα αυτοαντισώματα: ANA, αντι-Ro, αντι-La, RF και έναντι α-fodrin, με μέθοδο ELISA, χρησιμοποιώντας ανασυνδιασμένη ανθρώπινη fodrin ως αντιγόνο.

Αποτελέσματα: Παρουσιάζονται στους πίνακες

Ομάδες	ANA		RF		αντι-Ro		αντι-La		α-fodrin IgA		α-fodrin IgG	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
σ. Σ	38	95	22	55	27	67,5	22	55	24	60	17	42,5
ΣΕΛ	20	100	4	20	14	70	11	55	2	10	0	0
Ρ.Α	18	90	13	65	10	50	6	30	2	10	1	5
Φ.Μ.	1	5	1	5	0	0	0	0	1	5	1	5

Ομάδες	ANA	RF	αντι-Ro	αντι-La	α-fodrin IgA	α-fodrin IgG
Ειδικότητα %	35	45	60	71,6	91,6	96,6
Ευαισθησία%	95	55	67,5	55	60	42,5

Οκτώ ασθενείς με σ.Σ αρνητικοί για αντι-Ro και αντι-La εμφάνισαν αντισώματα έναντι α-fodrin.

Συμπεράσματα: Τα IgA και IgG αντισώματα έναντι α-fodrin εμφανίζουν καλή ευαισθησία και υψηλή ειδικότητα στους ασθενείς με σ. Σjögren. Η παρουσία τους, ακόμα και επί αρνητικών αποτελεσμάτων των λοιπών ανοσολογικών παραμέτρων, τα αναδεικνύει ως πλέον αξιόπιστους δείκτες στη διαγνωστική προσέγγιση του συνδρόμου.

¹Λιναρδάκου Αικ., ²Κασιδώνη Ε., ³Δρούκας Β.

1. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στην Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου, 2. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στην Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου, 3. Καθηγητής στην Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Ο πόνος ως σύμπτωμα σε καρκινοπαθείς ασθενείς δεν έχει μια ενιαία αιτιολογία. Σε κάποιες περιπτώσεις προέρχεται από τον όγκο, σε κάποιες άλλες από την γενίκευση της νόσου και σε άλλες είναι αποτέλεσμα της θεραπευτικής αγωγής.

Ο πόνος που προέρχεται από τον όγκο οφείλεται κυρίως σε διήθηση ή συμπίεση των γειτονικών ιστών.

Ο πόνος από γενίκευση της νόσου προέρχεται κυρίως από κατάγματα.

Ενώ ο πόνος που προκαλείται ως επιπλοκή της αντικαρκινικής θεραπείας προέρχεται από:- έγχυση φαρμάκων τα οποία προκαλούν τοπικές βλάβες ή

- την ακτινοθεραπεία που μπορεί να προκαλέσει παροδικές ή μόνιμες βλάβες. Ο πόνος μετά από την ακτινοθεραπεία προέρχεται από ίνωση του συνδετικού ιστού και σε δευτεροπαθή βλάβη των νευρών. Άλλες παρενέργειες είναι δραματικές βλάβες, κοιλιακά άλγη, έμετοι, διάρροιες, δυσκοιλιότητα φλεγμονές.

- Η χημειοθεραπεία προκαλεί συχνά επώδυνες βλεννογονίτιδες.

- Τέλος οι χειρουργικές επεμβάσεις οδηγούν συχνά σε τραυματισμό ή σε καταστροφή των νεύρων της περιοχής με συνέπεια την εμφάνιση νευροπαθητικού - Στοματοπροσωπικού Πόνου.

Σκοπός αυτής της ομιλίας είναι η παρουσίαση και η συζήτηση επιλεγμένων περιστατικών από την Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου με κακοήθη νεοπλασμάτα στην περιοχή της κεφαλής και του αυχένα.

Η αντιμετώπιση ασθενών με Στοματοπροσωπικό Πόνο και δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος μετά από χειρουργικές επεμβάσεις ή χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία.



**ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗΣ ΟΓΚΟΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κοντογιάννη Ζ.¹, Τσιτλίδου Α.¹, Κατσούλης Δ.², Νομικός Α.¹, Δημόπουλος Ι.², Χορευτάκη Θ.¹
1. Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Γ.Ν.Α "Γ. Γεννηματάς" 2. Γναθοχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α "Γ. Γεννηματάς"

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός σπανίου περιστατικού αδενωματοειδούς οδοντογενούς όγκου (αδενοαμελοβλαστώματος) άνω γνάθου και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Υλικό-Μέθοδος: Ασθενής ηλικίας 18 ετών προσήλθε για οδοντιατρική εξέταση, η οποία αποκάλυψε κυστική αλλοίωση ακροριζικά των οδόντων. Παρελήφθη ακανόνιστου σχήματος, φαιό ιστοτεμάχιο διαστάσεων 1,1Χ0,6Χ0,3 cm. Κατά τις διατομές αναγνωρίστηκε κυστίδιο μείστης διαμέτρου 0,4 cm, με πάχος τοιχώματος έως 0,15 cm. Μικροσκοπικά παρατηρήθηκαν συμπαγείς επιθηλιακές αδροίσεις καθώς και ηθμοειδείς σχηματισμοί. Παρατηρήθηκαν επίσης πόροι επενδύσιμοι από κυβοειδή και κυλινδρικά κύτταρα, με εναπόθεση άμορφου υλικού στο υπόστρωμα. Τα κύτταρα δεν παρουσίαζαν ουσιώδη ατυπία ή μιτωτική δραστηριότητα.

Αποτελέσματα: Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα ετέθη διάγνωση αδενωματοειδούς οδοντογενούς όγκου (αδενοαμελοβλαστώματος).

Συμπεράσματα: Ο αδενωματοειδής οδοντογενής όγκος, αποτελεί σπάνιο καλόηθες νεόπλασμα που περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1905 από τον Steensland. Η αναλογία ανδρών/γυναικών είναι περίπου 2/1, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας είναι τα 13 έτη. Αφορά κυρίως την άνω γνάθο και κλινικά συνήθως παρουσιάζεται ως ανώδυνη διόγκωση. Προέρχεται από το οδοντογενές επιθήλιο και ενίοτε παρουσιάζει κυστική διαμόρφωση. Ιστολογικά παρατηρούνται πόροι ή αδενοειδείς σχηματισμοί επενδύσιμοι από κυβοειδή και κυλινδρικά κύτταρα, ενώ ενίοτε αναγνωρίζεται εναπόθεση άμορφου ηωσινόφιλου υλικού. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει κυρίως τις οδοντογενείς κύστεις. Η πρόγνωση είναι άριστη, ενώ εξαιρετικά σπάνια αναφέρονται υποτροπές.

ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΥΣΤΑΔΕΝΩΜΑ ΠΑΡΩΤΙΔΟΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σούκα Ε.¹, Διακάτου Ε.¹, Νομικός Α.¹, Πάππας Ζ.², Κακιοπούλου Γ.¹
1. Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Γ.Ν.Α "Γ. Γεννηματάς" 2. Ω.Ρ.Λ Κλινική Γ.Ν.Α "Γ. Γεννηματάς"

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός σπανίου περιστατικού θηλώδους κυσταδενώματος παρωτίδος και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Υλικό-Μέθοδος: Ασθενής ηλικίας 39 ετών προσήλθε με διόγκωση παρωτίδος από μηνός. Η βιοψία διά λεπτής αναρροφητικής βελόνης παρουσίασε ευρήματα συνηγορητικά υπέρ κυσταδενολεμφώματος παρωτίδος (όγκου Warthin), ο δε ασθενής υπεβλήθη κατόπιν σε τμηματική επιπολής παρωτιδεκτομή. Παρελήφθη τμήμα σιελογόνου αδένος διαστάσεων 4,6Χ3,4Χ2,1cm. Κατά τις διατομές αναγνωρίστηκε φαιός, συμπαγής κυρίως και εν μέρει κυστικός νεοπλασματικός όγκος μείστης διαμέτρου 2,2cm. Μικροσκοπικά αναγνωρίστηκαν κατά θέσεις θηλώδεις προσεκβολές με παρουσία αγγειοσυνδετικών αξόνων, ενώ ο ως άνω περιγραφείς όγκος παρουσίαζε εστιακά κυστικούς σχηματισμούς, πληρούμενους από ηωσινόφιλο υλικό, οι οποίοι επενδύονταν από ευμεγέθη κύτταρα, αρκετά εκ των οποίων με οξύφιλο κυτταρόπλασμα. Ο δείκτης κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki-67 ανευρέθη θετικός σε ποσοστό μικρότερο του 5% των νεοπλασματικών κυττάρων.

Αποτελέσματα: Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα ετέθη διάγνωση θηλώδους κυσταδενώματος παρωτίδος.

Συμπεράσματα: Το θηλώδες κυσταδένωμα των σιελογόνων αδένων αποτελεί σπάνιο καλόηθες νεόπλασμα. Αποτελεί περίπου το 4,5% του συνόλου των καλοήθων νεοπλασμάτων των σιελογόνων αδένων και εντοπίζεται στην παρωτίδα σε ποσοστό 45%. Εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες και η μέση ηλικία εμφάνισής του είναι τα 57 έτη. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει κυρίως το κυσταδενολέμφωμα (όγκος Warthin). Οι υποτροπές είναι σπάνιες, ενώ σπανιότατα παρατηρείται κακοήθης εξαλλαγή προς κυσταδενοκαρκίνωμα.

Ξανθινάκη Α., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Ο Ομαλός Λειχήνας του Στόματος (ΟΛΣ) είναι μία φλεγμονώδης νόσος ανοσολογικής αρχής που διαδράμει χρονίως με υφέσεις και εξάρσεις. Παρότι συνήθως είναι ασυμπτωματικός, η ατροφική και η διαβρωτική μορφή του ΟΛΣ μπορεί να προκαλέσουν σοβαρά συμπτώματα και να δυσχεράνουν τις λειτουργίες της στοματικής κοιλότητας.

Η αντιμετώπιση του ΟΛΣ συχνά ενέχει δυσκολίες για το στοματολόγο, δεδομένου ότι τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα για την αντιμετώπιση του ΟΛΣ δεν είναι ειδικά για τη νόσο και η αποτελεσματικότητά τους δεν είναι τεκμηριωμένη. Επιπρόσθετα, οι στοματικές βλάβες του Ομαλού Λειχήνα είναι ανθεκτικές στη θεραπεία, ειδικά στην τοπική, και έχουν την τάση να υποτροπιάζουν.

Κύριοι στόχοι της θεραπευτικής αντιμετώπισης του ΟΛΣ θεωρούνται η εξάλειψη των ατροφικών και διαβρωτικών βλαβών, η ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα και η ελάττωση του κινδύνου κακοήθους εξαλλαγής των βλαβών.

Κριτήρια επιλογής της κατάλληλης θεραπείας αποτελούν η κλινική μορφή, η έκταση και η εντόπιση των βλαβών, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η ηλικία και το επίπεδο της γενικής υγείας του ασθενούς. Δεδομένου ότι πρόκειται για μία ετερογενή ομάδα βλαβών, θεωρείται επιτακτική η ταξινόμηση των ασθενών σε υποομάδες με κοινά χαρακτηριστικά, προκειμένου να επιλεγεί το κατάλληλο θεραπευτικό πρωτόκολλο για κάθε υποομάδα.

Ο προσδιορισμός και η εξάλειψη των πολλαπλών παραγόντων που σχετίζονται αιτιολογικά με τη νόσο είναι καθοριστικής σημασίας, ενώ η θεραπεία με τοπικά ή συστηματικά κορτικοστεροειδή παραμένει η συνηθέστερη οδός για τον έλεγχο των συμπτωματικών βλαβών. Εξαιτίας του αυξημένου κινδύνου κακοήθους εξαλλαγής στις βλάβες του ΟΛΣ, επιβάλλεται η περιοδική επανεκτίμηση όλων των ασθενών με ΟΛΣ σε τακτά χρονικά διαστήματα, που διαφοροποιούνται ανάλογα με την εντόπιση και τη μορφολογία των βλαβών.

Ξανθινάκη Α., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Ο Ομαλός Λειχήνας του Στόματος (ΟΛΣ) θεωρείται σήμερα μια ανοσολογική αντίδραση που διαμεσολαβείται από τα Τ-λεμφοκύτταρα.

Η παθογενετική διεργασία ξεκινά με την επίδραση ενός εκλυτικού αιτίου (ιοί, βακτήρια, φάρμακα, κ.α.), που οδηγεί στην έκφραση του «αντιγόνου του ομαλού λειχήνα» στην επιφάνεια των επιθηλιακών κυττάρων της περιοχής της βλάβης. Ακολουθεί η παρουσίαση από τα κύτταρα του Langherhans του συμπλέγματος αντιγόνου-MHC στα CD8 και CD4 Τ-λεμφοκύτταρα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την πρόκληση Τ helper-1 ανοσολογικής απόκρισης και την ενεργοποίηση των CD8 Τ-λεμφοκυττάρων, με συνέπεια την απόπτωση των επιθηλιακών κυττάρων.

Στον παθογενετικό μηχανισμό συμμετέχουν ενεργά χυμοκίνες όπως τα Rantes, τα μόρια προσκόλλησης ICAM-1 και VCAM-1 και οι μεταλλοπρωτεϊνάσες του υποστρώματος. Τα μαστοκύτταρα διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο, συμμετέχοντας στην ενεργοποίηση, μετανάστευση, πολλαπλασιασμό και διαφοροποίηση των Τ-λεμφοκυττάρων. Η ενεργοποίηση του μεταγραφικού παράγοντα NF-kB συμβάλλει στη χρονιότητα και τις υποτροπές της νόσου.

Στην παθογενετική διεργασία του ΟΛΣ φαίνεται, τέλος, να εμπλέκεται και διαταραχή του ανοσοκατασταλτικού μηχανισμού της στοματικής κοιλότητας.

Καραθανάση Β, Τόσιος Κ, Σκλαβούνου Α
Εργαστήριο Στοματολογίας Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Το *Helicobacter pylori* έχει αναγνωριστεί ως η κύρια αιτία πρόκλησης χρόνιων παθήσεων του πεπτικού συστήματος, ενώ η λειτουργία της στοματικής κοιλότητας ως δεξαμενής του και η πιθανή συσχέτιση του με την ανάπτυξη παθήσεων του ανώτερου πεπτικού συστήματος έχει απασχολήσει τα τελευταία χρόνια τη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα. Στόχος της εργασίας είναι, η παρουσίαση των σύγχρονων πορισμάτων αναφορικά με τον αποικισμό της στοματικής κοιλότητας από το *Helicobacter pylori* και το ρόλο του στην ανάπτυξη στοματικών παθήσεων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και συλλογή και επεξεργασία των επιστημονικών άρθρων που αφορούσαν στον αποικισμό του στόματος από το *Helicobacter pylori* και στην πιθανή συσχέτιση του με την ανάπτυξη στοματικών νοσημάτων. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων του www.pubmed.com και οι λέξεις-κλειδιά: “*helicobacter pylori*”, “oral cavity *Helicobacter* inoculation”, “oral *helicobacter pylori* and oral diseases”, “oral *helicobacter pylori*-review”.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η στοματική κοιλότητα, και ειδικότερα το σάλιο και η οδοντική μικροβιακή πλάκα, έχει θεωρηθεί ως πιθανή δεξαμενή μόλυνσης και αναμόλυνσης του πεπτικού συστήματος από το *Helicobacter pylori*. Επίσης, έχει μελετηθεί ο ρόλος του στην πρόκληση κακοσμίας και καυσalgίας του στόματος, ατροφικής γλωσσίτιδας, συνδρόμου Sjogren, υποτροπιάζοντων αφθών και αλλοιώσεων του στοματικού βλεννογόνου με αντικρουόμενα αποτελέσματα. Θεωρείται όμως, πιθανή η έμμεση συμμετοχή του στην ανάπτυξη περιοδοντικών παθήσεων, μέσω μηχανισμών που διαταράσσουν τη στοματική μικροβιακή χλωρίδα. Επίσης, αναφέρεται ως συχνότερη και εντονότερη η στοματική εντόπιση του *Helicobacter pylori* σε περιοδοντικούς ασθενείς συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παραμένει αδιευκρίνιστο αν το *Helicobacter pylori* αποτελεί παθογόνο μικρόβιο της στοματικής κοιλότητας ή αν την αποικίζει προσωρινά μόνο υπό την επίδραση άλλων ρυθμιστικών παραγόντων. Επίσης, η καταγραφή των αντικρουόμενων ερευνητικών δεδομένων δημιουργεί την ανάγκη άμεσης διεξαγωγής καλά σχεδιασμένων μελετών βασισμένων σε σύγχρονες διαγνωστικές μεθόδους, ώστε να διευκρινιστεί η φύση του αποικισμού του στόματος από το *Helicobacter pylori* και η συσχέτιση του με την ανάπτυξη βλαβών του στοματικού βλεννογόνου.

Τσούνιας Β., Ξηριακός Ι., Λυκούδης Γ.
Κέντρο Γεροντοδοντιατρικών Μελετών – Αθήνα

Ο καρκίνος του στόματος είναι η πιο σοβαρή νόσος της στοματικής κοιλότητας και η επίπτωση του αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση της καταγραφής του καρκίνου του στόματος και των προκαρκινικών βλαβών σε ένα δείγμα 4136 ηλικιωμένων.

Υλικά και Μέθοδος: Ομάδα Υγείας, που αποτελούνταν από φοιτητές της οδοντιατρικής, νοσηλευτές κτλ, εδελοντές, μέλη του Κέντρου Γεροντοδοντιατρικών Μελετών, επισκέφτηκε 32 ΚΑΠΗ της ευρύτερης περιοχής της πρωτεύουσας και της υπαίθρου, για την καταγραφή των ιατρονοσηλευτικών και κοινωνικών προβλημάτων των ελλήνων ηλικιωμένων. Μετά από ομιλία για την στοματική υγεία και υγιεινή, που παρακολουθούσαν τα μέλη κάθε ΚΑΠΗ, όσοι επιθυμούσαν συμπλήρωναν ειδικό ερωτηματολόγιο και πραγματοποιούνταν οδοντοστοματολογικός έλεγχος.

Ευρήματα: Στα 32 ΚΑΠΗ που έχουμε επισκεφτεί μέχρι σήμερα εξετάσθηκαν συνολικά 4136 ηλικιωμένοι 60 ετών και άνω. Οι 2357 ήταν άντρες και οι 1779 γυναίκες. Από το σύνολο των 1269 βλαβών που εντοπίστηκαν στο στόμα, οι 95 χαρακτηρίστηκαν ως καρκίνος ή προκαρκινικές βλάβες. Ειδικότερα καταγράφηκαν 17 λευκοπλακίες, 75 ακτινικές χειλιτίδες και 3 καρκινικά έλκη. Από τις 95 βλάβες οι 88 εντοπίστηκαν σε άντρες και οι 7 σε γυναίκες. Στις 58 βλάβες οι ασθενείς άνηκαν στην ομάδα ηλικιών 60-70 έτη και οι 37 στην ομάδα 71-80 έτη. Μετά από τεκμηριωμένη παρακολούθηση, από τις 75 ακτινικές χειλιτίδες, οι 32 ακολούθησαν τις οδηγίες και προσήλθαν για βιοψία. Αντίστοιχα από τις 17 λευκοπλακίες, ο 9 υπέστησαν βιοψία και από τα 3 καρκινικά έλκη όλα. Από τις 44 ιστολογικές εξετάσεις, οι 25 (56%) υπέκρυπταν καρκίνο ή προκαρκινική βλάβη και αντιμετώπισθηκαν ανάλογα.

Συμπεράσματα: α) Είναι σημαντικό όλοι οι ηλικιωμένοι να υφίστανται ετήσιο έλεγχο. β) Οι ύποπτες κλινικά βλάβες πρέπει να παραπέμπονται για βιοψία, γιατί συχνά υποκρύπτουν κακοήθεια ή προκαρκινική βλάβη.

ΟΖΩΔΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΙΤΙΣ ΠΑΡΕΙΑΣ.

P7 ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.

Λεβέντης Μ., Γκουζιώτη Α., Βάρδας Ε., Χρυσομάλη Ε., Χατζηστάμου Ι., Σκλαβούνου Α.
Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Η οζώδης περιτονίτις ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως μια καλοήθης υπερπλαστική βλάβη των ινοβλαστών. Παρόλο που η αιτιοπαθογένειά της παραμένει άγνωστη, φαίνεται ότι πρόκειται για αυτοπεριοριζόμενη βλάβη, αντιδραστικής ή φλεγμονώδους φύσεως, παρά για αληθές νεόπλασμα. Λόγω της ταχείας ανάπτυξης, της μεγάλης κυτταροβρίθειας και της έντονης μιτωτικής δραστηριότητας που παρουσιάζει, συχνά συγχέεται με το σάρκωμα. Ως εκ τούτου, κρίνεται απαραίτητη η ακριβής διάγνωση, η οποία μπορεί να τεθεί μόνο μετά από ιστοπαθολογική εξέταση.

Η οζώδης περιτονίτις είναι μια σχετικά ασυνήθης παθολογική εξεργασία, η οποία πιο συχνά προσβάλλει τον κορμό και τα άνω άκρα. Σε ποσοστό 20% προσβάλλεται η περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου, ενώ στα παιδιά οι περιοχές αυτές είναι οι συχνότερα προσβαλλόμενες. Η ενδοστοματική εντόπιση της βλάβης είναι εξαιρετικά ασυνήθης.

