

The role of Prosthodontics in Comprehensive dental care



S. Kourtis¹

Comprehensive care is nowadays an effective clinical concept for the treatment of patients with increased dental needs. This concept offers the advantage of reduced clinical time combined with sessions easier for the patient. The dental needs of the patient should be taken under consideration and included in a detailed treatment plan. The prosthetic restoration is an important step in the whole treatment and in some cases it is the major demand of the patient. The definite prosthetic restoration is the final stage of the treatment. For this reason a complete periodontic treatment should be accomplished to ensure the health of periodontal tissues. Control of the decay is also important and any surgical required steps should be completed before the final restoration.

The provisional restorations are an important stage of the treatment as they offer the possibility to the patient and the clinician to control the planned final functional and esthetic result under clinical conditions. Any needed corrections or modifications can be made at this early stage facilitating the following prosthetic procedure.

The prosthetic treatment of each patient is closely related to other clinical procedures, as for example periodontal and endodontic treatment and the clinical stages should be planned at the right sequence aiming at the final result.

The purpose of this study is to present the role of prosthodontics in the comprehensive care from the initial steps of the treatment plan up to the final cementation of the restoration, with emphasis on the relation of the prosthetic steps to other clinical specialties.

Key words: Prosthetic restoration, comprehensive care

Odontostomatological Progress 2010, 64 (1): 50-62

1. DDS Dr.Dent

Department of Prosthodontics, School of Dentistry, National and Kapodistrian University of Athens, 2 Thivon Str., Goudi, 115 27 Athens

Η θέση της Προσθετικής στη συνολική αντιμετώπιση του οδοντιατρικού ασθενούς



Σ. Κούρτης¹

Η συνολική αντιμετώπιση του ασθενούς κερδίζει συνεχώς έδαφος στη σύγχρονη Οδοντιατρική. Οι οδοντιατρικές ανάγκες του ασθενούς θα πρέπει να ιεραρχούνται και να αντιμετωπίζονται σταδιακά, με βάση ένα συνολικό σχέδιο θεραπείας, το οποίο θα ανταποκρίνεται στις δυνατότητες και τις επιθυμίες του, στοχεύοντας στην καλύτερη δυνατή θεραπεία, με απώτερο σκοπό τη μακρόχρονη διατήρηση των δοντιών στο φραγμό. Βασικό στοιχείο στη συνολική αντιμετώπιση ασθενούς παραμένει η προσεκτική αξιολόγηση των δοντιών και η εκτίμηση της γενικής και ειδικής πρόγνωσης των δοντιών.

Η προσθετική αποκατάσταση αποτελεί βασικό στάδιο της συνολικής αντιμετώπισης σε ορισμένες περιπτώσεις, και σε ορισμένα περιστατικά είναι ο κυρίαρχος στόχος, όταν έχουν προηγηθεί πολλαπλές απώλειες δοντιών. Η προσθετική αποκατάσταση αποτελεί το τελικό στάδιο της θεραπείας, και για τη σωστή ολοκλήρωσή του θα πρέπει να έχουν προηγηθεί ολοκληρωμένη περιοδοντική θεραπεία, έλεγχος τεριδόνας και ενδοδοντικές θεραπείες, καθώς και τυχόν αναγκαία χειρουργικά στάδια (π.χ. εξαγωγές, διευθέτηση ακρολοφίας, χειρουργική περιοδοντίου κ.λπ.).

Η προσθετική αποκατάσταση όμως θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ήδη από την κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας, καθώς πολλές φορές υπαγορεύει τη διατήρηση στρατηγικών δοντιών με αμφίβολη πρόγνωση, με την προϋπόθεση βέβαια ότι μπορούν να διατηρηθούν. Εκτός αυτού, σε ορισμένα περιστατικά η άμεση προσθετική αποκατάσταση (συνήθως μεταβατική) αποτελεί την κυρίαρχη ανάγκη του ασθενούς για αισθητικούς λόγους, όπως για παράδειγμα σε απώλειες προσθίων δοντιών.