Η βλάβη κλινικά εμφανίζεται σα μια καλά περιγεγραμμένη μάζα μαλθακής ή ελαστικής σύστασης, η οποία προσφύεται στέρεα σε υποκείμενους ιστούς και δομές. Μπορεί να αναφέρεται ιστορικό ευαισθησίας ή και πόνου στην περιοχή. Η βλάβη εντοπίζεται συνηθέστερα στον υποδόριο ιστό, τη μυϊκή περιτονία αλλά και ενδομυϊκά.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση μίας περίπτωσης οζώδους περιτονίτιδας στο βλεπνογόνο της δεξιάς παρειάς σε γυναίκα ηλικίας 50 ετών. Παράλληλα, γίνεται ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, περιγράφονται τα κλινικά, ιστολογικά και επιδημιολογικά γνωρίσματα της οζώδους περιτονίτιδας της στοματογναθοπροσωπικής περιοχής, και αναλύεται η αιτιοπαθογένεια, η διαφοροδιάγνωση και η θεραπευτική προσέγγιση των βλαβών αυτών.

ΑΥΤΟΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

P8 ΚΑΙ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΧΩΡΑ

Τόλη Μ., Ζάρρα Θ., Κολοκοτρώνης Α.
Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: ο όρος αυτοφλεγμονώδη νοσήματα προέκυψε κατά την μελέτη της αιτιοπαθογένειας ορισμένων κληρονομικών, εμπύρετων, με υποτροπιάζοντα χαρακτήρα νόσων και συνδρόμων. Ο όρος παραπέμπει στις νοσολογικές εκείνες οντότητες που χαρακτηρίζονται από αυτόματες εκδηλώσεις συστηματικών φλεγμονών. Σε αντίθεση με τα αυτοάνοσα νοσήματα, στα αυτοφλεγμονώδη δεν ανιχνεύονται αυτοαντισώματα στον οργανισμό του ασθενούς ούτε παρατηρείται αυτοενεργοποίηση των Τ-λεμφοκυττάρων, που σχετίζονται με τη νόσο. Στα αυτοφλεγμονώδη νοσήματα υπάγονται πολλές νοσολογικές οντότητες μεταξύ των οποίων ο οικογενής μεσογειακός πυρετός FMF, τα σύνδρομα TRAPS, HIDS, PFAPA, CINCA, Muckle-Wells κ.α.. Βασικό χαρακτηριστικό όλων αυτών των νοσημάτων είναι ο εντοπισμός γονιδιακής βλάβης πλην του συνδρόμου PFAPA, το γενετικό υπόβαθρο του οποίου δεν έχει ακόμα καθοριστεί.

Σκοπός της εργασίας αποτελεί η βιβλιογραφική ενημέρωση σχετικά με τις εκδηλώσεις στη στοματογναθοπροσωπική χώρα αυτών των νοσημάτων.

Μεθοδολογία: χρησιμοποιήθηκαν επιστημονικά άρθρα από τη διεθνή βιβλιογραφία και επιπλέον παρουσιάζονται 2 περιπτώσεις συνδρόμου PFAPA από την Κλινική Στοματολογίας του ΑΠΘ.

Αποτελέσματα: Οι κυριότερες εκδηλώσεις των αυτοφλεγμονοδών νόσων στη στοματική κοιλότητα αποτελούν οι «ελκώσεις προσομοιάζουσες με άφθες» οι οποίες παρατηρούνται στο σχετιζόμενο με υποδοχέα παράγοντα νέκρωσης των όγκων (TRAPS), στο σύνδρομο έκκρισης IgD με περιοδικό πυρετό (HIDS) και στον περιοδικό πυρετό με αφθώδη στοματίτιδα, φαρυγγίτιδα και αδεניתίδα (PFAPA). Επιπροσθέτως, έχουν αναφερθεί: δυσγευσία ως ένα από τα πρόδρομα συμπτώματα του Οικογενούς Μεσογειακού Πυρετού, προσβολή της κροταφογναθικής διάρθρωσης στο σχετιζόμενο με τον υποδοχέα του παράγοντα νέκρωσης των όγκων σύνδρομο (TRAPS) και δυσμορφία του κρανίου στην οξυουρία του μεβαλονικού οξέος (MA) και στην νεογνική πολυσυστηματική φλεγμονώδη νόσο (CINCA).

Ο οδοντίατρος αξιολογώντας τα ευρήματα από τη στοματογναθοπροσωπική περιοχή μπορεί να συμβάλλει στη διάγνωση ενός από τα συστηματικά αυτά νοσήματα.

ΛΕΙΧΗΝΟΕΙΔΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΣΤΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

P9

Βλαχοδημήτρη Μ., Ανδρικοπούλου Ε., Πεπελάση Ε., Νικητάκης Ν., Σκλαβούνη Α.
Εργαστήριο Περιodontολογίας και Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ομαλός λειχήνας είναι αυτοάνοσο νόσημα που προσβάλλει το δέρμα και/ή τους βλεννογόνους, συμπεριλαμβανομένου του στόματος. Εμφανίζεται με σχετικά μεγάλη συχνότητα σε άτομα μέσης ηλικίας και συχνότερα σε γυναίκες. Τα κλινικά χαρακτηριστικά των στοματικών βλαβών, οι οποίες προσβάλλουν διάφορες περιοχές του στοματικού βλεννογόνου, εμφανίζουν ετερογένεια και μπορούν να προσλαμβάνουν εικόνα δικτύου, διαβρώσεων, ατροφίας καθώς και λευκών πλακών. Τα ιστοπαθολογικά ευρήματα είναι χαρακτηριστικά αλλά όχι παθογνωμονικά. Παρόμοια κλινικά και μικροσκοπικά χαρακτηριστικά με αυτά του ομαλού λειχήνα περιγράφονται ως λειχηνοειδή και παρατηρούνται σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις, ανάμεσα στις οποίες συγκαταλέγονται αλλεργικές αντιδράσεις που προκαλούνται από τη λήψη μιας πληθώρας φαρμάκων.

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας είναι η μελέτη και παρουσίαση των σύγχρονων βιβλιογραφικών δεδομένων σχετικά με την κατηγορία των λειχηνοειδών βλαβών φαρμακευτικής αιτιολογίας με έμφαση στη καταγραφή των συγκεκριμένων φαρμάκων που ενδοχρησιμοποιούνται συχνότερα, των κατάλληλων διαγνωστικών κριτηρίων και μεθόδων και της ορθής αντιμετώπισης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ως υπεύθυνες ομάδες φαρμάκων για την πρόκληση λειχηνοειδών βλαβών συνηθέστερα αναφέρονται τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, τα αντιυπερτασικά, όπως οι αναστολείς του ενζύμου αγγειοστενίνης και τα διουρητικά, τα αντιδιαβητικά, οι πενικιλλαμίνες και τα βαρέα μέταλλα. Πολλά άλλα φάρμακα έχουν επίσης συσχετιστεί σε μικρότερη συχνότητα. Τα κλινικά χαρακτηριστικά των βλαβών αυτών εμφανίζουν μεγάλη ομοιότητα με αυτά του ομαλού λειχήνα με τάση για μονόπλευρη εντόπιση, κυρίως στα πλάγια χείλη της γλώσσας και στην οπίσθια περιοχή του παρειαικού βλεννογόνου. Αν και κάποιες μελέτες έχουν επιχειρήσει να καταγράψουν διαφορές στα ιστοπαθολογικά και ανοσολογικά χαρακτηριστικά των λειχηνοειδών βλαβών σε σχέση με τον ομαλό λειχήνα, η διάκριση των δύο οντοτήτων με καθαρά μικροσκοπικά κριτήρια δεν θεωρείται γενικά εφικτή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ Η κλινική και ιστοπαθολογική ομοιότητα του ομαλού λειχήνα με τις λειχηνοειδείς βλάβες που οφείλονται σε φαρμακευτική αλλεργική αντίδραση δημιουργεί διαγνωστικά προβλήματα, η επίλυση των οποίων απαιτεί τη γνώση των συχνότερα εμπλεκόμενων σκευασμάτων και τη συναξιολόγηση των ευρημάτων από το ιστορικό, την κλινική εξέταση, την ιστοπαθολογική διερεύνηση και τον ανοσοφθορισμό.

Η ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ Ή ΔΙΕΙΣΔΥΤΙΚΗ ΑΣΠΕΡΓΙΛΛΩΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

P10

Πιάγκου Μ., Πιάγκος Γ.
Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Η ασπεργίλλωση είναι μία ευκαιριακή λοίμωξη που χαρακτηρίζεται από μεγάλο φάσμα κλινικών εκδηλώσεων που προκαλούνται από διάφορα στελέχη του *Aspergillus*, ενός δίμορφου μύκητα που σαπροφυτεί στο χώμα, στο νερό, σε οργανικά κατάλοιπα, σε λαχανικά, σε πυρίμαχα υλικά και στις συσκευές κλιματισμού. Η **διεισδυτική ασπεργίλλωση** είναι η δεύτερη πιο συχνή μυκητιασική λοίμωξη σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα και η στοματοπροσωπική μορφή της προσβάλλει τους παραρρινίους κόλπους, τη ρινική κοιλότητα, το στόμα και το δέρμα του προσώπου.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να δοθεί έμφαση στους σημαντικούς προδιαθεσικούς παράγοντες για την εκδήλωση της νόσου που είναι: οι ουδετεροπενικοί ασθενείς, οι μεταμοσχευθέντες, οι ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες, ασθενείς με HIV, ασθενείς που λαμβάνουν κορτικοστεροειδή σε υψηλές δόσεις και άλλα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Οι ομάδες αυτών των ασθενών θα συσχετισθούν με τις κλινικές εκδηλώσεις τους από τη στοματική κοιλότητα, τη ρινική κοιλότητα και τους παραρρινίους κόλπους. Στη στοματική κοιλότητα χαρακτηριστικές είναι οι ανώμαλες ελκώσεις οι οποίες εμφανίζουν τάση για επέκταση. Οι βλάβες του στόματος εντοπίζονται πιο συχνά στην υπερώα, τη γλώσσα τα χείλη και μπορεί να είναι και τα πρώτα κλινικά σημεία της νόσου. Υψίστης σημασίας για τη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι η διαφορική διάγνωση των μυκητιασικών βλαβών από ομάδα νοσημάτων με παραπλήσια κλινική εικόνα

P11 Η ΔΙΕΙΣΔΥΤΙΚΗ ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΩΣΗ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Πιάγκου Μ., Πιάγκος Γ.

Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Η μουκορμύκωση αποτελεί μία σπάνια ζυγομύκωση της οποίας ο κύριος παθογόνος παράγοντας είναι ο φυκομύκητας *muco* αλλά δεν λείπουν και οι *rhizopus* και *absidia*. Οι μύκητες αυτοί προκαλούν λοιμώξεις κυρίως σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς με κακοήγη νεοπλάσματα, σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, σακχαρώδη διαβήτη, σε πρόωρα νεογνά με κακή διατροφή. Η συχνότερη εντόπιση της λοίμωξης αφορά στους παραρρινίους κόλπους, τη μαλθακή υπερώα τον μετωπιαίο λοβό και τον εγκέφαλο (κраниοπροσωπική μουκορμύκωση). Η πνευμονική και η γαστρεντερική μορφές είναι λιγότερο συχνές, έχουν όμως θανατηφόρα εξέλιξη. Η δερματική μουκορμύκωση αποτελεί θεραπευτικό πρόβλημα σε εγκαυματίες, που νοσηλεύονται σε μονάδες εγκαυμάτων και σε τραυματίες τροχαίων ατυχημάτων, λόγω της ταχείας νεκρωτικής επέκτασης της λοίμωξης.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να επισημάνει τις ευπαθείς ομάδες ασθενών σε συσχέτισμό με τη σοβαρότητα της λοίμωξης.

Υλικό μελέτης αποτέλεσαν κλινικές μελέτες της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας καθώς και περιπτώσεις αναφορές.

Αποτελέσματα – συμπεράσματα: Οι διαβητικοί ασθενείς με ανεπαρκή ρύθμιση του σακχάρου του αίματος μπορεί να παρουσιάσουν δερματική μουκορμύκωση στο σημείο της ενίομενης ινσουλίνης. Περίδεση χειρουργικών τραυμάτων με μολυσμένους από τον μύκητα ελαστικούς επιδέσμους οδηγούν σε νοσοκομειακές δερματικές λοιμώξεις. Πυρετός, οίδημα, ταχεία εξάπλωση και νέκρωση του δέρματος και του υποδόριου ιστού αποτελούν ενδείξεις υποψίας του μύκητα ως υπεύθυνου λοιμογόνου παράγοντα. Οι λοιμώξεις είναι αερογενείς, λόγω της εισπνοής των σπορίων του μύκητα, και σπανιότερα αιματογενείς ή λεμφογενείς σε ασθενείς με κακοήγη νοσήματα του αιμοποιητικού συστήματος. Χαρακτηριστικό της νόσου είναι η διείσδυση στα αγγεία με σημαντική αιμορραγική νέκρωση. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει ρινική απόφραξη, πόνο και οίδημα στο πρόσωπο, νεκρωτικές μαύρες ρινικές κόγχες. Θεραπεία γίνεται με αμφοτερικίνη Β και επιμελή χειρουργικό καθαρισμό. Η νόσος είναι πάντοτε θανατηφόρος αν αφεθεί χωρίς θεραπεία.

P12 ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ, ΓΝΑΘΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΕΡΙΞ ΙΣΤΩΝ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Πιάγκου Μ., Πιάγκος Γ., Κοτσιομήτης Β., Αναγνωστοπούλου Σ.

Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Οι μεταστατικές βλάβες των κακοήθων όγκων στις γνάθους και τον βλεννογόνο του στόματος είναι σπάνιες και αντιπροσωπεύουν μόλις το 1-2% του συνόλου των κακοήθων όγκων του στόματος. Συνήθως οι μεταστάσεις γίνονται ενδοστικά στις γνάθους και σπάνια στους μαλθακούς ιστούς. **Σκοπός της εργασίας** είναι να τονίσει τη μεγάλη κλινική σημασία των μεταστατικών όγκων ιδίως σε περιπτώσεις που η πρωτοπαθής εστία δεν έχει εντοπισθεί.

Η γνάθος και ο στοματικός βλεννογόνος μπορεί να αποτελούν την πρώτη ένδειξη μετάστασης γνωστού όγκου. Μεταστάσεις στο στόμα μπορεί να υπάρχουν από **καρκινώματα του γαστρεντερικού σωλήνα, του πνεύμονα, του προστάτη, του μαστού** κ.α. Πιο συχνά οι μεταστατικοί όγκοι εντοπίζονται στα ούλα, τη γλώσσα και την υπερώα. Παρουσιάζονται χαρακτηριστικές περιπτώσεις και γίνεται προσπάθεια για την κατάταξή τους ανάλογα με τη βαρύτητα της περίπτωσης.

Η κλινική εικόνα αυτών των νεοπλασιών μπορεί να είναι ένα ασυμπτωματικό ογκίδιο ή μία επιπολής έλκωση, που μπορεί να μιμείται αθώς βλάβες του στόματος. Η διάγνωση θα στηριχθεί αποκλειστικά στην ιστοπαθολογική εικόνα της βλάβης και την εντόπιση της αρχικής εστίας.

Η Διαφορική διάγνωση γίνεται από το πυογόνο κοκκίωμα, το περιφερικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα, το ίνωμα, το τραυματικό έλκος κ.α

Η Θεραπεία σχετίζεται με το είδος της νεοπλασίας και τη θεραπεία της πρωτοπαθούς εστίας.

P13 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ

Δήμτσας Στ., Τζέρμπος Φ., Λυγιδάκη Ν., Ιατρού Ι.

Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Κλινική Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Νοσοκομείο Παιδών "Π. & Α. Κυριακού".

Το λεμφαγγείωμα είναι δυσπλασία του λεμφικού συστήματος και ανήκει στους καλοήθεις αγγειακούς όγκους. Διακρίνεται ιστολογικά και κλινικά σε τέσσερις κατηγορίες, το τριχοειδικό, το σφραγγώδες, το κυστικό και το λεμφαγγειοαιμαγγείωμα. Απαντώνται συχνά στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου το δε τριχοειδικό ιδιαίτερα στην γλώσσα και το έδαφος του στόματος. Δεν εμφανίζονται ιδιαίτερα σε κάποιο φύλο και η συνήθης κλινική των πορεία είναι αυξητική με την πάροδο της ηλικίας. Εμφανίζουν απότομη ανάπτυξη σε περιόδους λοίμωξης του ανωτέρου αναπνευστικού με επάνοδο στην προτέρα κατάσταση μετά την αποδρομή της λοίμωξης. Διαγνωστικά η Μαγνητική Τομογραφία είναι η εξέταση εκλογής η οποία βοηθά και στον καθορισμό των ορίων της βλάβης. Η θεραπεία εκλογής είναι η συντηρητική εκτομή της βλάβης επί υγιών κλινικά ορίων. Συνήθης ένδειξη χειρουργικής παρέμβασης είναι η λόγω του λεμφαγγειώματος αναπτυσσόμενη μακρογλωσσία με όλα τα συνοδά επακόλουθα στην μάσηση, στην φώνηση, στην σύγκλειση και πιθανόν στην αναπνοή.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικών λεμφαγγειώματος της γλώσσας τα οποία αντιμετωπίστηκαν την τελευταία πενταετία στο Νοσοκομείο Παιδών Π.&Α. Κυριακού.

P14 ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΟΒΛΑΣΤΙΚΟ ΙΝΟ-ΟΔΟΝΤΩΜΑ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΙΣΗ.

Αθανασίου Κ., Λεβέντης Μ., Δήμτσας Σ., Λυγιδάκη Ν., Στεφανάκη Κ., Ιατρού Ι.

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Γ.Π.Ν.Α. Παιδών "Π. & Α. Κυριακού", Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Το αδαμαντινοβλαστικό ινο-οδόντωμα αποτελεί σπάνιο μεικτό καλοήθη οδοντογενή όγκο. Έχει οριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως η βλάβη που έχει κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα με το αδαμαντινοβλαστικό ίνωμα, αλλά παράλληλα μπορεί να εμφανίσει επαγωγική διαφοροποίηση που οδηγεί στον σχηματισμό αδαμαντίνης και οδοντίνης. Μπορεί να εμφανίσει κατ' επέκταση ιστολογικά χαρακτηριστικά αδαμαντινοβλαστικού ινώματος αλλά και σύμπλεκτου οδοντώματος. Η βλάβη μπορεί να εμφανίσει αργή ασυμπτωματική ανάπτυξη ή να εμφανίσει αναπτυξιακή τάση δημιουργώντας έκπτυξη των φατνιακών πετάλων, δρώντας δηλαδή ως αληθές νεόπλασμα και όχι ως αμάρτωμα. Εμφανίζεται κυρίως στην οπίσθια περιοχή της άνω γνάθου, με ελαφρά προτίμηση σε άρρεν, ηλικίας περίπου δέκα ετών.

Παρουσιάζεται περίπτωση αδαμαντινοβλαστικού ινο-οδοντώματος στην δεξιά οπίσθια περιοχή της άνω γνάθου σε αγόρι ηλικίας 8 ετών. Ο ασθενής παρουσίαζε μικρή διόγκωση στην δεξιά παρεία. Ενδοστοματικά διαπιστώθηκε ανυπαρξία του 16 στο φραγμό ενώ ο 26 είχε ανατείλει κανονικά και διακρινόταν διόγκωση που είχε εξαλείψει την ουλοπαρειάκη αύλακα. Η ακτινογραφική διερεύνηση του έγινε με DPG και CT. Ακτινογραφικά διαπιστώθηκε η ύπαρξη εκτεταμένης κυρίως οστεοπκνωτικής αλλοίωσης, με διάσπαρτα κυρίως ακτινοσκιερά στοιχεία, που περιβαλλόταν από ακτινοδιαυγαστική περιοχή σαφώς περιγεγραμμένη. Μετά από τον κατάλληλο προγραμματισμό ακολούθησε η χειρουργική αφαίρεση της βλάβης υπό γενική αναισθησία. Κατά την επέμβαση πραγματοποιήθηκε ταχεία βιοψία που έδειξε στοιχεία οδοντογενούς όγκου. Η τελική ιστολογική έκθεση που έδωσε και την τελική διάγνωση παρουσίασε ότι η βλάβη ήταν αδαμαντινοβλαστικό ινο-οδόντωμα.

Σκοπός της εργασίας είναι η αναφορά των κλινικών, ακτινογραφικών και ιστοπαθολογικών χαρακτηριστικών της βλάβης, καθώς και η θεραπευτική της προσέγγιση. Τα χαρακτηριστικά της βλάβης συζητούνται και συσχετίζονται με τη σύγχρονη βιβλιογραφία.

P15 ΔΕΡΜΟΕΙΔΗΣ ΚΥΣΤΗ ΓΛΩΣΣΑΣ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ιατρού Ι., Λυγιδάκη Ν., Δήμητρας Στ., Γιαμαρέλου Π.

*Κλινική Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Νοσοκομείο Παιδών "Π. & Α. Κυριακού",
Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Παθολογοανατομικό Τμήμα Νοσοκομείου "Π & Α. Κυριακού"*

Οι δερμοειδείς κύστες, είναι σπάνιες στην περιοχή κεφαλής – τραχήλου (μόλις το 7% όλων των εντοπίσεων) και εξαιρετικά σπάνιες μέσα στη μυϊκή μάζα της γλώσσας. Εντοπίζονται συνήθως στη μέση γραμμή του οργάνου, προκαλώντας δυσκολία στην κατάποση, την ομιλία και τον ύπνο. Η MRI είναι η εξέταση εκλογής δεδομένου ότι βοηθά πολύ στη διαφορική διάγνωση. Η ολική χειρουργική εξαίρεση της βλάβης είναι διαγνωστική και θεραπευτική.

Παρουσιάζουμε την περίπτωση βρέφους 10 μηνών που παραπέμφθηκε στην κλινική μας, με το ερώτημα αντιμετώπισης βλάβης της μέσης γραμμής της γλώσσας που οι γονείς παρατήρησαν από την ηλικία των 5 μηνών. Το βρέφος υπεβλήθη σε προεγχειρητικό έλεγχο με MRI και σε ολική εξαίρεση της βλάβης. Η ιστολογική εξέταση έδειξε πως επρόκειτο για δερμοειδή κύστη γλώσσας. Τρεις μήνες μετά είναι ελεύθερο συμπτωμάτων. Θα επιδειχθούν φωτογραφίες από την επέμβαση, την ιστολογική εικόνα και την μετεγχειρητική παρακολούθηση και θα ακολουθήσει συζήτηση σε σχέση με την υπάρχουσα ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.

P16 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΜΕΛΑΓΧΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

Ντόκου Π.*, Ντόκος Ελ.**, Δαδιώτου-Ντόκου Ελ.*

* Χειρουργός Οδοντίατρος, ** Διευθυντής Οδοντίατρος Κ.Υ. Μεγάρων

Η παρουσία μελαγχρωματικών εκδηλώσεων στην περιοχή του στοματικού βλενογόννου θεωρείται ποικίλης αιτιολογίας, καθώς έχει συσχετιστεί με στοματικές εκδηλώσεις διαφόρων συστηματικών ασθενειών, με τη λήψη φαρμάκων, με την παρουσία εμφράξεων αμαλγάματος και τις τελευταίες δεκαετίες με το κάπνισμα. Στην παρούσα εργασία θα ασχοληθούμε με τις μελαγχρωματικές βλάβες που οφείλονται στο κάπνισμα.

Η μελάγχρωση από το κάπνισμα χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη καφέ ή μύρων κηλίδων ή πλακών στην περιοχή του στοματικού βλενογόννου (κυρίως στην περιοχή των πρόσθιων ούλων και των μεσοδοντίων θηλών, σπανιότερα στην περιοχή της υπερώας και των παρειών) και οφείλεται στην αυξημένη παραγωγή μελανίνης στην βασική στιβάδα του επιθηλίου που παρατηρείται στους καπνιστές. Διαφοροποιείται δε κλινικά από τις μελαγχρώσεις διαφορετικής αιτιοπαθογένειας, όπως π.χ. η μελάγχρωση οφειλόμενη στην λήψη φαρμάκων, η οποία εκτείνεται σε όλο το εύρος του στοματικού βλενογόννου. Η συχνότητα εμφάνισης μελαγχρωματικών κηλίδων ποικίλλει ανάλογα με τη φυλή και την εθνικότητα, ενώ μελαγχρωματικές βλάβες από την χρήση νικοτίνης παρατηρούνται συχνότερα σε άτομα του γυναικείου φύλου ηλικίας 30 έως 40 ετών.

Η σταδιακή υποχώρηση της βλάβης μετά από μείωση της χρήσης νικοτίνης υποδηλώνει την ύπαρξη σχέσης μεταξύ της χρήσης νικοτίνης και της εμφάνισης της μελάγχρωσης. Για την διάγνωση της βλάβης θα πρέπει να προηγηθεί βιοψία και ιστοπαθολογική εξέταση, προκειμένου να αποκλειστούν άλλες βαρύτερες νόσοι με παρόμοια κλινική εικόνα, όπως είναι η νόσος του Addison και τα σύνδρομα Peutz-Jeghers και Albright. Καθώς πρόκειται για καλοήγη βλάβη δεν απαιτείται θεραπεία, ενώ συνιστάται η διακοπή του καπνίσματος.

Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΔΑΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

²Φωτοπούλου Ι., ²Παρατήρας Σ., ¹Γιαννόπουλος Κ., ²Νικολοπούλου Αρτ., ¹Τριανταφύλλου Π.

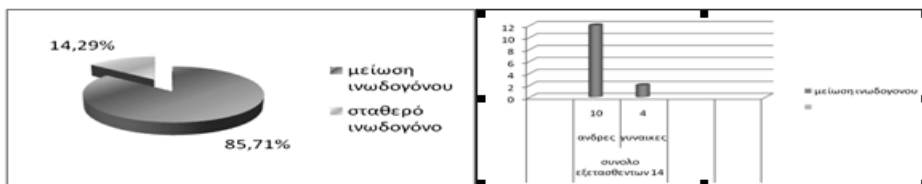
1. Τμήμα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Γ.Ν. Πατρών "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ" 2. Αιματολογικό Εργαστήριο Γ.Ν. Πατρών "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"

Εισαγωγή: Η περιοδοντίτιδα είναι μια πολύ συχνή νόσος των ιστών γύρω από το δόντι (περιοδόντιο) που προσβάλλει ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού. Η νόσος η ίδια χαρακτηρίζεται από προοδευτική απώλεια οστού περιμετρικά από τα δόντια και είναι σύνθηδες το προχωρημένο στάδιο μιας ουλικής φλεγμονής που έμεινε αδεράπευτη. Η στεφανιαία νόσος, είναι το φάσμα των συμπτωμάτων και νοσημάτων που οφείλονται σε βλάβες των στεφανιαίων αγγείων που παρέχουν αίμα στην καρδιά. Είναι η πρώτη αιτία θανάτου. Η συχνότερη αιτία στεφανιαίας νόσου είναι η αθηροσκληρήνωση.

Σκοπός: Η συσχέτιση περιοδοντίτιδας και παραγόντων κινδύνου για στεφανιαίας νόσου.

Υλικό-Μέθοδος: Στη μελέτη εκτιμήθηκαν 14 ασθενείς στους οποίους διαγνώστηκε περιοδοντική νόσος (προοπτική μελέτη). Από αυτούς, 10 άντρες και 4 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας (55+/-6έτη). Στους ασθενείς αυτούς μετρήθηκαν, πριν τη θεραπεία και τρεις μήνες μετά τη θεραπεία της περιοδοντίτιδας, οι πιο κάτω παράγοντες που είναι γνωστοί ότι έχουν σχέση με τη στεφανιαία νόσο: το σάκχαρο, η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), η χοληστερόλη, τα τριγλυκερίδια και οι παράγοντες πήξης: χρόνος προθρομβίνης (PT), χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης (α-PTT), ινωδογόνο, δ-Διμερή (D-dimers), πρωτεΐνη S (PrS) πρωτεΐνη C (PrC), αντιθρομβίνη III (AT III), καθώς επίσης η ιντερλευκίνη-6 (IL-6) και η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP).

Αποτελέσματα: Στη μελέτη αυτή διαπιστώθηκε μείωση του ινωδογόνου μετά τη θεραπεία της περιοδοντίτιδας στους 12 (85,71%) ασθενείς. Ενώ στους 2 (14,29%) παρέμεινε η ίδια τιμή μετά τη θεραπεία. Όσο για τους υπόλοιπους παράγοντες δεν είχαμε αξιολογες μεταβολές των τιμών τους μετά τη θεραπεία της νόσου.



Συμπέρασμα: Πρώιμα βρέθηκε ότι μετά τη θεραπευτική αντιμετώπιση της περιοδοντικής νόσου έχουμε ένδειξη μείωσης του ινωδογόνου, το οποίο είναι ένας από τους παράγοντες δημιουργίας της στεφανιαίας νόσου και κατα συνέπεια πιθανή συσχέτισή της με τη περιοδοντική φλεγμονή.

ΑΤΡΑΚΤΟΕΙΔΗΣ ΔΙΕΥΡΥΝΣΗ ΤΟΥ ΠΟΡΟΥ ΤΟΥ ΚΑΤΩ ΦΑΤΝΙΑΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ: ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΗΡΑΓΓΩΔΟΥΣ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑΤΟΣ

¹Προκοπίδη Μ., ¹Παπαβασιλείου Δ., ¹Wahlmann U., ²Vogel C., ¹Reichert T.

1. Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Regensburg, Γερμανία

2. Τμήμα Παθολογοανατομίας Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Regensburg, Γερμανία

Τα αιμαγγείωματα αποτελούν τους συνηθέστερους όγκους αγγειακής προέλευσης με συνηθέστερη την επιφανειακή εντόπιση. Η εντόπιση τους στα οστά των γνάθων δυσχεραίνει τη διάγνωση τους με κλινικά κριτήρια. Σε κάθε περίπτωση όμως η οριστική διάγνωση κρίνεται απαραίτητη καθότι οποιαδήποτε επέμβαση σε έδαφος αιμαγγειώματος μπορεί να αποδειχθεί απειλητική για τη ζωή του ασθενούς.

Η ασθενής, 30 ετών, προσήλθε με έντονο πόνο στην κάτω γνάθο αριστερά εντοπιζόμενο στην περιοχή των γομφίων. Ο 37 ήταν δετικός τόσο στη δοκιμασία επίκρουσης όσο και στη δοκιμασία ζωτικότητας. Δεν υπήρχε υπαισθησία του κάτω χείλους. Η πανοραμική ακτινογραφία έδειξε ατρακτοειδή διεύρυνση του γναθιαίου πόρου. Στη συνέχεια διενεργήθηκε Υπολογιστική Τομογραφία κάτω γνάθο η οποία επιβεβαίωσε την ύπαρξη χωροκατακτητικής εξεργασίας εντός του πόρου του κάτω φατνιακού νεύρου με ταυτόχρονη λύση του προστομιακού φατνιακού πετάλου. Η διαφορική διάγνωση περιελάμβανε ανευρυσματική κύστη, νευρική κύστη (ή σβάνωμα), νευρογενές σάρκωμα (ή κακόηδες σβάνωμα), αιμαγγείωμα, νευροϊνώμα. Μετά τη χειρουργική αφαίρεση της βλάβης με διατήρηση της συνέχειας του νεύρου, διεγινώδη ιστολογικά ότι επρόκειτο για σηραγγώδες αιμαγγείωμα. Μετεγχειρητικά η ασθενής ανέφερε υπαισθησία του κάτω χείλους αλλά πλήρη απουσία πόνου.

Έπειτα από μελέτη της βιβλιογραφίας έχουν αναφερθεί μόνο τρεις περιπτώσεις όπου αιμαγγείωμα της κάτω γνάθου εμπλέκεται με τον πόρο του κάτω φατνιακού νεύρου. Η ύπαρξη σηραγγώδους αιμαγγειώματος εντός του γναθιαίου πόρου καθιστά την περίπτωση αυτή άξια αναφοράς.

Μερκουρέα Σ., Κριθινάκης Σ., Τόσιος Κ.Ι., Νικητάκης Ν., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το μυρμηκιάδες ξανθώμα του στόματος είναι ένας σπάνιος καλοήθης όγκος του καλυπτικού επιθηλίου που περιγράφηκε πρώτη φορά από τον Shafer το 1971. Τα περιστατικά που έχουν μέχρι στιγμής καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία δεν ξεπερνούν τα 300. Η κλινική του εικόνα δεν είναι παθογνωμονική και το κύριο ιστολογικό χαρακτηριστικό είναι η παρουσία στο χόριο μακροφάγων με άφθονο αφρώδες κυτταρόπλασμα («αφρώδη κύτταρα»). Στη διαφορική διάγνωση συμπεριλαμβάνονται συνήθως το θήλωμα, η μυρμηκία, η μυρμηκιάδης λευκοπλακία και το μυρμηκιάδες καρκίνωμα. Η παθογένεση της βλάβης παραμένει άγνωστη.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης μυρμηκιάδους ξανθώματος και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με την κλινική εικόνα, τα ιστολογικά χαρακτηριστικά, και την παθογένεση.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας 28 ετών παραπέμφθηκε από οδοντίατρο για «έλκωση στο στόμα». Η βλάβη είχε γίνει αντιληπτή 2 μήνες νωρίτερα. Κατά την ενδοστοματική εξέταση παρατηρήθηκε έλκωση, διαστάσεων 1,8x1,8 εκ., περίπου, στα υπερώια ούλα, στην περιοχή του πρώτου και δευτέρου γομφίου αριστερά. Η βλάβη είχε σαφή και επηρμένα χείλη, και θηλωματώδη βάση. Κατά την εξέταση του τραχήλου διαπιστώθηκαν διογκωμένοι, ευκίνητοι και ελαστικοί υπογνάθιοι λεμφαδένες αμφοτερόπλευρα. Στην οπισθοφατνιακή ακτινογραφία δεν παρατηρήθηκε αλλοίωση των δοντιών ή του οστού. Η πιθανή κλινική διάγνωση περιλήφθηκαν το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και το μυρμηκιάδες ξανθώμα, και έγινε μερική βιοψία που έθεσε τη διάγνωση μυρμηκιάδους ξανθώματος. Κατά τη διάρκεια της ολικής εξαίρεσης της βλάβης διαπιστώθηκε πως συνιστούσε το τοίχωμα υπερώιου περιοδοντικού θυλάκου στα αντίστοιχα δόντια.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η περίπτωση που παρουσιάζεται δείχνει την ομοιότητα που μπορεί να παρουσιάζει το μυρμηκιάδες ξανθώμα του στόματος με το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, καθώς και τον πιθανό ρόλο της φλεγμονής στην παθογένεση της βλάβης.

ΜΕΓΑΛΕΣ ΑΦΘΕΣ Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ SUTTON. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.

P20

Αλαμάνος Χ.,

Απόφοιτος ΕΚΠΑ, ειδικευόμενος χειρουργικής στόματος, Γναθοχειρουργική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Freiburg, Γερμανία

Οι υποτροπιάζουσες άφθες συνιστούν κοινή νοσολογική οντότητα άγνωστης αιτιολογίας. Παθογενετικά ενοχοποιείται η κυτταρικά-μεσολαβούμενη ανοσία κατά την οποία ο TNF-α παίζει κυρίαρχο ρόλο.

Κλινικά διακρίνονται τρεις μορφές: μικρές άφθες, μεγάλες άφθες και ερπητόμορφα έλκη.

Στην παρούσα εργασία έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση στο Medline από το έτος 1995 έως σήμερα.

Οι μεγάλες άφθες έχουν ιδιαίτερο κλινικό χαρακτήρα όσον αφορά στο μέγεθος των βλαβών, στη διάρκεια τους και στην εν γένει φυσική πορεία της νόσου. Εντοπίζονται δε συνηθέστερα στο χείλος, στη μαλθακή υπερώα και στα παρίσθμια. Διάφοροι προδιαθεσικοί παράγοντες έχουν αναφερθεί όπως τοπικοί παράγοντες τραυματικής αιτιολογίας, το ψυχολογικό stress, διάφορες τροφές και η ορμονική κατάσταση του αρρώστου.

Αιτιολόγηση για την αναγκαιότητα της εργασίας: Η πλειονότητα των ασθενών με μεγάλες άφθες θορυβούνται λόγω της διάρκειας και του μεγέθους των βλαβών και των πολύ συχνά έντονων συμπτωμάτων όπως η οδυνοφαγία και η δυσκαταποσία ιδιαίτερα όταν οι βλάβες εντοπίζονται στις παρίσθμιες καμάρες.

Στόχοι της μελέτης: Να γίνει ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά στις θεωρίες για την αιτιολογία των βλαβών, στον παθογενετικό μηχανισμό, καθώς και στις προτεινόμενες τοπικές και συστηματικές θεραπείες.

Ταυτόχρονα γίνεται παρουσίαση κλινικών περιστατικών από τα εξωτερικά ιατρεία της γναθοχειρουργικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου του Freiburg.

Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στα συστηματικά νοσήματα που συνοδεύονται από άφθες ή αφθόμορφες βλάβες. Έτσι ο κλινικός ιατρός πρέπει να λαμβάνει υπόψη του το σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behecet, το σύνδρομο PFAPA, HIV-σχετιζόμενες άφθες και εντεροπάθειες όπως η νόσος του Crohn, η ελκώδης κολίτις και η εντεροπάθεια εκ γλουτένης (κοιλιοκάκη). Στα πλαίσια της διαφοροδιαγνωστικής διαδικασίας πρέπει να αποκλείονται με αιματολογικό έλεγχο τυχόν διατροφικές ανεπάρκειες και νοσήματα τα οποία προσομοιάζουν στις μεγάλες άφθες όπως η πρωτογενής σύφιλη, το φυματιώδες έλκος, η νεκρωτική σιαλαδενομεταπλασία, ανοσολογικές ανεπάρκειες όπως η κυκλική ουδετεροπενία, το σύνδρομο Sweet καθώς και έλκη σχετιζόμενα με λήψη φαρμάκων (ΜΣΑΦ, Nicotandil) ή σχετιζόμενα με κακοήθεις όγκους της στοματικής κοιλότητας (ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, non-Hodgkin λέμφωμα, κακοήθεις όγκοι σιελογόνων αδένων).

Συμπεράσματα και αποτελέσματα: Το γεγονός ότι οι μεγάλες άφθες συνιστούν περίπου το 10% του συνόλου των αφθών συνυπολογιζόμενου του γεγονότος ότι συνήθως έχουν εντυπωσιακή κλινική εικόνα καθιστά αναγκαία τη σωστή διάγνωση και καθησυχασμό του αρρώστου. Ταυτόχρονα από διαφοροδιαγνωστική άποψη έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Σε αυτά τα πλαίσια οι βλάβες αυτές πρέπει να διαφορίζονται από λοιπές βλάβες ή και ασθένειες που εκδηλώνονται πρωταρχικά στη στοματική κοιλότητα.

P21 ΕΠΙΧΕΙΛΙΟΣ ΕΡΠΗΣ: ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ, ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.

Ήττερου Μ.Α., ²Σφακιανού Α., ²Σκλαβούνου Α.

1. Οδοντίατρος, 2. Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο επιχείλιος έρπης αποτελεί την πιο συχνή μορφή δευτεροπαθούς ερπητικής λοίμωξης στην στοματική και περιστοματική περιοχή. Ο HSV εντοπίζεται με ίση συχνότητα στο άνω και στο κάτω χείλος και παρουσιάζεται στις γυναίκες συχνότερα απ' ότi στους άντρες με αναλογία 2:1. Ορολογικές ανασκοπήσεις στις Η.Π.Α. δείχνουν μία αύξηση συχνότητας εμφάνισης HSV της τάξης 30% στη διάρκεια μελέτης 12 ετών.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της κλινικής εικόνας και των βασικών χαρακτηριστικών του επιχειλίου έρπητα, η θεραπευτική προσέγγιση της νόσου, ενώ παράλληλα παρατίθενται στοιχεία που αφορούν στην πρόληψη και στη μείωση της συχνότητας των υποτροπών.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Ο επιχείλιος έρπης είναι πάθηση που προκαλείται από τους δύο τύπους του ιού του απλού έρπητα HSV-1, HSV-2. Ο ιός είναι DNA-ιός και είναι παθογόνος στο δέρμα, στους βλεννογόνους και στους οφθαλμούς. Μέσω των ανωτέρων ιστών κατασκηώνει στο νευρικό σύστημα απ' όπου κατά καιρούς ενεργοποιείται δίνοντας τις χαρακτηριστικές βλάβες με την μορφή φυσαλίδων.

Η κλινική πορεία της νόσου διαρκεί 5-10 ημέρες. Τόσο τα κλινικά όσο και τα εργαστηριακά κριτήρια είναι χρήσιμα προκειμένου να τεθεί η διάγνωση των λοιμώξεων από HSV. Συγκεκριμένα για τον επιχείλιο έρπη η κλινική διάγνωση τίθεται εύκολα από τις χαρακτηριστικές πολλαπλές φυσαλιδώδεις αλλοιώσεις σε ερυθματώδη βάση. Εντούτοις εκτεταμένες βλάβες θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από άλλα πομφολυγώδη νοσήματα. Η μετάδοση του HSV γίνεται μόνο κατά την ενεργό φάση της λοίμωξης μέσω άμεσης επαφής. Για τη θεραπεία ή την γρηγορότερη επούλωση του επιχειλίου έρπητα έχουν χρησιμοποιηθεί ποικίλα σκευάσματα. Μεταξύ αυτών η ακυκλοβίρη αποτελεί τον στυλοβάτη της θεραπευτικής αγωγής.

Θεμελιώδους σημασίας για την γρηγορότερη ίαση αλλά και την πρόληψη της επανεμφάνισης είναι η υγιεινή διατροφή πλούσια σε βιταμίνες. Σε ότi αφορά την προστασία μετάδοσης, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στους χειρισμούς του ασθενούς, διότi υπάρχει ο κίνδυνος ανάπτυξης ερπητικής παρωνυχίας στον θεράποντα και οφθαλμικής επινέμεσης στον ασθενή.

P22 P22 ΟΖΩΔΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΙΤΙΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ

Αγαπητού Π., Πανταζής Γ., Αγαπητός Ε.

Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Η οζώδης περιτονίτις αποτελεί σπάνια αντιδραστική ψευδοσاركωματώδη υπερπλασία του ινώδους συνδετικού ιστού, η οποία πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση των όγκων των μαλακών μορίων.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Παρουσιάζεται περίπτωση νεαρού άνδρα που προσήλθε με σκληροελαστική ανώδυνη ογκωτική επεξεργασία της ουλοπαρειαικής αύλακας δεξιάς κάτω γνάθου μεγαλύτερης διαμέτρου 2,5 εκ. Η χειρουργική εξαίρεση αποτέλεσε θεραπεία εκλογής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά τη χειρουργική αφαίρεση η ιστολογική εξέταση της βλάβης έδειξε εικόνα οζώδους περιτονίτιδας (διαχύτως αναπτυσσόμενα μυοϊνοβλαστικά κύτταρα με κατά τόπους στροβιλοειδή διαμόρφωση και εστιακές λεμφοπλασματοκυτταρικές διηθήσεις). Ο ασθενής ό μήνες μετεχειρητικά είναι ελεύθερος νόσου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η οζώδης περιτονίτις είναι σπάνια αντιδραστική υπερπλασία του ινώδους συνδετικού ιστού που εμφανίζεται συχνότερα στα άνω άκρα σε νεαρά άτομα και πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση όγκων των μαλακών μορίων. Η χειρουργική εξαίρεση είναι η θεραπεία εκλογής.