Οι μεταβατικές αποκαταστάσεις αποτελούν ουσιαστικό στάδιο του σχεδίου θεραπείας, καθώς δίνουν τη δυνατότητα ελέγχου του τελικού αποτελέσματος, αισθητικά και λειτουργικά, κάτω από πραγματικές κλινικές συνθήκες.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιαστεί αναλυτικά η θέση της Προσθετικής στη συνολική αντιμετώπιση από τα πρώτα στάδια του σχεδίου θεραπείας έως την τελική τοποθέτηση της αποκατάστασης, με έμφαση στη χρονική σειρά ακολουθίας των κλινικών διαδικασιών.

Λέξεις ευρητηρίου: Προσθετική αποκατάσταση, συνολική αντιμετώπιση

Οδοντοστοματολογική Πρόοδος 2010, 64 (1): 50-62

1. Επίκουρος Καθηγητής

Εργαστήριο Προσθετικής, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Θηβών 2, Γουδή, 115 27 Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συνολική αντιμετώπιση ασθενούς κερδίζει συνεχώς έδαφος στη σύγχρονη Οδοντιατρική. Οι οδοντιατρικές ανάγκες του ασθενούς θα πρέπει να ιεραρχούνται και να αντιμετωπίζονται σταδιακά, με βάση ένα συνολικό σχέδιο θεραπείας, το οποίο θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του και τις επιθυμίες του και θα στοχεύει στην καλύτερη δυνατή θεραπεία, με στόχο τη μακρόχρονη διατήρηση των δοντιών στο φραγμό. Βασικό στοιχείο στη συνολική αντιμετώπιση ασθενούς παίζει η προσεκτική αξιολόγηση των δοντιών και η εκτίμηση της γενικής και ειδικής πρόγνωσης των δοντιών. Για την ορθή εκτέλεση του σχεδίου θεραπείας, ξεκινώντας από τα αρχικά στάδια της κλινικής και ακτινολογικής εξέτασης έως την προσθετική αποκατάσταση και την διατήρηση του αποτελέσματος, η σταδιακή προσέγγιση επιτρέπει την εκτίμηση των δοντιών σε διάφορα στάδια, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό σε περιπτώσεις στηριγμάτων με αμφίβολη πρόγνωση.

Σκοπός

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση της θέσης της Προσθετικής στη συνολική αντιμετώπιση, τονίζοντας τα πλεονεκτήματα αυτού του τρόπου θεραπείας και η παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων.

Η θέση της Προσθετικής στη συνολική αντιμετώπιση

Η προσθετική αποκατάσταση αποτελεί βασικό στάδιο της συνολικής αντιμετώπισης σε αρκετές περιπτώσεις και σε ορισμένα περιστατικά είναι ο κυρίαρχος στόχος, όταν έχουν προηγηθεί πολλαπλές απώλειες δοντιών. Η προσθετική αποκατάσταση είναι το τελικό στάδιο της θεραπείας και για τη σωστή ολοκλήρωσή του θα πρέπει να έχουν προηγηθεί ολοκληρωμένη περιοδοντική θεραπεία, έλεγχος τερηδόνας και ενδοδοντικές θεραπείες

καθώς και τυχόν αναγκαία χειρουργικά στάδια (π.χ. εξαγωγές, διευθέτηση ακρολοφίας, χειρουργική περιοδοντίου κ.λπ.).¹

Η προσθετική αποκατάσταση όμως θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ήδη από την κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας, καθώς πολλές φορές υπαγορεύει τη διατήρηση στρατηγικών δοντιών με αμφίβολη πρόγνωση – π.χ. κυνόδοντων ή γομφίων, ως ακραία άπω στηρίγματα – με την προϋπόθεση βέβαια ότι μπορούν να διατηρηθούν. Εκτός αυτού, σε ορισμένα περιστατικά η άμεση προσθετική αποκατάσταση (συνήθως μεταβατική) αποτελεί την κυρίαρχη ανάγκη του ασθενούς για αισθητικούς λόγους, όπως για παράδειγμα σε απώλειες προσθίων δοντιών.

Οι μεταβατικές αποκαταστάσεις αποτελούν ουσιαστικό στάδιο του σχεδίου θεραπείας, καθώς δίνουν τη δυνατότητα ελέγχου του τελικού αποτελέσματος αισθητικά και λειτουργικά, κάτω από πραγματικές κλινικές συνθήκες.