ΚΥΚΛΩΠΕΣ. ΜΥΘΟΣ Ή ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ;

P23 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΜΒΡΥΩΝ ΣΕ ΝΕΚΡΟΤΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ

Κτενά-Αγαπητού Π., Καρακούκης Ν., Κουτσαύτης Φ., Ανδρούτσος Γ., Αγαπητός Ε.
Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι συγγενείς ανωμαλίες αποτελούν το 1/4 περίπου των αιτιών της περιγεννητικής θνησιμότητας. Η κυκλωπία είναι σπάνια συγγενής ανωμαλία που αναφέρεται στον Όμηρο και για την παθογένειά της ευθύνονται περιβαλλοντικοί και γονιδιακοί παράγοντες.

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας είναι να καταδείξει ότι οι Κύκλωπες ήταν υπαρκτά πρόσωπα αφού και σήμερα γεννιούνται κυκλωπικά νεογνά.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μεταξύ των ετών 1976-2008 διενεργήθηκαν 8.000 περιγεννητικές νεκροτομές στο Εργαστήριο της Παθολογικής Ανατομικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, όπου ανευρέθησαν 8 περιπτώσεις ολοπροσεγκεφαλίας με κυκλωπία σε 6 θνησιγενή και σε 2 νεογνά που κατέληξαν μετά τη γέννηση. Σε 2 από αυτά συνυπήρχε και πρώιμη ανατολή πρόσθιων τομέων οδόντων άνω και κάτω γνάθου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η κυκλωπία είναι βαρύτερη συγγενής ανωμαλία του εγκεφάλου με ένα μονήρη μέσο οφθαλμικό κόγχου που μπορεί να είναι ανοφθαλμικός, μονοφθαλμικός ή συνοφθαλμικός. Παρατηρείται αγενεσία ρινός και σχηματισμός προβοσκίδας. Ο εγκέφαλος παρουσιάζει ολοπροσεγκεφαλία που χαρακτηρίζεται από την παρουσία μιας μονήρους κοιλίας, λόγω αδυναμίας του εγκεφάλου να διαιρεθεί στα 2 ημισφαίρια. Τα αίτια της ολοπροσεγκεφαλίας είναι ετερογενή και ως επί το πλείστον άγνωστα. Στο ήμισυ των περιπτώσεων υπάρχει χρωμοσωμική συσχέτιση, όπως τρισωμία 13 και ανευλοιδίες του χρωμοσώματος 18, σε συχνότητα 1/5000 γεννήσεις. Σε μη χρωμοσωμικά σύνδρομα η συχνότητα τα ολοπροσεγκεφαλίας είναι 1:16.000 γεννήσεις. Το γονίδιο Sonic Hedge-Choc αποτελεί αίτιο αυτοσωματικού επικρατητικού τύπου ολοπροσεγκεφαλίας στον άνθρωπο. Η λήψη αυξημένων δόσεων ασπιρίνης στην αρχή της εγκυμοσύνης προδιαθέτει για τη γέννηση Κυκλώπων. Επίσης η βρώση του αγριόχοιρου βεράρτρου από τα ζώα σε χώρες της Ν.Α.Ευρώπης προδιαθέτει στην εμφάνιση κυκλωπίας. Τερατογένεση παρατηρείται και στα ζώα. Κατά τον Όμηρο, οι Κύκλωπες ήταν λαός γιγάντων που ζούσε σε άγρια κατάσταση στη Σικελία ως κτηνοτρόφοι. Ο Πολύφημος Κύκλωπας, αναφέρεται σαν μονόφθαλμος σε αρκετά εδάφια της Οδύσσειας. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η μεγαλύτερη επιβίωση κυκλωπικών νεογνών είναι λίγες ώρες. Δεδομένου ότι η βαρύτητα της ανωμαλίας του εγκεφάλου στους Κύκλωπες ποικίλλει και τα κυκλωπικά νεογνά αφήνονται να καταλήξουν, δεν αποκλείεται κάποια από αυτά να επιβιώνουν μετά τη στοιχειώδη ανάνηψη κατά τη νεογνική ηλικία.

Τα ανωτέρω επιβεβαιώνουν το μύθο ως προς την ύπαρξη των Κυκλώπων, αφού άλλωστε ο μύθος είναι η πιο αυθεντική έκφραση της αλήθειας.

P24 ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΩΜΑ ΟΦΘΑΛΜΙΚΟΥ ΚΟΓΧΟΥ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Διαμαντή Σ.¹, Παπαδάκης Δ.², Τσιώνος Κ.³, Παλαιοκαστρίτης Γ.⁴

1. Διευθύντρια Στοματολογικού Τμήματος 251 ΓΝΑ, **2.** Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, **3.** Αιματολόγος - Διευθυντής Αιματολογικής Κλινικής 251 ΓΝΑ, **4.** Οφθαλμίατρος - Επιμελητής Οφθαλμολογικής Κλινικής 251 ΓΝΑ

Εισαγωγή: Τα λεμφώματα είναι οι πιο συχνοί κακοήθεις όγκοι του οφθαλμικού κόγχου και αποτελούν αιτία ετερόπλευρου εξόφθαλμου. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης σε μία περίπτωση non-Hodgkin λεμφώματος οφθαλμικού κόγχου.

Αναφορά Περιπτώσης: Γυναίκα 85 ετών παραπέμφθηκε από την Οφθαλμολογική Κλινική, με ιστορικό αυξανόμενου οιδήματος του δεξιού άνω βλεφάρου από διμήνου. Κλινικά η ασθενής παρουσίαζε ευμέγεδες οιδημα του δεξιού άνω βλεφάρου, πρόπτωση του επιπεφυκότα μέσω της βλεφαρικής σχισμής, εξόφθαλμο και αδυναμία οράσεως λόγω της προβολής του επιπεφυκότα στον άξονα της όρασεως (κάλυψη κερατοειδικής επιφάνειας). Το δέρμα του άνω βλεφάρου είχε κuanέρυθρη χροιά και η διόγκωση ήταν ανώδυνη στην ψηλάφηση. Τα ευρήματα της αξονικής τομογραφίας της περιοχής αποκάλυψαν την ενδοκογχική επέκταση της βλάβης. Αποφασίσθηκε να γίνει βιοψία της βλάβης προκειμένου να διαπιστωθεί ιστολογικά η φύση της. Η βλάβη προσελάσθηκε μέσω μίας τομής στο άνω βλέφαρο. Η ιστολογική εξέταση των ιστοτομαχίων της βλάβης έδειξε ότι πρόκειται για λέμφωμα. Η ασθενής παραπέμφθηκε στην αιματολογική κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος δεν αποκάλυψε συστηματική διασπορά της νόσου. Η ασθενής υπεβλήθη σε χημειοθεραπεία, όπου η ανταπόκριση ήταν πολύ καλή, χωρίς τοπική ή συστηματική υποτροπή στις επανεξετάσεις.

Συζήτηση: Τα λεμφώματα θα πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπόψη στη διαφορική διάγνωση των διογκώσεων του οφθαλμικού κόγχου. Απεικονιστικές μέθοδοι και ιστολογική εξέταση της βλάβης επιβεβαιώνουν τη διάγνωση. Η θεραπεία περιλαμβάνει συνήθως ακτινοθεραπεία ή/και χημειοθεραπεία, με καλά συνήθως αποτελέσματα.

P25 ΛΙΘΙΑΣΗ ΕΛΑΣΣΟΝΩΝ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

¹Παπαδάκης Δ., ²Διαμαντή Σ.

1. Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, 2. Διευθύντρια Στοματολογικού Τμήματος 251 ΓΝΑ

Εισαγωγή: Η σιαλολιθίαση αποτελεί την πιο συχνή παθολογική οντότητα των μειζόνων σιελογόνων αδένων. Παρ' όλα αυτά, η λιθίαση των ελασσόνων σιελογόνων αδένων θεωρείται εξαιρετικά σπάνια.

Αναφορά Περίπτωσης: Άνδρας 47 ετών, προσήλθε για εξέταση λόγω διόγκωσης του βλεννογόνου του άνω χείλους, αρχόμενη από έτους. Η κλινική εξέταση έδειξε την ύπαρξη μιας μικρής ψηλαφητής διόγκωσης, οριακά ορατής, στον βλεννογόνο του αριστερού άνω χείλους. Η σύσταση της ήταν σκληροελαστική, και ο επικαλύπτων βλεννογόνος είχε φυσιολογική χροιά. Δεδομένου ότι ο ασθενής επρόκειτο να υποβληθεί σε προγραμματισμένη υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου, ζητήθηκε η λήψη επιπλέον τομών στην περιοχή του σπλαγγνικού κρανίου, όπου και αποκαλύφθηκε η ύπαρξη ενός ακτινοσκιερού σωματιδίου στην περιοχή του άνω χείλους αριστερά. Υπό τοπική αναισθησία, προσπελάσθηκε η εν λόγω περιοχή μέσω μιας τομής στο βλεννογόνο του άνω χείλους, όπου ανευρέθηκε πληθώρα ελασσόνων σιελογόνων αδένων, ανάμεσα στους οποίους ένας σαφώς διογκωμένος. Η διάνοιξη του αποκάλυψε την ύπαρξη πολλαπλών μικρών λίθων στο εσωτερικό του. Έγινε αφαίρεση του υπαίτιου ελάσσονος σιελογόνου αδένου, en bloc με τους γειτονικούς αδενίσκους, και τα ιστοτεμάχια στάλθηκαν για ιστολογική εξέταση, η οποία επιβεβαίωσε τη διάγνωση της λιθίασης.

Συζήτηση: Η λιθίαση των ελασσόνων σιελογόνων αδένων, παρότι είναι μία ασυνήθης παθολογική οντότητα, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση υποβλεννογόνιων διογκώσεων, ειδικά όταν αυτές εντοπίζονται στο άνω χείλος ή τις παρειές. Συνήθως παρατηρείται σε ασθενείς άνω των 40 ετών, χωρίς προτίμηση στο φύλο. Η καλύτερη θεραπεία είναι η αφαίρεση των λίθων υπό τοπική αναισθησία. Η ιστολογική επιβεβαίωση της ακτινολογικής και κλινικής διάγνωσης είναι αναγκαία.

ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

P26 ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Γιαβή Γ., Βολιώτη Α., Καραγεωργας Αδ., Κακναβάτος Π., Χρυσομάλη Ε., Σκλαβούνη Αλ.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η εμμηνόπαυση ως ένα φυσιολογικό εξελικτικό στάδιο της ζωής της γυναίκας συνιστά το αποτέλεσμα ορμονικών μεταβολών με κυριότερη τη μείωση των οιστρογόνων. Οι ενδοκρινικές αυτές μεταβολές συνοδεύονται από χαρακτηριστικές γενικότερες κλινικές εκδηλώσεις. Στη στοματογναθοπροσωπική περιοχή αναφέρονται ως επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης η ατροφία του στοματικού βλεννογόνου, η περιοδοντίτιδα, καθώς και η οστεοπόρωση των γνάθων. Η ξηροστομία, το σύνδρομο καυσalgίας στόματος, οι διαταραχές της γεύσης και η νευραλγία του τριδύμου αναφέρονται μεταξύ των συνήθεστων συμπτωμάτων σε εμμηνόπαυσιακές γυναίκες και αποτελούν την κύρια αιτία προσέλευσης.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση της σχετικής συχνότητας νοσημάτων του στόματος σε γυναίκες ηλικίας ≥ 50 ετών σε σύγκριση με άνδρες αντίστοιχης ηλικίας και νεαρότερες γυναίκες.

Υλικό και Μέθοδοι: υλικό της μελέτης απετέλεσαν συνολικά 908 περιπτώσεις ασθενών που εξετάσθηκαν στη Κλινική της Στοματολογίας του Οδοντιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών μεταξύ των ετών 2006-2009 και οι οποίες ταξινομήθηκαν με βάση την ηλικία και το φύλο σε 3 ομάδες που περιελάμβαναν: γυναίκες ηλικίας ≥ 50 ετών ($n=434$), γυναίκες ηλικίας < 50 ετών ($n=242$) και άνδρες ≥ 50 ετών ($n=232$).

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση και συγκριτική αξιολόγηση ήταν: 1) Οι αντιδραστικές φύσεως όγκοι και τραυματικές αιτιολογίας εξεργασίες συνιστούσαν τις συχνότερες βλάβες του στόματος ανεξάρτητα από την ηλικία και το φύλο. 2) Τα δερματοβλεννογόνια και αυτοάνοσα νοσήματα ήταν συχνότερα σε γυναίκες ≥ 50 ετών (30,4%) σε σύγκριση με τους άνδρες αντίστοιχης ηλικίας (17,2%) και τις νεαρότερες γυναίκες (25,6%). 3) Το δεύτερο κατά σειρά συχνότητας νόσημα του στόματος στις γυναίκες ήταν ο ομαλός λειχήνας για ηλικίες ≥ 50 και < 50 με ποσοστά 21,9% και 14,9% αντίστοιχα, ενώ στους άνδρες ≥ 50 ετών ήταν οι προκαρκινικές βλάβες και τα νεοπλάσματα (20,7%). 4) Η ξηροστομία και το σύνδρομο καυσalgίας στόματος παρατηρήθηκαν συχνότερα σε γυναίκες ≥ 50 ετών (14,06%) σε σχέση με τους άνδρες και τις νεαρότερες γυναίκες (9,9% και 9,5% αντίστοιχα). 5) Η καντιντίαση αποτελούσε τη συχνότερη λοίμωξη του στόματος στους ασθενείς ≥ 50 ετών ανεξάρτητα του φύλου και παρουσίαζε αυξημένη συχνότητα εμφάνισης σε γυναίκες ≥ 50 (12,7%) σε σύγκριση με εκείνες νεαρότερης ηλικίας (8,26%).

Συμπέρασμα: η εμμηνόπαυση φαίνεται να επηρεάζει εκτός από τα οστά των γνάθων, το στοματικό βλεννογόνο και τους σιαλογόνους αδένες. Η ξηροστομία ως αποτέλεσμα μειωμένης παραγωγής σάλιου, η καντιντίαση και η εμφάνιση ορισμένων δερματοβλεννογόνιων και αυτοάνοσων νοσημάτων είναι συχνότερη σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.

ΠΑΡΟΔΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΘΗΛΩΝ ΓΛΩΣΣΑΣ:

P27 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Καμπέρος Γ.¹, Νικητάκης Ν.¹, Μήτρου Γ.¹, Μωυσίδης Ι.², Σκλαβούνου-Ανδρικοπούλου Αλ.¹
1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, 2. Παιδίατρος-Αλλεργιολόγος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παροδική φλεγμονή θηλών γλώσσας (Transient Lingual Papillitis - TLP) είναι μία ποικίλης αιτιολογίας κατάσταση που προσβάλλει εντοπισμένα ή γενικευμένα τις μυκητοειδείς θηλές και η οποία δεν έχει περιγραφεί επαρκώς στη βιβλιογραφία.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά την αιτιοπαθογένεια, τα κλινικά χαρακτηριστικά και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της TLP, καθώς και η παρουσίαση ενός κλινικού περιπτώσεως.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Κορίτσι 4 ετών προσήλθε στην Κλινική Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών λόγω περιοδικού πόνου και ερυθρότητας στη γλώσσα τους τελευταίους 2 μήνες. Αναφέρθηκε έξη δήξης της γλώσσας καθώς και πιθανή συσχέτιση των εξάρσεων με λήψη συγκεκριμένων τροφών. Ο αιματολογικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε γενικευμένη διόγκωση μυκητοειδών θηλών και διάχυτη ερυθρότητα στην πρόσθια ραχιαία επιφάνεια της γλώσσας. Συνεστήθη αλλεργιολογικός έλεγχος, ο οποίος απέβη αρνητικός. Το περιστατικό αντιμετωπίστηκε με σύσταση για αποφυγή δήξης και τοπική εφαρμογή κορτικοστεροειδούς και αντιμυκητιασικού 3 φορές ημερησίως. Παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων εντός μίας εβδομάδας, ενώ σε επανεξέταση 3 μήνες μετά αναφέρθηκε ότι η κατάσταση είναι αρκετά βελτιωμένη, ενώ οι εξάρσεις αντιμετωπίζονται με περιορισμό των ερεθιστικών τροφών και αποφυγή δήξης.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Στη βιβλιογραφία έχει παρουσιαστεί μικρός αριθμός περιστατικών TLP τα οποία μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε 3 κατηγορίες: α) περιορισμένη εντόπιση με προσβολή μίας έως αρκετών μυκητοειδών θηλών, β) γενικευμένη εντόπιση, γ) γενικευμένη εντόπιση με έντονη παρακεράτωση των προσβαλλόμενων θηλών. Οι δύο πρώτες κατηγορίες εμφανίζουν ήπια έως έντονα συμπτώματα, ενώ η τρίτη είναι συνήθως ασυμπτωματική. Η αιτιοπαθογένεια της νόσου δεν είναι εξακριβωμένη. Θεωρείται ότι συμμετέχουν τοπικοί τραυματικοί παράγοντες, αλλεργιογόνοι παράγοντες, ορμονικές διαταραχές, γαστρεντερικές νόσοι, λοιμώξεις αναπνευστικού και ιογενείς λοιμώξεις. Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική εικόνα και απαιτεί διερεύνηση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων. Η νόσος μπορεί να υποχωρήσει χωρίς θεραπεία αλλά και να υποτροπιάσει. Η θεραπευτική αντιμετώπιση στις συμπτωματικές μορφές περιλαμβάνει κυρίως την τοπική εφαρμογή κορτικοστεροειδών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η TLP είναι μια αρκετά συνηθισμένη αλλά μάλλον παραγνωρισμένη νόσος, της οποίας τα συχνά έντονα συμπτώματα επιβάλλουν τη θεραπευτική παρέμβαση για ανακούφιση των ασθενών.

ΣΤΟΜΑΤΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ:

P28 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Καμπέρος Γ.¹, Νικητάκης Ν.¹, Σκλαβενίτη Μ.², Δοντά-Μπακογιάννη Αικ.², Σκλαβούνη-Ανδρικοπούλου Αλ.¹
1. Εργαστήριο Στοματολογίας Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, 2. Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η στοματοπροσωπική κοκκιωμάτωση (Orofacial Granulomatosis - OFG) περιλαμβάνει μια ομάδα οντοτήτων με κύρια χαρακτηριστικά την επίμονη διόγκωση μαλακών ιστών στη στοματοπροσωπική χώρα, συνηθέστερα στα χείλη, καθώς και την ιστολογική εικόνα κοκκιωματώδους φλεγμονής.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά την αιτιοπαθογένεια, τα κλινικά χαρακτηριστικά, τη διαφοροδιάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της OFG, καθώς και η παρουσίαση μιας κλινικής περίπτωσης.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας 16 ετών προσήλθε στην Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών με έντονη διόγκωση χειλέων και επώδυνες βλάβες στο στοματικό βλεννογόνο διάρκειας περίπου 6 μηνών. Κατά τη λήψη του ιστορικού ιστορικού αναφέρθηκαν πυρετική κίνηση, αίσθημα καύσου στόματος και δυσφαγία, καθώς και γαστρεντερικές ενοχλήσεις. Ο ασθενής παραπέμφθηκε στην Κλινική της Στοματολογίας για περαιτέρω διερεύνηση και θεραπευτική αντιμετώπιση. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε διάχυτη διόγκωση και απολέπιση χειλέων, όπως και πολλαπλές ελκώσεις, πτυχώσεις και οζίδια στο στοματικό βλεννογόνο. Μερική βιοψία των βλαβών αποκάλυψε κοκκιωματώδη φλεγμονή χωρίς παρουσία ξένου σώματος ή μυκήτων. Στη διαφορική διάγνωση συμπεριελήφθησαν συστηματικές νόσοι που προκαλούν κοκκιωματώδη φλεγμονή και προσβάλλουν το στοματικό βλεννογόνο, όπως η σαρκοείδωση και η νόσος Crohn. Η διαγνωστική μεθοδολογία περιέλαβε αιματολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις καθώς και παραπομπή σε γαστρεντερολόγο οι οποίες απέκλεισαν πιθανή συστηματική αιτιολογία, θέτοντας την τελική διάγνωση της στοματοπροσωπικής κοκκιωμάτωσης (OFG). Η νόσος αντιμετωπίστηκε θεραπευτικά με ενδοϊστικές εγχύσεις κορτικοστεροειδούς στα χείλη, καθώς και με τοπική εφαρμογή κορτικοστεροειδούς ενδοστοματικά. Μετά από 3 εβδομάδες θεραπείας η κλινική εικόνα ήταν πολύ καλή με πλήρη αποδρομή των συμπτωμάτων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η κλινική εικόνα της OFG περιλαμβάνει διογκώσεις στη στοματοπροσωπική χώρα, άλλες ενδοστοματικές αλλοιώσεις (πτυχές, οζίδια, ελκώσεις) καθώς και νευρολογικά σημεία, όπως παράλυση προσώπου. Παρόμοια κλινική και ιστολογική εικόνα μπορούν να προκαλέσουν πολλές συστηματικές και τοπικές νόσοι. Ως αίτια OFG αναφέρονται η γενετική προδιάθεση, μικροοργανισμοί, αλλεργικές καταστάσεις και ανοσολογικοί παράγοντες, ενώ η συσχέτιση με τη νόσο Crohn δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. Ως θεραπευτική αντιμετώπιση προτείνονται συνήθως τα κορτικοστεροειδή σε διάφορες μορφές χορήγησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η διαφοροδιάγνωση σε περιπτώσεις διογκώσεων στη στοματοπροσωπική χώρα με ιστολογική εικόνα κοκκιωματώδους φλεγμονής περιλαμβάνει ποικιλία τοπικών και συστηματικών νόσων και απαιτεί ιδιαίτερη εμπειρία εκ μέρους του θεράποντα.

P29 ΣΥΝΔΡΟΜΟ LAUGIER-HUNZIKER: Παρουσίαση περίπτωσης

Τριανταφύλλου Κ., Χρυσομάλη Ε, Σκλαβούνη Αλ.
Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής του Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το σύνδρομο Laugier-Hunziker (LH) περιγράφηκε για πρώτη φορά από τους Laugier και Hunziker το 1970 και συνιστά σπάνια ιδιοπαθή, επίκτητη διαταραχή που εκδηλώνεται με βλεννονοεπιδερμική μελάγχρωση και χαρακτηριστική μελανοκυτταρική διαταραχή που εκδηλώνεται με τη μορφή πολλαπλών μελανών κηλίδων συνήθως σε γυναίκες μεταξύ δεύτερης και τρίτης δεκαετίας της ζωής. Εκδηλώσεις του συνδρόμου LH παρατηρούνται στα χείλη, στο βλεννογόνο του στόματος ή/και των γεννητικών οργάνων, καθώς και στο δέρμα των άκρων και των δακτύλων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση μιας περίπτωσης συνδρόμου LH και η συζήτηση των κλινικών χαρακτηριστικών και της διαφορικής διάγνωσης του σπάνιου αυτού συνδρόμου.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Άνδρας μη καπνιστής ηλικίας 58 ετών, παραπέμφθηκε για πολλαπλές ασυμπτωματικές μελαγχρωματικές βλάβες που έγιναν αντιληπτές από τον ασθενή πριν από 4 χρόνια και έκτοτε αυξάνονταν σε αριθμό. Στο ιστορικό αναφέρονταν υπέρταση και αρθρίτιδα. Κλινικά παρατηρήθηκαν σχετικά καλά περιγεγραμμένες μελανόφαιες κηλίδες, που εντοπιζόνταν στο βλεννογόνο του κάτω χείλους, στη παρυφή των ούλων, στο όριο σκληρής/μαλθακής υπερώας, στο δέρμα των δακτύλων και στα νύχια. Η βιοψία που λήφθηκε από μελαγχρωματική βλάβη του στόματος έδειξε ιστοπαθολογικά ευρήματα συμβατά με μελανωτική κηλίδα. Η διαφορική διάγνωση περιελάμβανε ένα ευρύ φάσμα νοσολογικών οντοτήτων και συνδρόμων που παρουσιάζουν μεταξύ άλλων κλινικών εκδηλώσεων και μελαγχρωματικές κηλίδες. Από τον γενικότερο κλινικο-εργαστηριακό έλεγχο του ασθενούς δεν διαπιστώθηκαν ενδοκρινικές ή άλλες διαταραχές και τέθηκε η διάγνωση του συνδρόμου LH με βάση το ιστορικό, τα κλινικά και ιστοπαθολογικά ευρήματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Εστιακή ή διάχυτη μελάγχρωση του στόματος μπορεί να προκληθεί από ποικίλα αίτια (φυσιολογική μελάγχρωση, μετατραυματική, φαρμακευτική μελάγχρωση), νεοπλασματα (μελάνωμα) ή να αποτελεί εκδήλωση ενδοκρινικών διαταραχών (νόσος Addison) ή συνδρόμων (Peutz-Jeghers, Carney, Lamb, Leopard, Gardner, McCune-Albright). Το σύνδρομο LH συνιστά μια καλοήγη διαταραχή της μελάγχρωσης, η διάγνωση της οποίας βασίζεται κυρίως στην απουσία ευρημάτων από τον εργαστηριακό έλεγχο του ασθενούς σε συσχέτιση με το ιστορικό, την κλινική εικόνα και τα ιστοπαθολογικά ευρήματα των βλαβών.

P30 ΧΡΟΝΙΟ ΕΛΚΟΣ ΥΠΕΡΩΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΛΗΨΗ ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗΣ

Νικητάκης Ν.¹, Νάννου Α.¹, Κατωπόδη Ε.², Τζιούφας Α.³, Σκλαβούνου Α.¹

1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ 2. Κέντρο Υγείας Βασιλικής Λευκάδας, 3. Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μεθοτρεξάτη (MTX) είναι ένας αντιμεταβολίτης με χημειοθεραπευτικές και ανοσοτροποποιητικές ιδιότητες και χρησιμοποιείται ευρέως σε χαμηλές δοσολογίες (5-25mg/εβδομάδα) για την αντιμετώπιση χρόνιων φλεγμονωδών νοσημάτων, όπως της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και της ψωρίασης. Έχουν αναφερθεί ποικίλες δοσοεξαρτώμενες παρενέργειες της χρόνιας λήψης MTX μεταξύ των οποίων ιδιαίτερο κλινικό ενδιαφέρον για τον οδοντίατρο παρουσιάζει η εμφάνιση στοματικών εκδηλώσεων, κυρίως ελκώνσεων, ερυθρότητας, πόνου, οιδήματος, διαταραχής της γεύσης και ξηροστομίας. Η ταυτόχρονη χορήγηση φυλλικού οξέος συμβάλλει στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης των παρενεργειών αυτών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση μίας περίπτωσης χρόνιου στοματικού έλκους σχετιζόμενου με λήψη MTX, η συζήτηση της διαφορικής διάγνωσης και της αντιμετώπισης, όπως και η σύγκριση με τα ολιγάριθμα παρόμοια περιστατικά που έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Γυναίκα 57 ετών, καπνίστρια, προσήλθε για ελαφρά συμπτωματική έλκωση στην υπερώα διάρκειας 8 μηνών. Το ιστορικό περιελάμβανε υποθυρεοειδισμό, οστεοπόρωση και ρευματοειδή αρθρίτιδα για την οποία η ασθενής λάμβανε MTX (10mg/εβδομάδα), πρεδνιζολόνη (2,5mg/ημέρα) και συμπλήρωμα φυλλικού οξέος. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε έλκος διαστάσεων 1,5x1 εκ. περιβαλλόμενο από λευκοπή άλω στην σκληρή υπερώα, σε σημείο που δεν ερχόταν σε επαφή με τη χρησιμοποιούμενη κινητή οδοντοστοιχία. Πραγματοποιήθηκε μερική βιοψία με ιστοπαθολογική διάγνωση μη ειδικού χρόνιου έλκους. Αντιμετώπιστηκε αρχικά με ενδοϊστική χορήγηση κορτικοστεροειδών, η οποία οδήγησε σε μείωση των διαστάσεων της βλάβης. Σε συνεργασία με το θεράποντα ρευματολόγο αποφασίστηκε η διακοπή λήψης MTX με αποτέλεσμα την πλήρη αποδρομή της βλάβης εντός δυο εβδομάδων περίπου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Χρόνια χορήγηση MTX μπορεί να προκαλέσει στοματικές εκηλώσεις οι οποίες χρήζουν διαφοροδιάγνωσης από βλάβες αντιδραστικής, αυτοάνοσης ή νεοπλασματικής αρχής. Διακοπή της λήψης MTX συμβάλλει στην ταχεία και πλήρη αποδρομή των σημείων και συμπτωμάτων.

P31 ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΣΙΑΛΟΛΙΘΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΙΟ ΤΟΥ ΕΚΦΟΡΗΤΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ ΤΟΥ ΥΠΟΓΝΑΘΙΟΥ ΣΙΑΛΟΓΟΝΟΥ ΑΔΕΝΑ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ.

Μένεγας Γ., Μητροπούλου Α., Καραϊνδρου Α., Δημόπουλος Π., Ζερβού-Βάλβη Φ.
Οδοντιατρικό Τμήμα του Κέντρου Υγείας Αρεόπολης

Εισαγωγή: Σιαλόλιθοι δημιουργούνται συχνά στους εκφορητικούς πόρους ή στο παρέγχυμα των μεγάλων, κυρίως, σιαλογόνων αδένων. Σε ποσοστό 70-80% εντοπίζονται στον υπογνάθιο σιαλογόνο αδένα και, σπανιότερα, στην παρωτίδα, τον υπογλώσσιο και τους μικρούς σιαλογόνους αδένες.

Όταν η εντόπιση του λίθου είναι κοντά στο στόμιο του πόρου, η αφαίρεσή του είναι εύκολη και μπορεί να γίνει και στα πλαίσια ιατρείου πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως σε οδοντιατρείο Κέντρου Υγείας (Κ.Υ.).

Σκοπός Να παρουσιάσουμε την αντιμετώπιση σιαλόλιθου υπογναθίου αδένα από οδοντίατρο σε Κέντρο Υγείας.

Παρουσίαση περίπτωσης Η ασθενής, ετών 88, προσήλθε στο οδοντιατρείο του Κ.Υ. Αρεόπολης με έντονη και επώδυνη διόγκωση στην περιοχή κάτω από το έδαφος της γλώσσας. Η προσπάθεια ψηλάφησης της περιοχής στην οξεία φάση απέβη άκαρπη. Λόγω έντονου οιδήματος και φλεγμονής συνεστήθη στην ασθενή αντιβιοτική και αντισηπτική αγωγή.

Μετά το πέρας του αντιβιοτικού σχήματος έγινε επανεξέταση. Η δοκιμασία για την εκροή του σάλου στον σιαλογόνο αδένα ήταν αρνητική. Κατά την ψηλάφηση διαπιστώθηκε σιαλόλιθος κοντά στο στόμιο του εκφορητικού πόρου του υπογναθίου σιαλογόνο αδένα. Δεδομένου ότι ο λίθος ήταν εμφανής, το ιστορικό της ασθενούς δεν ήταν ιδιαίτερα βεβαρημένο, η ηλικία της, όμως, ήταν μεγάλη με επακόλουθη την δυσκολία μετακίνησής της σε κέντρο δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας οδοντιατρικής περιθαλψής, αποφασίστηκε η αφαίρεση του λίθου να πραγματοποιηθεί στο Κ.Υ. Η εξαίρεση έγινε χειρουργικά επιτυχώς με τοπική αναισθησία. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς υπήρξε ομαλή.

Συμπεράσματα Όταν ο λίθος βρίσκεται στο περιφερικότερο τμήμα του εκφορητικού πόρου και το ιστορικό του ασθενούς δεν είναι ιδιαίτερα βεβαρημένο, είναι δυνατόν η αφαίρεση να γίνει εύκολα σε ιατρείο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας χωρίς να ταλαιπωρηθεί ο ασθενής με άσκοπη παραπομπή και μετακίνηση.

P32 ΟΡΓΑΝΟ ΤΟΥ CHIEVITZ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σφακιανού Α., Νικητάκης Ν., Σκλαβούνου Α.
Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ. Το όργανο του Chievitz είναι μια φυσιολογική ανατομική δομή που εντοπίζεται στην παρεϊοκροταφική περιοχή, κοντά στη γωνία της κάτω γνάθου και ιστολογικά εμφανίζεται ως μια ομάδα κυτταρικών νησιδίων που μοιάζουν με κύτταρα της ακανθώτης στίβδας του επιθηλίου. Υπάρχουν πολλές θεωρίες για την προέλευσή του, όπως εγκλεισμός επιθηλίου κατά την εμβρυογένεση ή υπολειμματικό όργανο προερχόμενο από την παρωτίδα. Αν και η ακριβής του λειτουργία είναι άγνωστη, πιθανολογείται η δράση του ως μηχανικός υποδοχέας. Ιδιαίτερης σημασίας είναι η ιστολογική διαφορική διάγνωση του οργάνου του Chievitz και ειδικά η διάκρισή του από ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα καλής διαφοροποίησης, μεταστατική εστία, βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα ή οδοντογενή όγκο.

ΣΚΟΠΟΣ. Στην παρούσα μελέτη γίνεται αναφορά ενός περιστατικού πτυχωτής ινώδους υπερπλασίας από οδοντοστοιχία, στη μικροσκοπική εξέταση της οποίας παρατηρήθηκε η παρουσία οργάνου του Chievitz. Επίσης, συζητείται η σπουδαιότητα της διαφορικής διάγνωσης από παθολογικές οντότητες με παρόμοια ιστολογική εικόνα.

ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ. Γυναίκα ηλικίας 76 ετών με νωδή άνω γνάθο υποβλήθηκε σε χειρουργική αφαίρεση υπερπλαστικού ιστού από την περιοχή της ουλοπαρειακής αύλακας με κλινική διάγνωση «πτυχωτής ινώδους υπερπλασίας από οδοντοστοιχία». Η μικροσκοπική εξέταση της βλάβης επιβεβαίωσε την κλινική διάγνωση και επιπλέον αποκάλυψε μεμονωμένα νησίδα επιθηλιακών κυττάρων συμβατών με το όργανο του Chievitz εντός του υπερπλαστικού αγγειοβριδούς ινώδους συνδετικού ιστού της βλάβης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ. Λόγω της σπανιότητας του οργάνου του Chievitz, το οποίο συνιστά φυσιολογική δομή, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή κατά την ιστολογική μελέτη ιστοτεμαχίων που προέρχονται από οπίσθιες περιοχές της στοματικής κοιλότητας προκειμένου να αποφευχθεί η πιθανότητα λανθασμένης διάγνωσης νεοπλασματος επιθηλιακής προέλευσης.

P33 ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Σφακιανού Α¹, Τεσσερομάτη Χ².
1. Εργαστήριο Στοματολογίας Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2. Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην καθημέραν ιατρική πράξη είναι δυνατόν να προκαλέσουν πληθώρα ανεπιθύμητων εκδηλώσεων στη στοματική κοιλότητα. Τέτοιου είδους φάρμακα είναι μεταξύ άλλων αντιπερτασικά, αντικαταθλιπτικά, αντιβιοτικά, χημειοθεραπευτικά, αντιισταμινικά, ρετινοειδή αντιεπιληπτικά, αντιπαρκινσονικά κ.α. Η επίδραση των φαρμάκων αυτών σχετίζεται κατά κύριο λόγο με τον μηχανισμό δράσης τους. Τα αίτια μπορεί να αφορούν άμεσα τις δράσεις του ένοχου φαρμάκου, αλλά μπορεί να οφείλονται σε ενεργοποίηση ανοσολογικών μηχανισμών. Οι εκδηλώσεις μπορεί να είναι εντετοπισμένες μόνο στη στοματική κοιλότητα ή να προσδίδουν βαρεία κλινική εικόνα συστηματικής νόσου. Σημαντικό ρόλο παίζουν ο χρόνος λήψης τους, η διάρκεια θεραπείας, η στοματική υγιεινή και η δοσολογία χορήγησης.

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται οι κατηγορίες φαρμάκων, υπεύθυνων, ανεπιθύμητων ενεργειών στη στοματική κοιλότητα, ο πιθανολογούμενος μηχανισμός εμφάνισής τους, σε σχέση με την εκδήλωση των κυριότερων βλαβών που αυτά προκαλούν.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η συστηματική χορήγηση ορισμένων φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει πληθώρα στοματικών βλαβών, δυσχεραίνοντας τη θεραπεία και επιβαρύνοντας πολλές φορές τη γενική αλλά και ψυχική υγεία του ασθενούς. Οι βλάβες αυτές ανάλογα με τη δραστική ουσία και την επίδρασή της στους ιστούς του στόματος περιλαμβάνουν ξηροστομία, δυσχρωμία σε ιστούς και δόντια, δυσγευσία, δημιουργία ελκώσεων και διαβρώσεων, αλλεργικές αντιδράσεις, διόγκωση των ούλων, μυκητίαση, λειχηνοειδή αντίδραση, ακόμα και εκδηλώσεις ερυθηματώδους λύκου ή πεμφιγοειδούς. Επομένως ο θεράπων θα πρέπει να αναγνωρίζει και να ταυτοποιεί τις παθολογικές εξεργασίες που εμφανίζονται με τη λήψη ορισμένων φαρμάκων, να ενημερώνει τον ασθενή για τη πιθανότητα εμφάνισής τους και ακόμα να έχει ευελιξία στην επιλογή κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος και τέλος να μπορεί να τις αντιμετωπίσει.

P34 Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΟΣΩΝ ΤΩΝ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Ζαφειριάδης Ν.

Ιατρός, Οδοντίατρος, Διευθυντής Κλινικής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής 251 ΓΝΑ

Οι νοσολογικές οντότητες των σιελογόνων αδένων που απαιτούν χειρουργική αντιμετώπιση είναι: οι φλεγμονές, οι κύστει και οι όγκοι.

Το συνηθέστερο αίτιο των φλεγμονών είναι αποφρακτικού τύπου (λίθοι, στενώσεις κ.λ.π.), οπότε η θεραπεία αποσκοπεί στην άρση της απόφραξης.

Η θεραπευτική προσέγγιση των κύστεων γίνεται είτε με ολική εξαίρεση είτε με μαρσιποποίηση.

Για τους καλοήθεις όγκους αρκεί η συντηρητική (διατήρηση ευγενών ανατομικών δομών, νεύρων κ.λ.π.) σε υγιή όρια αφαίρεσή τους, ενώ οι κακοήθεις όγκοι απαιτούν ριζικότερες παρεμβάσεις με τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό και πλαστικές αποκαταστάσεις πιθανών ελλειμμάτων που προκύπτουν.

Στην εργασία παρουσιάζεται η εμπειρία μας από την εφαρμογή των διαφόρων χειρουργικών πρακτικών.

ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Νικητάκης Ν.Γ., Αργύρης Π.Π., Ιατρού Ι., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας και Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Τα αιμαγγείωματα, τα λεμφαγγείωματα και οι αγγειακές δυσπλασίες συνιστούν καλοήθεις βλάβες, αγγειακής προέλευσης, νεοπλασματικής ή δυσπλαστικής αρχής. Συνήθως εμφανίζονται σε νεογνά και παιδιά, ενώ αρκετά συχνά εντοπίζονται στην κεφαλή και τον τράχηλο. Η ύπαρξή τους δημιουργεί αισθητικές διαταραχές και εγχυμονέι κίνδυνο αιμορραγίας σε περίπτωση τραύματος ή χειρουργικών επεμβάσεων.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να εξετάσει τη συχνότητα, τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και τους ιστολογικούς υπότυπους καλοήθων αγγειακών βλαβών της στοματικής κοιλότητας παιδιών και εφήβων. Ταυτόχρονα, συζητά την κατάλληλη μεθοδολογία για την ορθή διάγνωση και τις διαθέσιμες τεχνικές για την αντιμετώπιση αυτών των οντοτήτων.

Μέθοδοι: Μελέτηθηκαν οι περιπτώσεις αγγειακών βλαβών του στόματος σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 18 από το ιστοπαθολογικό αρχείο του Εργαστηρίου Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών (24 περιπτώσεις, περίοδος 1977-2007) και από το αρχείο ασθενών της Κλινικής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Νοσοκομείου Παιδών (15 περιπτώσεις, περίοδος 1999-2007).

Αποτελέσματα: Οι 24 περιπτώσεις με ιστοπαθολογική διάγνωση αγγειακής βλάβης του Εργαστηρίου Στοματολογίας αντιστοιχούσαν σε 13 (54,2%) άνδρες και 11 (45,8%) γυναίκες. Η ηλικία κυμαινόταν από 2 έως 18 έτη (Μ.Ο 12). Δεκατέσσερις περιπτώσεις (58,3%) διαγνώστηκαν ως λεμφαγγείωματα και εντοπιζόνταν αποκλειστικά στους μαλακούς ιστούς, με συχνότερη εντόπιση τη γλώσσα. Επίσης, ανευρέθηκαν 7 (29,2%) αιμαγγείωματα (5 μαλθακών μορφών και 2 ενδοστικά) και 3 (12,5%) περιπτώσεις αρτηριοφλεβώδους δυσπλασίας. Οι 15 περιπτώσεις της ΓΝΘΧ κλινικής αντιστοιχούν σε 9 (60%) λεμφαγγείωματα, 4 (26,7%) αιμαγγείωματα και 2 (13,3%) αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες.

Συμπεράσματα: Η κατανομή των αγγειακών βλαβών σε παιδιά και εφήβους στις επιμέρους διαγνωστικές κατηγορίες ήταν παρόμοια και στις 2 ομάδες ασθενών που μελετήθηκαν. Το λεμφαγγείωμα ήταν η πιο συχνή καλοήθης, ενδοστοματική, αγγειακή βλάβη. Για τη διάγνωση απαιτείται συνδυαστική αξιολόγηση των ευρημάτων από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τις απεικονιστικές τεχνικές, οι οποίες περιλαμβάνουν συμβατικές ακτινογραφίες, μαγνητική τομογραφία και αγγειογραφία. Χρήσιμο είναι και το σπινθηρογράφημα με Τεχνήτιο 99m, το οποίο μπορεί να δείξει αυξημένη πρόσληψη στο οστό για καθορισμό ενδοστικής εντόπισης της βλάβης. Οι θεραπευτικές λύσεις ποικίλλουν και περιλαμβάνουν εγχύσεις σκληρυντικών ουσιών (σκληροθεραπεία), εμβολισμό, τοποθέτηση σπειρών πλατίνης, ενδοβλαβική έγχυση κορτικοειδών ή ιντερφερόνης α και τέλος χειρουργική αφαίρεση.

Τριποδάκης Α.¹, Νικητάκης Ν.², Αργύρης Π.², Σκλαβούου Α.²

1. Εργαστήριο Προσθετικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ 2. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Αν και ποικίλες φλεγμονώδεις και νεοπλασματικές βλάβες των γνάθων συσχετίζονται με ενεργοποίηση του περιosteού και περιφερική εναπόθεση νεόπλαστου οστού, δεν έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία περιπτώσεις περιosteικής αντίδρασης μετά από τοποθέτηση ενδοosteικών οδοντικών εμφυτευμάτων.

ΣΚΟΠΟΣ της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά τριών περιπτώσεων ετερόπλευρης ή αμφοτερόπλευρης σκληρής διόγκωσης των οστικών πετάλων των γνάθων, μετά από τοποθέτηση εμφυτευμάτων στις αντίστοιχες περιοχές και η συζήτηση του πιθανού παθογενετικού μηχανισμού μέσω ενεργοποίησης του περιosteού.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ I: Γυναίκα 51 ετών μη καπνίστρια, με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό παρουσίασε αμφοτερόπλευρες σκληρές διογκώσεις στην άνω γνάθο στην περιοχή των προγομφίων, όπου είχαν τοποθετηθεί εμφυτεύματα πριν πέντε έτη. Οι διογκώσεις εμφανίστηκαν περίπου έξι μήνες μετά την τοποθέτηση, αυξάνονταν προοδευτικά σε μέγεθος και παρέμεναν ασυμπτωματικές. Κλινική εξέταση αποκάλυψε την ύπαρξη δύο αμφοτερόπλευρων διογκώσεων σκληρής σύστασης στην περιοχή των παρειακών φατνιακών οστικών πετάλων, αντίστοιχα προς τα εμφυτεύματα. Καλύπτονταν από φυσιολογικό βλεννογόνο και είχαν διαστάσεις περίπου 2,0 X 1,4 X 0,6εκ. Ο ακτινογραφικός έλεγχος με ορθοπαντομογράφημα και υπολογιστική τομογραφία αποκάλυψε έκπτυξη του φατνιακού πετάλου και οστική πύκνωση. Πραγματοποιήθηκε εξαίρεση της δεξιάς βλάβης και η ιστοπαθολογική εξέταση αποκάλυψε ώριμο οστίτη ιστό και ινολιπώδη μυελό με ολιγαρίδιμα, διάσπαρτα φλεγμονώδη κύτταρα. Τέθηκε η διάγνωση της εξόστωσης.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ II: Γυναίκα 63 ετών καπνίστρια, με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό παρουσίασε σκληρή διόγκωση στην άνω γνάθο υπερώτια στην περιοχή του #21 γειτονικά με ενδοosteικό εμφύτευμα που τοποθετήθηκε πριν δύο χρόνια.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ III: Άνδρας 54 ετών μη καπνιστής, με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό παρουσίασε σκληρή διόγκωση στην κάτω γνάθο προστοματικά στην περιοχή των #46 και #47 γειτονικά με ενδοosteικά εμφυτεύματα, δύο χρόνια μετά την τοποθέτησή τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Στα παραπάνω περιστατικά οι παρατηρούμενες σκληρές διογκώσεις πιθανώς οφείλονται σε ενεργοποίηση του περιosteού, ως απάντηση στον μεταχειρητικό τραυματισμό ή σε χρόνιο αμβλυχρό ερεθισμό συσχετιζόμενο με την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων. Η αιτιοπαθόγεια, η συχνότητα και η κλινική σημασία της παραγωγής νέου οστίτη ιστού στα πλαίσια της διαδικασίας της οστεοενσωμάτωσης, απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση.

Παπαδογεωργάκης Ν, Δασκαλόπουλος Α, Νικητάκης Ν, Παπαδόπουλος Π, Σκλαβούου Α.

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, ΠΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός» και Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Το πλειόμορφο αδένωμα (ΠΑ) ή μικτός όγκος αποτελεί την πλειοψηφία (72-80%) των καλοήθων όγκων της παρωτίδας. Παρά την καλοήγη φύση του έχει την τάση να υποτροπιάζει, γεγονός που συσχετίζεται με τα βιολογικά και ιστομορφολογικά χαρακτηριστικά του όγκου και κυρίως με την τεχνική της χειρουργικής του αφαίρεσης. Όπως αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία, το 5% περίπου των περιπτώσεων ΠΑ της παρωτίδας εξετάσσονται σε καρκίνωμα εκ πλειομόρφου αδενώματος, ειδικά σε περιπτώσεις μακράς διάρκειας παραμονής τους.

ΣΚΟΠΟΣ Η παρουσίαση τριών περιπτώσεων υποτροπιάζοντων ΠΑ παρωτίδας και η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας με έμφαση στην ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση.

ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ Παρουσιάζουμε 3 από τις συνολικά 7 περιπτώσεις υποτροπιάζοντων ΠΑ παρωτίδας που αντιμετώπιστηκαν στην ΓΝΘΧ Κλινική του Νοσοκομείου Ευαγγελισμός. 1) Γυναίκα 72 ετών με 3 υποτροπές ΠΑ στη δεξιά παρωτίδα. 2) Γυναίκα 68 ετών με ΠΑ στην αριστερή παρωτίδα που υποτροπίασε παράλληλα με την εμφάνιση ενός δεύτερου ΠΑ στη δεξιά παρωτίδα. Ιστολογική εξέταση του υποτροπιάζοντος όγκου της αριστερής παρωτίδας αποκάλυψε την παρουσία εστίας αδενοκαρκινώματος εντός της μάζας του ΠΑ θέτοντας την τελική διάγνωση του μη διηθητικού καρκινώματος εκ πλειομόρφου αδενώματος. 3) Γυναίκα 37 ετών με μικτό όγκο στη δεξιά παρωτίδα και πολλαπλές υποτροπές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ Η θεραπευτική αντιμετώπιση υποτροπιάζοντων ΠΑ παρωτίδας εξαρτάται καταρχήν από τον καλοήγη ή κακοήγη χαρακτήρα τους. Καλοήθεις υποτροπές που έχουν θεραπευτεί με εκφυρίνηση ή περικαψική εκτομή αντιμετωπίζονται με επιπολής ή μερική επιπολής παρωτιδεκτομή. Όγκοι στους οποίους έχει προηγηθεί επιπολής ή μερική επιπολής αφαίρεση αντιμετωπίζονται εκ νέου με ολική παρωτιδεκτομή και διατήρηση του προσωπικού νεύρου. Σε όγκους με κακοήγη εξαλλαγή η θεραπευτική αντιμετώπιση εξαρτάται από το είδος και την επέκταση της κακοήθειας και μπορεί να απαιτήσει συνδυασμένη χειρουργική, χημειοθεραπευτική ή/και ακτινοθεραπευτική προσέγγιση.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΕΡΑΤΙΝΟΚΥΣΤΙΚΟΥ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΟΥΣ ΟΓΚΟΥ ΚΑΙ ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΟΒΛΑΣΤΩΜΑΤΟΣ:

P38 ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Γκιγκέλου Ε, Μερκουρέα Σ., Νικητάκης Ν., Σκλαβούνου Α., Τσιχλάκης Κ.

Εργαστήριο Στοματολογίας και Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Το αδαμαντινοβλάστωμα και ο κερατινοκυστικός οδοντογενής όγκος (πρόσφατα προτεινόμενος όρος από τον WHO για την οδοντογενή κερατινοκύστη) αποτελούν δύο από τους συχνότερα απαντώμενους οδοντογενείς όγκους της στοματικής κοιλότητας. Χαρακτηρίζονται από παραπλήσια κλινική και ακτινογραφική εικόνα, γεγονός που καθιστά συχνά δύσκολη τη διαφοροδιάγνωσή τους.

ΣΚΟΠΟΣ Η συζήτηση των σημαντικότερων επιδημιολογικών, κλινικών και ακτινογραφικών ευρημάτων που διευκολύνουν τη διαφορική διάγνωση του αδαμαντινοβλαστώματος από τον κερατινοκυστικό οδοντογενή όγκο.

ΜΕΘΟΔΟΙ Αναζητήθηκαν περιπτώσεις με διάγνωση αδαμαντινοβλαστώματος ή κερατινοκυστικού οδοντογενούς όγκου από το ιστοπαθολογικό αρχείο του Εργαστηρίου Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών της περιόδου 1988-2007 και καταγράφηκαν η ηλικία, το φύλο και η εντόπιση των βλαβών. Επίσης, από τη διεθνή βιβλιογραφία επιλέχθηκαν και μελετήθηκαν ανασκοπήσεις και κλινικές μελέτες σχετικά με την κλινική και ακτινογραφική διάγνωση των δύο οντοτήτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Επί του συνόλου των 409 οδοντογενών όγκων που διαγνώστηκαν ιστοπαθολογικά στο Εργαστήριο Στοματολογίας την περίοδο 1988-2007, 236 (57.7%) διαγνώστηκαν ως κερατινοκυστικοί οδοντογενείς όγκοι και 67 (16,4%) ως αδαμαντινοβλαστώματα.

Όσο αφορά στους κερατινοκυστικούς οδοντογενείς όγκους, παρατηρήθηκε μικρή υπεροχή των ανδρών (1.19:1) και ηλικιακό εύρος κυμαινόμενο από την 1η ως και τη 10η δεκαετία, με συχνότερες τη 2η και την 4η. Επίσης, παρατηρήθηκε συχνότερη εμφάνιση στη κάτω γνάθο (2.5:1). Σχετικά με το αδαμαντινοβλάστωμα, δεν παρατηρήθηκε φυλετική προτίμηση, διαπιστώθηκε μεγάλο εύρος ηλικιακής κατανομής (3η έως και 7η δεκαετία) και ως συχνότερη θέση εντόπισης καταγράφηκε η κάτω γνάθος (2.7:1). Από το σύνολο σχεδόν της βιβλιογραφίας προκύπτουν παρόμοια συμπεράσματα με μικρές αποκλίσεις ως προς τις ποσοστιαίες αναλογίες. Διαφορές σημειώνονται, ωστόσο, ως προς τη συχνότητα εμφάνισης διαφόρων συμπτωμάτων, ενώ η ακτινογραφική εικόνα των βλαβών, η οποία γενικά περιγράφεται ως μονόχρωμη ή πολύχρωμη ακτινοδιαύγαση με σαφή όρια, εμφανίζει αποκλίσεις στις διάφορες μελέτες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Οι διαφορές στην κλινική και ακτινογραφική εικόνα των δύο οντοτήτων μπορούν να βοηθήσουν στη διαφοροδιάγνωσή τους, αλλά ασφαλέστερη εξαγωγή συμπερασμάτων προϋποθέτει λεπτομερέστερη καταγραφή και πληρέστερη επεξεργασία των δεδομένων που σχετίζονται κυρίως με την συμπτωματολογία και την ακτινογραφική εικόνα.

ΕΠΙΜΟΝΕΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΕΣ ΕΛΚΩΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙ 9 ΕΤΩΝ:

P39 ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ Ή ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ;

Νικητάκης Ν¹, Παπαδοπούλου Ε¹, Παπαγιαννούλη Ε²

1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ 2. Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Οι υποτροπιάζουσες ελκώσεις σε παιδιά μπορεί να οφείλονται σε ποικίλα τοπικά ή συστηματικά αίτια, συμπεριλαμβανομένων ιογενών λοιμώξεων, αυτοάνοσων νοσημάτων και συνδρόμων, και απαιτούν ενδελεχή διερεύνηση. Ωστόσο, δεν πρέπει να αποκλείεται η πιθανότητα να προκαλούνται από αυτοτραυματισμό ως εκδηλώσεις άγχους και ψυχολογικής πίεσης των μικρών ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη την πολύπλοκη παιδική ψυχοσύνδεση.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός περιστατικού ελκώσεων του στοματικού βλεννογόνου με υποτροπιάζοντα χαρακτήρα, οι οποίες προκαλούνταν από αυτοτραυματισμό (επίμονη δήξη) σε περιόδους αυξημένου stress.

Παρουσίαση περιστατικού: Αγόρι ηλικίας 9 ετών παραπέμφθηκε από τον ορθοδοντικό του εξαιτίας υποτροπιάζουσων ελκώσεων στις παρειές και τα οπισθογόμφια τρίγωνα, η πρώτη εμφάνιση των οποίων συσχετίστηκε με την τοποθέτηση ορθοδοντικών μηχανημάτων πριν 8 μήνες. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε λευκές πλάκες με πτυχώσεις στους παρειακούς βλεννογόνους αμφοτερόπλευρα, αντίστοιχα με τους πρώτους μόνιμους γομφίους, οι οποίοι έφεραν μεταλλικούς δακτυλίους. Στον αριστερό οπίσθιο παρειακό βλεννογόνο παρατηρήθηκε, επιπλέον, έλκωση καλυπόμενη από ψευδομεμβράνη και περιβαλλόμενη από λευκή άλω. Δεν αναφέρθηκε μηχανικός ερεθισμός και ο ασθενής και οι γονείς του αρνήθηκαν την πιθανότητα αυτοτραυματισμού. Ψυχήθηκε απομάκρυνση των ορθοδοντικών δακτυλίων λόγω της πιθανότητας τοπικής αλλεργικής αντίδρασης και τοπική εφαρμογή κορτικοστεροειδών, η οποία οδήγησε σε σταδιακή βελτίωση. Μία μέρα μετά από ενδοϊστική έγχυση κορτικοστεροειδούς, ο ασθενής προσήλθε αναφέροντας σημαντική επιδείνωση των βλαβών αμφοτερόπλευρα, ενώ κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε διαρκής σύσπαση των μασητηρίων μυών. Παρακολούθηση του μικρού ασθενούς από τους γονείς του αποκάλυψε τον αυτοτραυματισμό των παρειών. Τέθηκε η διάγνωση αυτοπροκαλούμενων τραυματικών βλαβών σε περιόδους αυξημένης ψυχικής έντασης και άγχους, όπως κατά την έναρξη της ορθοδοντικής θεραπείας ή την πραγματοποίηση ενέσεων. Ο ασθενής συνειδητοποίησε και παραδέχτηκε τον αυτοτραυματισμό του οποίου και διέκοψε με απουσία υποτροπών κατά τη διάρκεια ενός έτους παρακολούθησης.

Συμπέρασμα: Σε περίπτωση ελκώσεων που επιμένουν σε μικρούς ασθενείς παρά τον αποκλεισμό τοπικών ή συστηματικών αιτιών και την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, θα πρέπει να διερευνάται η πιθανότητα αυτοτραυματισμού και η υποκείμενη ψυχολογική κατάσταση.

P40 ΕΝΔΟΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΟΣΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣΤΩΜΑ ΣΕ ΒΡΕΦΟΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.

Σωτηρίου Δ.¹, Παπαδοπούλου Ε.², Νικητάκης Ν.², Βαδιάκας Γ.¹

1. Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ 2. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Ως χωρίστωμα ορίζεται κάθε ογκόμορφη μάζα ιστών φυσιολογικών σε μικροσκοπικό επίπεδο η οποία αναπτύσσεται σε μια μη φυσιολογική (έκτοπη) θέση. Το οστικό χωρίστωμα είναι ένας τύπος χωριστώματος με μικροσκοπικά χαρακτηριστικά ώριμου οστίτη ιστού, το οποίο σπάνια προσβάλλει τη στοματική κοιλότητα με συχνότερη εντόπιση τη γλώσσα, ενώ η εμφάνισή του στο φατνιακό βλεννογόνο είναι εξαιρετικά ασυνήθης. Τα οστικά χωριστώματα εμφανίζουν προτίμηση για το γυναικείο φύλο και μπορούν να γίνουν αντιληπτά σε οποιαδήποτε ηλικία. Αποτελούν καλοήθεις βλάβες με καλή πρόγνωση και δεν αναμένεται να υποτροπιάσουν μετά την εξαίρεσή τους.

Σκοπός: Η παρουσίαση μιας περίπτωσης οστικού χωριστώματος στο φατνιακό βλεννογόνο ενός βρέφους.

Παρουσίαση περίπτωσης: Ένα άρρεν βρέφος 7 μηνών προσήλθε στη Μεταπτυχιακή Κλινική της Παιδοδοντιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών με μια διόγκωση στο πρόσθιο τμήμα του βλεννογόνου της φατνιακής ακρολοφίας της κάτω γνάθου. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε καλά περιγεγραμμένο ογκίδιο διαστάσεων 0,8x0,5x0,3cm, σκληρής σύστασης και ομαλής επιφάνειας. Δεν παρατηρήθηκε ανατολή των νεογιλών τομέων. Το ογκίδιο εξαιρέθηκε χειρουργικά υπό τοπική αναισθησία. Η ιστοπαθολογική εξέταση αποκάλυψε τμήμα συμπαγούς πεταλιώδους οστού, περιβαλλόμενο από οστεοειδές μέσα σε υπόστρωμα πυκνού ινώδους συνδετικού ιστού. Τέθηκε η διάγνωση οστικού χωριστώματος του φατνιακού βλεννογόνου. Κατά τη διάρκεια ενός έτους παρακολούθησης, δεν παρατηρήθηκε υποτροπή της βλάβης.

Συμπέρασμα: Αν και το χωρίστωμα είναι σπάνια βλάβη της στοματικής κοιλότητας, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση διογκώσεων των ενδοστοματικών μαλακών μοριών σε παιδιά.

P41 ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Σαρλάνη-Νικητάκη Ε., Κατουμάς Κ., Νικητάκης Ν., Σκλαβούνου Α.

Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αθροιστική κεφαλαλγία είναι μια σπάνια πρωτοπαθής κεφαλαλγία που εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες. Χαρακτηρίζεται από έντονο, διαξιφιστικό, σφυγμώδη πόνο διάρκειας 20 λεπτών έως 2 ωρών, ο οποίος εντοπίζεται αυστηρά μονόπλευρα στην κογχική, υπερκογχική ή κροταφική περιοχή. Έχει συχνότητα από μία κρίση κάθε δεύτερη ημέρα έως 8 ημερησίως και συνδυάζεται με σύστοιχα φαινόμενα συμμετοχής του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως ένεση επιπεφυκότα, δακρύρροια, ρινική συμφόρηση ή/και ρινική καταρροή. Τα επεισόδια πόνου διαρκούν για μερικές εβδομάδες ή μήνες με ελεύθερα κρίσεων μεσοδιαστήματα που κυμαίνονται από λίγες εβδομάδες έως και χρόνια.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περίπτωσης αθροιστικής κεφαλαλγίας με έμφαση στη διαφορική διάγνωση από άλλες μορφές κεφαλαλγίας και στη θεραπεία της νόσου.

ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής άρρεν ετών 66 προσήλθε παραπονούμενος για επεισόδια ιδιαίτερα έντονης κεφαλαλγίας από δεκαήμερο. Τα επεισόδια της κεφαλαλγίας χαρακτηρίζονταν από έντονο, διαξιφιστικό και βασανιστικό για τον ασθενή πόνο με αποκλειστικά μονόπλευρη εντόπιση στην αριστερή κογχική και υπερκογχική περιοχή. Τα επεισόδια διαρκούσαν περίπου 30 λεπτά και συνοδεύονταν από ρινική συμφόρηση και ρινική καταρροή αριστερά, φωτοφοβία και ηχοφοβία. Η συχνότητα των κρίσεων ήταν 2 την ημέρα με εμφάνιση το μεσημέρι και κατά τη διάρκεια της νύχτας διακόπτοντας τον ύπνο. Ο ασθενής ανέφερε παρόμοια επεισόδια κεφαλαλγίας πριν από 10 χρόνια τα οποία είχαν διάρκεια λίγων εβδομάδων. Τέθηκε η διάγνωση αθροιστικής κεφαλαλγίας και χορηγήθηκε σουματριπτάνη, πρεδνιζολόνη και βεραπαμίλη. Ο ασθενής ανέφερε αποδρομή των συμπτωμάτων μέσα σε 48 ώρες από την έναρξη της αγωγής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η αθροιστική κεφαλαλγία αποτελεί μια σπάνια μορφή κεφαλαλγίας με χαρακτηριστική μονόπλευρη εντόπιση των συμπτωμάτων, η οποία πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην διαφορική διάγνωση των κεφαλαλγιών.

ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΕΝΔΟ- ΚΑΙ ΠΕΡΙ-ΣΤΟΜΑΤΙΚΑ ΟΞΙΔΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΗΣ ΓΑΜΜΑΠΑΘΕΙΑΣ ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ ΣΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ.

P42

Νικητάκης Ν., Τσιτσινίδης Σ., Ανδρικοπούλου Μ., Σαρλάνη-Νικητάκη Ε., Σκλαβούνου Α.
Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ Ως αμυλοείδωση προσδιορίζεται ένα φάσμα νοσολογικών οντοτήτων που χαρακτηρίζεται από εξωκυττάρια εναπόθεση ινιδιακής πρωτεΐνης σε διαφορους ιστούς και όργανα. Μεταξύ των ποικίλων τύπων αμυλοείδωσης, κυρίαρχη θέση κατέχει η πρωτοπαθής ή αμυλοείδωση ελαφρών αλύσεων ανοσοσφαιρινών (Light chain amyloidosis - AL) που σχετίζεται με υποκείμενη πλασματοκυτταρική δυσκρασία. Η μονοκλωνική γαμμαπάθεια ακαθόριστης σημασίας (Monoclonal gammopathy of undetermined significance - MGUS) συνιστά τύπο μονοκλωνικής γαμμαπάθειας που χαρακτηρίζεται από την παρουσία στον ορό μονοκλωνικής πρωτεΐνης σε άτομα χωρίς στοιχεία πολλαπλού μυελώματος, μακροσφαιριναιμίας Waldenstrom ή άλλης σχετιζόμενης πλασματοκυτταρικής δυσκρασίας.

ΣΚΟΠΟΣ Η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης πρωτοπαθούς αμυλοείδωσης με τη μορφή ενδοστοματικών βλαβών η οποία αποτέλεσε την πρώτη εκδήλωση μετάπτωσης MGUS σε πλασματοκυτταρική δυσκρασία.

ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ Στην παρούσα εργασία, περιγράφεται μια περίπτωση γυναίκας - ασθενούς 80 ετών με ιστορικό μακρόχρονης, σταθεροποιημένης MGUS, η οποία παραπέμφθηκε για αξιολόγηση περι- και ενδο-στοματικών βλαβών που εμφανίστηκαν πρόσφατα. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκαν ενδοστοματικά, πολλαπλά, συμπαγή, υποβλεννογόνια, ωοειδή οξίδια, εντοπιζόμενα στο άνω χείλος, τον παρειαικό βλεννογόνο αριστερά όσο και στα πλάγια χείλη της γλώσσας αμφοτερόπλευρα, δημιουργώντας εικόνα μακρογλωσσίας. Επιπρόσθετα, εντοπίστηκαν εξωστοματικά δύο υποδερματικές οξίδια, στον έσω κανθό του δεξιού οφθαλμού και στον πάγκωνα. Έγινε βιοψία των ενδοστοματικών βλαβών που αποκάλυψε εναπόθεση πυκνού, άμορφου, ηωσινόφιλου υλικού που υποκαθιστούσε τους ιστούς υποβλεννογόνια, το οποίο με την εφαρμογή ειδικών χρώσεων αναγνωρίστηκε ως αμυλοειδές. Περαιτέρω βιοχημικός έλεγχος ανέδειξε υψηλά επίπεδα IgG στο περιφερικό αίμα, ενώ 50% του πρωτεϊνικού κλάσματος αντιστοιχούσε σε IgG κάππα παραπρωτεΐνη. Δεν ανιχνεύθηκε εναπόθεση αμυλοειδούς στο μυελό των οστών ή άλλα όργανα. Το προτεινόμενο θεραπευτικό σχήμα με υψηλής δόσης χημειοθεραπεία και μεταμόσχευση αυτόλογων βλαστικών κυττάρων απορρίφθηκε από την ασθενή. Ωστόσο η εφαρμοζόμενη πλασμαφαίρεση, προκάλεσε πτώση της μονοκλωνικής IgG κάππα παραπρωτεΐνης. Επανεξέταση σε 6 μήνες δεν ανέδειξε επιδείνωση των στοματικών και δερματικών οξιδίων ή ανάπτυξη νέων εναποθέσεων αμυλοειδούς σε άλλες θέσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ Η συγκεκριμένη ασθενής συνιστά σπάνια κλινική περίπτωση μετάπτωσης MGUS σε AL, η οποία διαγνώθηκε αποκλειστικά από την παρουσία ενδο- και περι-στοματικών βλαβών.

ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΛΕΙΟΜΥΩΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ. ΜΕΛΕΤΗ 8 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

P43

Λιάζος Ι., Τόσιος Κ., Σκλαβούνου ΑΑ.
Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Τα λειομύωματα είναι καλοήθεις όγκοι του λείου μυϊκού ιστού. Ιστολογικά διακρίνονται σε συμπαγή λειομύωματα, αγγειικά λειομύωματα ή αγγειολειομύωματα και επιθηλιοειδή λειομύωματα ή λιμομβλαστώματα. Παρ' όλο που ορισμένες περιπτώσεις έχουν παρουσιαστεί στο γαστροίσοφαγικό σωλήνα, το λάρυγγα και τον εγκέφαλο, εντούτοις, λειομύωματα στη στοματική κοιλότητα περιγράφονται αρκετά σπάνια. Μέχρι σήμερα, στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί περίπου 155 περιπτώσεις. Το 75% των λειομυώματων του στόματος είναι του τύπου των αγγειακών λειομυώματων, ενώ οι υπόλοιποι ιστολογικοί τύποι είναι αρκετά σπάνιοι. Το υλικό της εργασίας προέρχεται από το αρχείο του Εργαστηρίου της Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Συγκεντρώθηκαν 8 αγγειακά λειομύωματα στόματος που είχαν διαγνωσθεί κατά τη χρονική περίοδο 1974 - 2004, και για τα οποία υπήρχε διαθέσιμο υλικό. Οι τομές των όγκων που είχαν μονιμοποιηθεί σε φορμόλη 10% και εγκλεισθεί σε παραφίνη, χρώστηκαν με αιματοξυλίνη - ηωσίνη και τριχρωμη του Mallory για την επιβεβαίωση της μικροσκοπικής διάγνωσης. Στη συνέχεια, η ανοσοϊστοχημική χρώση έγινε με τη μέθοδο της στρεπταβιδίνης - βιοτίνης - υπεροξειδάσης με αντισώματα κατά των πρωτεϊνών S100, PGP9.5, NSE και GFAP. Τα αποτελέσματα έδωσαν τη διάγνωση, ενώ, σε καμία από τις περιπτώσεις δεν παρατηρήθηκαν θετικά νευρικά στοιχεία τόσο στην κάψα, όσο και στο παρέγχυμα των όγκων. Σε αντίθεση με τους περιβάλλοντες ιστούς, όπου ανιχνεύθηκαν θετικές νευρικές ίνες και με τα τέσσερα αντισώματα. Συμπερασματικά, τα αγγειακά λειομύωματα είναι αρκετά σπάνια στον στοματικό βλεννογόνο. Η αιτιολογία τους παραμένει ασαφής, αλλά ενδέχεται να συνδέονται με τραυματισμό της περιοχής, μόλυνση, ορμονολογικές διαφοροποιήσεις καθώς και με δυσπαλία αγγείων. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει αναφερθεί μία περίπτωση σύνδεσης αγγειολειομύωματος με λιμομωσάρκωμα. Αυτό υποδηλώνει την περίπτωσης κακοήθους εξαλλαγής και για το λόγο αυτό απαιτείται η συνεχής παρακολούθηση ασθενών με όμοια ευρήματα.

Ζερβού-Βάλβη Φ., Δημητρίου Αικ., Καραϊνδρου Αικ., Καραγεώργος Η.

Στοματολογικό Ιατρείο του Οδοντιατρικού Τμήματος και Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ του Γενικού Νοσοκομείου Ασκληπείου Βούλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα στοματολογικά περιστατικά αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της καθ'ημέραν πράξης των Οδοντιατρικών Τμημάτων των Νοσοκομείων. Η λειτουργία Στοματολογικών Ιατρείων στα πλαίσια των Οδοντιατρικών Τμημάτων δημιουργεί σημεία αναφοράς για τα περιστατικά αυτά και συμβάλλει στην πληρέστερη αντιμετώπιση τους.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι ο προσδιορισμός ποσοτικά και ποιοτικά των στοματολογικών περιστατικών του Οδοντιατρικού Τμήματος του Γ.Ν. «Ασκληπείο Βούλας» στο χρονικό διάστημα της τελευταίας τριετίας κατά το οποίο οργανώθηκε και άρχισε να λειτουργεί Στοματολογικό Ιατρείο στα πλαίσια του Τμήματος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Καταγραφή των στοματολογικών περιστατικών που προσήλθαν στο Τμήμα το αντίστοιχο χρονικό διάστημα, κριτική αξιολόγηση και ταξινόμηση ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και την αιτιοπαθογένεια τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανάλυση έδειξε ότι:

1) Οι συνεδρίες στοματολογικών περιστατικών ήταν συνολικά 723 (243 πρώτης φοράς και 480 επανεξετάσεις) και αποτελούσαν το 8,6% του συνολικού αριθμού συνεδριών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων.

2) Οι γυναίκες ήταν περισσότερες από τους άνδρες (Α/Γ=100/143, ήτοι ποσοστιαία 58,8% γυναίκες και 41,2 % άνδρες).

3) Η πλειονότητα των προσελθόντων ήταν άνω των 50 ετών.

4) Από τους προσερχόμενους ασθενείς το 35,4% έπασχε από φλεγμονώδη νόσο, το 33,7% παρουσίαζε στοματικές εκδηλώσεις γενικών νόσων, το 21,8 % όγκο και το 5,4% στοματογοναθική δυσπλασία.

5) Βιοψία-ιστολογική εξέταση χρειάστηκε να διενεργηθεί σε 45 ασθενείς, ήτοι στο 18,5% των περιπτώσεων.

6) Με την κλινική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις αποκαλύφθηκαν νοσήματα που απειλούν τη ζωή, κυρίως προ-καρκινικές βλάβες και καρκίνος του στόματος.

7) Η προσέλευση στοματολογικών περιστατικών στο Οδοντιατρικό Τμήμα έχει αυξηθεί σημαντικά στο διάστημα που λειτουργεί Στοματολογικό Ιατρείο. Επίσης σημαντική είναι η ετήσια αύξηση της προσέλευσης ασθενών, μεταξύ των οποίων πολλοί παραπέμπονται από οδοντιάτρους άλλων Νοσοκομείων ή ιδιώτες αλλά και από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, νοσοκομειακούς και μη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα παραπάνω στοιχεία καταδεικνύουν τη σημασία της εκπαίδευσης-εξειδίκευσης του νοσοκομειακού οδοντιάτρου με τα νοσήματα του στόματος και την αναγκαιότητα λειτουργίας Στοματολογικού Ιατρείου στα πλαίσια των Οδοντιατρικών Τμημάτων των Νοσοκομείων, ιδιαίτερα όταν ο Τόπος, το Περιβάλλον και το Προσωπικό διαθέτουν τα εχέγγυμα για την ποιοτική παροχή της εξειδικευμένης αυτής Ιατρικής Υπηρεσίας.

Ζερβού-Βάλβη Φ., Φανδρίδης Ι., Μεσσίνη Μ., Πολάτου Α., Ντάβου-Ζουρδού Κ., Θωμά-Τσαγκλή Ε.,
Στοματολογικό Ιατρείο του Οδοντιατρικού Τμήματος και Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ και Τμήματα Παθολογοανατομικό και
Κυτταρολογικό του Γενικού Νοσοκομείου Ασκληπείου Βούλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η λευκοπλακία αποτελεί την πιο συχνή προκαρκινική βλάβη του στόματος, η δε διάγνωση και η ορθή διαχείρισή της από τον οδοντίατρο και ιδιαίτερα τον νοσοκομειακό, στον οποίον απευθύνεται πληθώρα περιστατικών, αποκτά ιδιαίτερη σημασία.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάλυση των κλινικών και ιστολογικών χαρακτηριστικών των περιπτώσεων λευκοπλακίας που προσήλθαν στο Στοματολογικό Ιατρείο (ΣΙ) του Οδοντιατρικού Τμήματος του Γ.Ν. «Ασκληπείο Βούλας».

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελέτη και κριτική αξιολόγηση των αρχείων του ΣΙ της τελευταίας τριετίας, κατά την οποία το Ιατρείο αυτό οργανώθηκε και άρχισε να λειτουργεί.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 1) Επί συνόλου 243 ασθενών του ΣΙ, οι 14 (9 άνδρες και 5 γυναίκες), παρουσίαζαν λευκοπλακία του βλεννογόνου του στόματος.

2) Οι ασθενείς ανήκαν κυρίως στην 7^η και στην 6^η δεκαετία ζωής (μ.ό. 55 έτη, εύρος 28-69).

3) Οι βλάβες εντοπιζόνταν κυρίως στην παρειά (έξι) και κατά φθίνουσα σειρά στην γλώσσα και στην φατνιακή ακρολοφία (από τρεις), στο έδαφος του στόματος και τα χείλη (από μία).

4) Κλινικά, οι οκτώ εμφανίζονταν ως ομοιογενείς, τρεις ως μη ομοιογενείς, μία ως ερυθρολευκοπλακία, μία ως τριχωτή ενώ σε μια συνυπήρχε μεγάλη έλκωση.

5) Ιστολογική εξέταση διενεργήθηκε σε επτά, από τις οποίες σε δύο αποκαλύφθηκε δυσπλασία που αφορούσε σε μη ομοιογενή λευκοπλακία του εδάφους του στόματος και σε ερυθρολευκοπλακία της παρειάς.

Στη λευκοπλακία με την έλκωση, δεδομένου ότι τέθηκε εξ αρχής ως η πιθανότερη κλινική διάγνωση αυτή του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος, έγινε κυτταρολογική εξέταση που έδειξε πράγματι την ύπαρξη νεοπλασματικών κυττάρων και ο ασθενής παραπέμφθηκε άμεσα σε Τμήμα Γναθοπροσωπικής και Στοματικής Χειρουργικής για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Από τις υπόλοιπες έξι περιπτώσεις στις οποίες δεν διενεργήθηκε βιοψία, στον μεν ασθενή με την τριχωτή λευκοπλακία έγινε έλεγχος για HIV μόλυνση, ο οποίος απέβη αρνητικός, οι δε λοιποί πέντε δεν συναίνεσαν κυρίως λόγω της ύπαρξης βεβαρημένου ψυχιατρικού ιστορικού. Ωστόσο, στις τέσσερεις από αυτές ήταν εμφανής ο τραυματικός παράγοντας, η δέσση του επέφερε άμεση βελτίωση της κλινικής εικόνας.

6) Από τους ασθενείς οι εννέα ήταν καπνιστές, μεταξύ των οποίων όλες οι περιπτώσεις με ατυπία και δυσπλασία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο ρόλος του Νοσοκομειακού Οδοντίατρου στη διάγνωση και αντιμετώπιση της λευκοπλακίας είναι σημαντικός, γεγονός που επιβάλλει την εξοικείωσή του με τέτοιου είδους περιστατικά.

Αρβανιτίδου Ι.-Ε., Τσιπινίδης Σ., Πιπέρη Ε., Χατζηστάμου Ι., Σκλαβούνου Αλ.
Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το Βασικοκυτταρικό Καρκίνωμα (ΒΚ) αναπτύσσεται από κύτταρα της επιδερμίδας ή του τριχοθυλακίου και αποτελεί το συχνότερο κακόηθες νεόπλασμα του δέρματος. Αναπτύσσεται αργά διηθώντας τους γύρω ιστούς ενώ σπάνια δίνει μεταστάσεις. Παρατηρείται συνήθως σε άτομα ηλικίας >30 ετών σε περιοχές του δέρματος που εκτίθενται στην ηλιακή ακτινοβολία. Περίπου 80% των περιπτώσεων ΒΚ παρατηρούνται στο δέρμα της περιοχής κεφαλής-τραχήλου ενώ οι ενδοστοματικές εντοπίσεις είναι εξαιρετικά σπάνιες. Κλινικά μπορεί να εμφανίζεται ως ερυθρή βλατίδα που μεγεθύνεται προοδευτικά και παρουσιάζει απολέπιση (επιφανειακό ΒΚ), ως οζώδης διόγκωση με πολλαπλές τηλεαγγειεκτασίες που αυξανόμενη καταλείπει έλκος (οζώδες ΒΚ), ως μελαγχρωματικά οζίδια (μελαγχρωματικό ΒΚ) ή ως λευκοκίτρινη πλάκα (σκληρωτικο-μορφικό ΒΚ). Η θεραπεία του ΒΚ συνίσταται συνήθως στην χειρουργική εξαίρεση και η πρόγνωση του είναι άριστη.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης ΒΚ με ασυνήθη εντόπιση στην περιοχή της συγχειλίας.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ολική νωθή ασθενής ηλικίας 82 ετών προσήλθε στην Κλινική της Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών παραπονούμενη για έλκωση στην δεξιά συγχειλία διάρκειας ενός έτους, η οποία εμφάνιζε αυτόματες αιμορραγίες. Κλινικά διαπιστώθηκε γραμμοειδής έλκωση διαστάσεων 1,5 x 1 cm με υπεργερμένα υποστρόγγυλα περιφερικά χείλη με σκληρία, σημειακές εξελκώσεις και παρουσία αιμορραγικών εφελκιδών. Η έλκωση συνεχόταν με ενδοστοματικό υπόσκληρο ογκίδιο, διαστάσεων 0,6 x 0,5 x 0,3 cm, το οποίο καλυπτόταν από βλεννογόνο ερυθρόλευκης χροιάς. Η ασθενής έφερε ολικές οδοντοστοιχίες ενώ ο υπόλοιπος στοματικός βλεννογόμος ήταν φυσιολογικός. Η πιθανή κλινική διάγνωση περιελάμβανε την χρόνια υποτροπιάζουσα συγχειλίτιδα και το πυογόνο κοκκίωμα αντίστοιχα. Διενεργήθηκε μερική βιοψία και των 2 βλαβών και η ιστοπαθολογική εξέταση που ακολούθησε αποκάλυψε ότι επρόκειται για μία ενιαία βλάβη με χαρακτηριστικά συμπαγούς τύπου βασικοκυτταρικού καρκινώματος δέρματος συγχειλίας με κατά συνέχεια διήθηση του στοματικού βλεννογόνου. Η ασθενής παραπέμφθηκε για ολική εξαίρεση της βλάβης. Έξι μήνες μετά δεν παρατηρείται υποτροπή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Συζητείται η διαφορική διάγνωση χρονίων ελκώσεων της περιοχής της συγχειλίας με άτυπη κλινική εικόνα, η ιστολογική διαφορική διάγνωση βλαβών με βασικοκυτταρικούς χαρακτήρες καθώς και τα νεότερα δεδομένα που αφορούν στην αντιμετώπιση του βασικοκυτταρικού καρκινώματος.

P47 2 ΣΠΑΝΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.

¹Σφακιανού Αικ., ¹Νικητάκης Ν., ¹Πιπέρη Ε., ²Τζέρμος Φ., ³Βλαχοδημητρόπουλος Δ., ¹Σκλαβούνου Α.
1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2. Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 3. Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα λιποσαρκώματα αποτελούν τα πιο συχνά σαρκώματα των μαλακών μοριών στους ενήλικες και συνηθέστερα εντοπίζονται στην οπισθοπεριτοναϊκή κοιλότητα και τους εν τω βάθει μαλθακούς ιστούς των άκρων. Τα λιποσαρκώματα κεφαλής-τραχήλου αποτελούν το 5-9% του συνόλου των λιποσαρκωμάτων και από αυτά μόνο το 8% εντοπίζεται στη στοματική κοιλότητα. Ιστολογικά τα λιποσαρκώματα διαχωρίζονται σε 4 τύπους: το καλά διαφοροποιημένο, το οποίο πρόσφατα μετονομάστηκε σε άτυπο λιπωματώδη όγκο (ΑΛΟ), το μυξωματώδες, το στρωγυλοκυτταρικό, το πλειόμορφο και το αποδιαφοροποιημένο. Ο συχνότερος τύπος ενδοστοματικού λιποσαρκώματος είναι ο άτυπος λιπωματώδης όγκος (ΑΛΟ). Η βλάβη εμφανίζεται συνηθέστερα στη γλώσσα ή στην παρεία ως μία βραδέως αυξανόμενη, ανώδυνη διόγκωση με ελαστική ή υπόσκληρη σύσταση ενώ ανάλογα με το βάθος εντόπισης μπορεί να εμφανίζει χροιά κίτρινη ή φυσιολογικού βλεννογόνου.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση δύο σπάνιων περιπτώσεων ΑΛΟ και η ανασκόπηση των αντίστοιχων περιστατικών της διεθνούς βιβλιογραφίας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Στην πρώτη περίπτωση γυναίκα ηλικίας 36 ετών προσήλθε λόγω ανάπτυξης ασυμπτωματικού υπόσκληρου ογκιδίου διάρκειας δύο μηνών με λεία επιφάνεια και φυσιολογική χροιά στο κάτω χείλος μετά από τραυματισμό της περιοχής. Η πιθανή κλινική διάγνωση ήταν βλενώδης κύστη από έκχυση. Η δεύτερη περίπτωση αφορούσε σε ασυμπτωματικό, ευκίνητο ελαστικό, υποβλεννογόνιο όγκο διάρκειας τεσσάρων ετών, ο οποίος καλυπτόταν από φυσιολογικό βλεννογόνο και εντοπιζόταν στην κορυφή της γλώσσας γυναίκας ηλικίας 70 ετών. Η πιθανή κλινική διάγνωση περιελάμβανε κυρίως καλοήθεις όγκους του μεσεγγηματικού ιστού. Κατά τη μερική βιοψία-εξαίρεση και στις δύο περιπτώσεις παρατηρήθηκαν αδρόσεις λιποβλαστών και άτυπων λιποκυττάρων με πλειόμορφους φυσαλιδώδεις πυρήνες τα οποία διηθούσαν μικρά αγγεία και γραμμωτές μυϊκές ίνες και τέθηκε η διάγνωση του ΑΛΟ. Ακολούθησε εξαίρεση των βλαβών σε υγιή όρια και συστήθηκε παρακολούθηση των ασθενών επί μακρόν. Δώδεκα και δέκα μήνες αντίστοιχα μετά τη βιοψία δεν αναφέρονται υποτροπές.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Συζητούνται η κλινική και ιστολογική διαφοροδιάγνωση του άτυπου λιπωματώδους όγκου καθώς και η συσχέτιση των κλινικοπαθολογικών χαρακτηριστικών των λιποσαρκωμάτων με την ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση, τη βιολογική συμπεριφορά και την πρόγνωση τους, σύμφωνα με τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Τσιτανίδης Σ.¹, Σιλβέστρος Σ.², Χριστόπουλος Π.³, Πιπέρη Ε.¹, Καραθανάση Β.¹, Σκλαβούνου Α.¹

1. Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 2. Εργαστήριο Προσθητικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, 3. Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σιαλολιθίαση αποτελεί συνήδη νόσο των σιαλογόνων αδένων που χαρακτηρίζεται από ολική ή μερική απόφραξη της εκφορητικής οδού του σιαλικού εκκρίμματος ενώ συχνά σχετίζεται με νόνο, οίδημα και φλεγμονή των αδένων. Οι σιαλόλιθοι απαντώνται κυρίως στον εκφορητικό πόρο του υπογνάθιου αδένα και λιγότερα συχνά στην παρωτίδα και στους ελάσσονες σιαλογόνους αδένες ενώ πιθανά αίτια σχηματισμού τους συνιστούν η ανατομική πορεία του πόρου, η διαταραχή του σιαλικού pH, φλεγμονές και συστηματικά νοσήματα. Οι σιαλόλιθοι είναι συνήθως ενασβεστωμένα μορφώματα διαστάσεων < 1 εκ., ενώ οι ευμεγέθεις σιαλόλιθοι με διαστάσεις που υπερβαίνουν τα 1,5 εκ. απαντώνται σπάνια.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης γιγάντιου σιαλολιθίου του υπογνάθιου αδένα και η ανασκόπηση των αντίστοιχων περιστατικών της διεθνούς βιβλιογραφίας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: Ασθενής ηλικίας 81 ετών προσήλθε για αξιολόγηση διόγκωσης σκληρής σύστασης στο έδαφος του στόματος διάρκειας 20 ετών. Το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς ήταν ελεύθερο. Κατά την ενδοστοματική εξέταση παρατηρήθηκε ανώδυνη σκληρή διόγκωση στο έδαφος του στόματος δεξιά, η οποία καλυπτόταν κατά τη μεγαλύτερη της έκταση από φυσιολογικό βλεννογόνο. Εστιακά παρατηρούνταν διάτρηση του υπερκείμενου βλεννογόνου, από τον οποίο προέβαλλε μόρφωμα σκληρής σύστασης και φαιής χροιάς. Η εκροή σιάλου από τον πόρο του Wharton ήταν μειωμένη ενώ δεν παρατηρούνταν μεταβολή των διαστάσεων του αδένα. Κατά τον απεικονιστικό έλεγχο παρατηρήθηκε ευμεγέθης ωοειδής ακτινοσκιερή μάζα στο οπίσθιο τμήμα του πόρου του υπογνάθιου και η πιθανή κλινική διάγνωση ήταν λίθος υπογνάθιου αδένα. Πραγματοποιήθηκε χειρουργική εξαίρεση του λίθου μέσω ενδοστοματικής προσπέλασης με τοπική αναισθησία και το τραύμα αφέρθηκε για κατά δεύτερο σκοπό επούλωση. Μακροσκοπικά διαπιστώθηκε ότι επρόκειτο για ενασβεστωμένη μάζα διαστάσεων 3,1 x 1,8 x 1,2 εκ και βάρους 9,8 γραμμαρίων. Η μετεχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή και 8 μήνες μετά δεν παρατηρείται υποτροπή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Συζητούνται τα αίτια και ο παθογενετικός μηχανισμός σχηματισμού σιαλολιθών, η θεραπευτική τους αντιμετώπιση και γίνεται ανασκόπηση των περιπτώσεων ευμεγέθων λίθων της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Ζερβού-Βάλβη Φ., Καραϊνδρου Αικ., Δημητρίου Αικ., Μένεγας Γ., Καραλής Σ., Χρανιώτη Στ.

Στοματολογικό Ιατρείο του Οδοντιατρικού Τμήματος και Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ και Παθολογοανατομικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Ασκληπείου Βούλας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα ογκίδια του βλεννογόνου του στόματος αποτελούν νοσολογικές οντότητες ιδιαίτερου ενδιαφέροντος τόσο για τον οδοντίατρο όσο και για τον ασθενή, ο οποίος πολλές φορές προσέρχεται για εξέταση με έκδηλη αγωνία λόγω καρκινοφοβίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η ανάλυση των κλινικών και ιστολογικών χαρακτήρων των περιπτώσεων ογκιδίων του βλεννογόνου του στόματος του Στοματολογικού Ιατρείου (ΣΙ) του Οδοντιατρικού Τμήματος του Γ.Ν. «Ασκληπείου Βούλας».

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Μελέτη και κριτική αξιολόγηση των αρχείων του ΣΙ της τελευταίας τριετίας, κατά την οποία το ιατρείο αυτό οργανώθηκε και άρχισε να λειτουργεί. Στην εργασία περιελήφθησαν μόνο τα ογκίδια που κλινικά εμφανίζονταν ως καλώς περιγεγραμμένα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανάλυση έδειξε ότι: 1) Επί συνόλου 243 ασθενών του ΣΙ, οι 29 εμφάνιζαν τέτοιου είδους ογκίδια. 2) Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άνδρες (Α/Γ=16/13), ο δε μ.ο. ηλικίας ήταν 40,7 έτη (εύρος 7-75). 3) Τα περισσότερα ογκίδια ήταν μικρά (τα 26 έως 1 cm) και εντοπιζόνταν κυρίως στην παρειά (δέκα) και κατά φθίνουσα σειρά στην φατνιακή απόφυση-ούλα (οκτώ), στα χείλη (έξι), στην γλώσσα (τέσσερα) και στη μαλθακή υπερώα (ένα). 4) Πλέον των δύο τρίτων των ασθενών προσήλθαν εντός του πρώτου έτους από την εμφάνιση του ογκιδίου, από αυτούς δε σχεδόν οι μισοί εντός του πρώτου τριμήνου λόγω κυρίως καρκινοφοβίας. 5) Οι κλινικοί χαρακτήρες ήταν τέτοιοι ώστε η κλινική διάγνωση σε όλα περιέλαβε μόνο καλοήθεις οντότητες. 6) Ιστολογική εξέταση διενεργήθηκε σε όλες τις περιπτώσεις που οι ασθενείς συναίνεσαν για την εξαίρεση του ογκιδίου, ήτοι σε είκοσι πέντε, η οποία κατέδειξε ότι όλα ήταν καλοήθη. Συγκεκριμένα δέκα πέντε ήταν τραυματικά ινώματα, πέντε βλενώδεις κύστεις, τρία αιμαγυεωματοειδή κοκκίωμα, ένα περιφερικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα, ένα περιφερικό οστεοειδίωμα και ένα δήλωμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι περισσότεροι ασθενείς με ογκίδια του βλεννογόνου του στόματος αναζητούν περιδάλψη εντός βραχέως χρονικού διαστήματος από την εμφάνισή του. Παρόλο που τα περισσότερα από αυτά είναι καλοήθη, η ιστολογική εξέταση είναι απαραίτητη για την τελική διάγνωση. Η εξοικείωση του οδοντιάτρου με την διαχείριση τέτοιων ασθενών, ιδιαίτερα του νοσοκομειακού στον οποίον απευθύνεται πλειάδα περιστατικών, έχει ιδιαίτερη σημασία.

P50 ΜΟΡΙΑΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΟ ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΟΒΛΑΣΤΩΜΑ

Καραθανάση Β., Νικητάκης Ν., Τόσιος Κ., Σκλαβούνου Α.
Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ: Το αδαμαντινοβλάστωμα είναι από τους κυριότερους οδοντογενείς όγκους επιδηλιακής προέλευσης με μεγάλη κλινική σημασία, καθώς μολονότι επιδεικνύει καλοήγη βιολογική συμπεριφορά και βραδεία ανάπτυξη, είναι τοπικά διηθητικό. Σκοπός της εργασίας είναι η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τους μοριακούς δείκτες που έχουν μελετηθεί στο αδαμαντινοβλάστωμα με απώτερο στόχο την καλύτερη κατανόηση των υποκείμενων μοριακών μηχανισμών που διέπουν αυτόν τον όγκο και καθορίζουν την κλινική του συμπεριφορά.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και συλλογή και επεξεργασία των επιστημονικών άρθρων που αφορούσαν στο αδαμαντινοβλάστωμα και στη μελέτη της μοριακής του βάσης. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων του www.pubmed.com και οι λέξεις -κλειδιά: "ameloblastoma", "epithelial odontogenic tumors", "molecules in ameloblastoma"

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο αδαμαντινοβλάστωμα έχουν μελετηθεί σποραδικά μοριακοί δείκτες που σχετίζονται με: α) την ογκογένεση και την κυτταρική διαφοροποίηση, όπως είναι τα ογκογονίδια, τα ογκοκατασταλτικά γονίδια, τα γονίδια επιδιόρθωσης του DNA, οι ογκογόνοι ιοί, αυξητικοί και αποπτωτικοί παράγοντες, η τελομεράση, ρυθμιστές του κυτταρικού κύκλου και της οδοντικής ανάπτυξης, και β) την εξέλιξη των οδοντογενών όγκων, όπως είναι τα μόρια κυτταρικής προσκόλλησης, πρωτεϊνάσες αποδόμησης της θεμέλιας ουσίας, αγγειογενετικοί παράγοντες, οστεολυτικές κυτταροκίνες και πρωτεΐνες σχετιζόμενες με τον οστικό μεταβολισμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανάπτυξη του αδαμαντινοβλαστώματος επηρεάζεται από ποικίλους γονιδιακούς και μοριακούς παράγοντες. Κυρίως όμως, οι μοριακοί μηχανισμοί που σχετίζονται με την οδοντική ανάπτυξη, τον οστικό μεταβολισμό και το νεοπλασματικό δυναμικό των όγκων φαίνεται να είναι αυτοί που προσδίδουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στο αδαμαντινοβλάστωμα. Η αποσαφηνιστική των υποκείμενων μοριακών μηχανισμών θα συμβάλει στην ακριβέστερη πρόγνωση της βιολογικής συμπεριφοράς του αδαμαντινοβλαστώματος και στην ανάπτυξη νέων θεραπευτικών εφαρμογών για την αντιμετώπισή του, όπως είναι η μοριακά-στοχευμένη και εξατομικευμένη θεραπεία

P51 ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗΣ ΚΥΣΤΗ ΜΕ ΑΚΡΟΡΡΙΖΙΚΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΛΑΓΙΑΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΚΥΣΤΗΣ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Νικητάκης Ν., Μελακόπουλος Ι., Σκλαβούνου Α.
Εργαστήριο Στοματολογίας και Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η κατηγορία των οδοντογενών κύστεων περιλαμβάνει διάφορες νοσολογικές οντότητες φλεγμονώδους αιτιολογίας, όπως η οδοντοφόρος κύστη, και αναπτυξιακής αρχής, όπως η οδοντογενής κερατινοκύστη. Πολλές φορές η ιστοπαθολογική εξέταση μιας κυστικής βλάβης αποκαλύπτει ιστολογικά ευρήματα τα οποία δεν αναμένονται με βάση την κλινικά και ακτινογραφικά χαρακτηριστικά.

Η πλάγια περιοδοντική κύστη είναι μια σπάνια αναπτυξιακή οδοντογενής κύστη με ακτινογραφική εικόνα διαύγασης τυπικά κατά μήκος του πλάγιου τοίχωματος της ρίζας. Εμφανίζει συγκεκριμένα ιστολογικά χαρακτηριστικά, τα οποία επιτρέπουν τη διάκρισή της από άλλες βλάβες με παρόμοια εντόπιση, όπως η φλεγμονώδους αρχής πλάγια περιριζική κύστη. Πιστεύεται ότι προέρχεται από υπολείμματα της οδοντικής ταινίας και τα εμπλεκόμενα δόντια διατηρούν τη ζωτικότητα του πολφού τους.

ΣΚΟΠΟΣ Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση μιας περίπτωσης οδοντογενούς κύστης με ακρορριζική εντόπιση και ιστολογικά χαρακτηριστικά πλάγιας περιοδοντικής κύστης.

ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ Άνδρας 52 ετών με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό προσήλθε για αξιολόγηση ασυμπτωματικής μονόχωρης διαγαστικής βλάβης διαστάσεων 1,5X1,5 εκ. στην περιοχή του γενειοκαύ, η οποία αποκαλυφθηκε σε ακτινογραφικό έλεγχο ρουτίνας. Σε αντίστοιχη ακτινογραφική εξέταση προ Ζετίας δεν είχε διαπιστωθεί οστική αλλοίωση. Τα δόντια #34 και #35 ήταν ζωντανά και λόγω της γειννίας με το γενειοκαύ νεύρο ζητήθηκε έλεγχος με υπολογιστική τομογραφία, η οποία έδειξε μονόχωρη σαφώς περιγεγραμμένη διαύγαση σε ακρορριζική εντόπιση, με μικρή διάτρηση του γλωσσικού πετάλου και επαφή με το γενειοκαύ νεύρο. Με πιθανή κλινική διάγνωση οδοντογενούς κερατινοκύστης, έγινε προσπάθεια της βλάβης με τραπεζοειδή κρημνό, αφαίρεση οστού, παρασκευή του γενειοκαύ, εξαγωγή του #35 και αφαίρεση της κυστικής βλάβης. Μακροσκοπικά η βλάβη ήταν κυστική και λεπτοτοχωματική και περιείχε υγρό. Η ιστολογική εξέταση αποκάλυψε ευρήματα συμβατά με πλάγια περιοδοντική κύστη, όπως εστιακές παχύνσεις του μη κερατινοποιημένου κυστικού επιθηλίου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ Αν και ο όρος πλάγια περιοδοντική κύστη υποδηλώνει μία σαφή τοπογραφική συσχέτιση με την πλάγια ριζική επιφάνεια, η διάγνωση δεν βασίζεται σε ανατομικά αλλά σε συγκεκριμένα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά, τα οποία επίσης απαντώνται στην ουλική κύστη των ενηλίκων. Η παρούσα περίπτωση καταδεικνύει την εξαιρετικά σπάνια πιθανότητα εμφάνισης κύστης με τυπικά ιστολογικά ευρήματα πλάγιας περιοδοντικής κύστης σε ακρορριζική εντόπιση.

P52 ΕΞΕΛΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Παπαποστόλου Χ., Παπαποστόλου-Ροντίκα Μ.

Οι ελκωτικές βλάβες στο στοματικό βλεννογόνο είναι μια συνηθής κατάσταση και συχνά απαιτείται μόνο χρόνος για να επουλωθούν.

Σκοπός της εργασίας είναι η συζήτηση των προϊόντων που αντιμετωπίζουν συμπτωματικά τα συγκεκριμένα έλκη.

Υλικό και μέθοδοι

1. Καλυπτικοί παράγοντες: ανακουφίζουν από τον πόνο σχηματίζοντας προστατευτικό υμένιο πάνω από το έλκος.
2. Αναισθητικά: Περιέχουν 20% βενζοκαΐνη, άλλα περιέχουν μικρότερα ποσά βενζοκαΐνης και κάποια άλλα περιέχουν ως ενεργό συστατικό φαινόλη 1,4%.
3. Παράγοντες που εκλύουν ενεργό οξυγόνο: είναι προϊόντα υπεροξειδίου του υδρογόνου. Άλλα προϊόντα περιέχουν καρβαμιδικό υπεροξείδιο.
4. Στοματικά διαλύματα:

Αποτελέσματα: κανένα από τα συμπτωματικώς δρώντα προϊόντα δεν έχει ότι παρέχει κάτι παραπάνω από καταπραϊντική δράση, ενώ παράλληλα υπάρχουν ελάχιστες ελεγχόμενες μελέτες που αφορούν τη χρήση του.

Συμπεράσματα: Για ελκώσεις του στοματικού βλεννογόνου, που δεν σχετίζονται με σοβαρή νόσο, η σύσταση θεραπείας με προϊόντα που δρουν συμπτωματικά μπορεί να ανακουφίσει από τον πόνο κατά τη διάρκεια της διαδικασίας επούλωσης του έλκους. Τα διάφορα προϊόντα ουσιαστικά σχηματίζουν προστατευτικό υμένιο πάνω από τα έλκη, ή παρέχουν τοπική αναισθητική δράση.

Επειδή οι ελκώσεις του στοματικού βλεννογόνου μπορεί να είναι εκδήλωση σοβαρής νόσου, εάν οι ελκώσεις αυτές δεν επουλωθούν σε χρονικό διάστημα μιας εβδομάδας, τότε απαιτείται οριστική διάγνωση της περίπτωσης και σύσταση συγκεκριμένης ειδικής θεραπείας.

Γ Ε Ν Ι Κ Ε Σ Π Λ Η Ρ Ο Φ Ο Ρ Ι Ε Σ

ΧΡΟΝΟΣ - ΤΟΠΟΣ

Το Συνέδριο πραγματοποιείται στις **2, 3 & 4 Απριλίου 2009**, στην **Αίγλη Ζαπφείου**.

ΓΛΩΣΣΑ

Επίσημη Γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ	Έως 17/03/'09	Μετά τις 17/03/'09
Οδοντίατροι/Ιατροί	100 Euro	120 Euro
Μεταπτυχιακοί/Ειδικευμένοι	80 Euro	100 Euro
Φοιτητές	Δωρεάν	

ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ:

- Παρακολούθηση Επιστημονικών Συνεδριάσεων
- Συνεδριακό Υλικό
- Διαλείμματα Καφέ
- Συμμετοχή στη Δεξίωση Υποδοχής την Πέμπτη 2 Απριλίου 2009
- Πιστοποιητικό Συμμετοχής

ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΓΙΑ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ:

- Παρακολούθηση Επιστημονικών Συνεδριάσεων
- Συνεδριακό Υλικό
- Διαλείμματα Καφέ
- Πιστοποιητικό Συμμετοχής

Απαραίτητη προϋπόθεση εγγραφής των φοιτητών είναι η υποβολή αντιγράφου της φοιτητικής τους ταυτότητας, μαζί με την αποστολή του δελτίου συμμετοχής.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Όλες οι υποβληθείσες εργασίες έχουν εξεταστεί προσεκτικά από την Επιστημονική Επιτροπή και έχουν κατανεμηθεί ανάλογα με τη θεματολογία, προς παρουσίαση Προφορική ή Αναρτημένη.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Οι Ελεύθερες Ανακοινώσεις παρουσιάζονται στην κυρίως Αίθουσα του Συνεδρίου, σύμφωνα με το Επιστημονικό Πρόγραμμα. Η διάρκεια της κάθε παρουσίασης είναι οκτώ (8') λεπτά.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (POSTERS)

Η ανάρτηση των posters πρέπει να γίνει την Πέμπτη 2 Απριλίου και ώρα 13.00 ενώ η απόσυρση των posters πρέπει να γίνει μετά το τέλος του Συνεδρίου, το Σάββατο 4 Απριλίου και πάντως όχι αργότερα από τις 20.00 μμ Οι συγγραφείς θα πρέπει να βρίσκονται στον ειδικά διαμορφωμένο χώρο ανάρτησης των posters κατά τη μεσημεριανή διακοπή (13.30-15.00 μμ) της Παρασκευής 3 και του

Σαββάτου 4 Απριλίου για συζήτηση ή διευκρινιστικές ερωτήσεις από την ειδική Επιτροπή Συζήτησης.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΜΕΣΩ Η/Υ

Η αίθουσα διεξαγωγής του Συνεδρίου θα είναι εξοπλισμένη με video projector για παρουσιάσεις μέσω Η/Υ. Το υλικό θα πρέπει να παραδίδεται μία τουλάχιστον ώρα πριν την συνεδρίαση στην ειδική γραμματεία.

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ

Στους συνέδρους θα χορηγηθούν 15 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD) σύμφωνα με τα κριτήρια της EACCME-UEMS.

ΔΙΑΜΟΝΗ

Ημερήσιες Τιμές Δωματίων με πρωινό & φόρους

Όνομα Ξενοδοχείου	Κατηγορία	Μονόκλινο	Δίκλινο
ΑΜΑΛΙΑ	4*	150 Euro	160 Euro

ΑΚΥΡΩΣΕΙΣ

Το δικαίωμα συμμετοχής δεν επιστρέφεται

Για ακυρώσεις δωματίων μέχρι τις 16 Μαρτίου 2009, δεν υπάρχουν ακυρωτικά τέλη

Για ακυρώσεις δωματίων από τις 16 Μαρτίου 2009 και μετά, υπάρχουν 100% ακυρωτικά του συνόλου των διανυκτερεύσεων.

ΤΡΟΠΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Η πληρωμή της Συμμετοχής και της Διαμονής μπορεί να γίνει με:

- Ταχυδρομική Επιταγή σε διαταγή : ERA ΕΠΕ – Ασκληπιού 17, 106 80 Αθήνα ,
- Τραπεζικό έμβασμα στην ALPHA Τράπεζα, σε διαταγή : ERA ΕΠΕ, Αρ. Λογαριασμού 101.00.2002044307

Για την επιβεβαίωση του Ξενοδοχείου είναι απαραίτητη η κατάθεση προκαταβολής 1 διανυκτέρευσης

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ & ΤΑΞΙΔΙΩΤΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ



ERA ΕΠΕ - Ασκληπιού 17, 106 80 - Αθήνα, τηλ: 210 3634 944, 36 32 950

Fax: 210 3631 690 E-mail: info@era.gr

Web Site:<http://www.era.gr>

Η γραμματεία θα λειτουργεί στο Συνεδριακό χώρο καθ' όλη την διάρκεια του Συνεδρίου

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η Οργανωτική Επιτροπή του
1ο Πανελληνίου Συνεδρίου Στοματολογίας

Ευχαριστεί

Τους Φορείς



• Υπουργείο Εθνικής Παιδείας & Θρησκευμάτων

• Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης



• Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παθολογία Στόματος



• Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία



• Οδοντιατρικό Συλλόγο Αττικής



• Ιατρικό Συλλόγο Αθηνών



• Ιατρική Εταιρεία Αθηνών



• Δήμο Αθηναίων

που έδωσαν υπό την Αιγίδα τους το Συνέδριο αυτό

Dexamethasone

Oral solution



Τώρα
η θεραπεία
ρέει!

Για το πλήρες φύλλο οδηγιών απευθυνθείτε στην εταιρεία



RAFARM Α.Ε.Β.Ε., ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΚΟΡΙΝΘΟΥ 12, 154 51 Ν. ΨΥΧΙΚΟ, ΑΘΗΝΑ • Τηλ.: 210 6776550-01, 210 6776398
Fax: 210 6776552, <http://www.rafarm.gr> • e-mail: info@rafarm.gr