Επιπρόσθετα, η προσθετική διαδικασία βρίσκεται σε στενή σχέση αλληλεξάρτησης με άλλες κλινικές διαδικασίες, όπως για παράδειγμα την περιοδοντική θεραπεία και τις ενδοδοντικές θεραπείες, και θα πρέπει τα κλινικά στάδια να γίνονται με τη σωστή σειρά, στοχεύοντας στο τελικό αποτέλεσμα. Με βάση το σκεπτικό αυτό θα αναλυθεί στη συνέχεια η θέση της προσθετικής σε σχέση με τα άλλα κλινικά αντικείμενα, ώστε να επιτυγχάνεται χρονικά και ποιοτικά το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Η θέση της Προσθετικής στο σχέδιο θεραπείας

Όταν η προσθετική αποκατάσταση αποτελεί το τελικό στάδιο στη συνολική αντιμετώπιση του ασθενούς, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο τελικός στόχος ήδη από την κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας. Σε αυτή τη βάση, τα δόντια που θα χρησιμοποιηθούν σαν στηρίγματα θα πρέπει να αξιολογηθούν προσε-

κτικά και να προηγηθεί η θεραπεία του περι-
 οδοντίου και οι ενδοδοντικές θεραπείες, όπου
 φυσικά είναι απαραίτητο. Για την κατάρτιση
 του σχεδίου θεραπείας σε περιστατικά που θα
 γίνει προσθετική αποκατάσταση, είναι απαραί-
 τητα τα αναρτημένα εκμαγεία μελέτης και το
 διαγνωστικό κέρωμα, πριν από οποιαδήποτε
 επεμβατική διαδικασία, με εξαίρεση την άμεση
 ανακούφιση του ασθενούς από οξέα συμπτώ-
 ματα, όπως πόνο ή απόστημα. Με τον τρόπο
 αυτό επιτυγχάνεται η «οπτική παράσταση» του
 τελικού αποτελέσματος και η ευκολότερη συ-
 νεννόηση μεταξύ του κλινικού, του ασθενούς
 και του εργαστηρίου.²

Σημαντικό στάδιο στην κατάρτιση του σχε-
 δίου θεραπείας αποτελεί η γενική πρόγνωση
 του φραγμού και η ειδική πρόγνωση των δον-
 τιών στηριγμάτων από προσθετικής πλευ-
 ράς.³ Η στρατηγική σημασία των δοντιών –και
 κατά συνέπεια η ανάγκη διατήρησής τους
 εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το είδος της
 προσθετικής αποκατάστασης που θα δεχθούν
 στη συνέχεια. Παραδειγματικά αναφέρεται ότι
 η διατήρηση ενός δευτέρου προγομφίου με αμ-
 φίβολη πρόγνωση στην κάτω γνάθο, μπορεί
 να μη συνεισφέρει ουσιαστικά στο τελικό απο-
 τέλεσμα, εάν αποτελεί το ακραίο στήριγμα σε
 κινητή μερική οδοντοστοιχία, όταν υπάρχει ο
 πρώτος προγόμφιος στο ίδιο τεταρτημόριο, ο
 οποίος μπορεί να έχει καλή πρόγνωση. Με τον
 τρόπο αυτόν αποφεύγονται τροποποιήσεις της
 προσθετικής αποκατάστασης σε μικρό χρόνο
 από την αρχική λειτουργία τους.

Αντίθετα, μπορεί να είναι επιθυμητή η δι-
 ατήρηση ενός επιβαρηνμένου περιοδοντικά
 πρώτου γομφίου της κάτω γνάθου, εάν απο-
 τελεί το ακραίο άπω στήριγμα και η εξαγωγή
 του σημαίνει αυτόματα την τοποθέτηση ετερό-
 πλευρης κινητής μερικής οδοντοστοιχίας στον
 ασθενή, αντί για ακίνητη αποκατάσταση. Στη
 διαδικασία αυτή συμβάλλουν ουσιαστικά και
 οι μεταβατικές αποκαταστάσεις, που επιτρέ-

πουν την επανεκτίμηση της πρόγνωσης του
 δοντιού μετά από την περιοδοντική (ή/και την
 ενδοδοντική) θεραπεία.

Ως άλλο ακραίο παράδειγμα μπορεί να
 αναφερθεί η διατήρηση ριζών κυνοδόντων ή
 προγομφίων στην κάτω γνάθο –ακόμη και αν
 παρουσιάζουν εξαιρετικά αμφίβολη πρόγνωση
 και είναι τα τελευταία εναπομείναντα δόντια
 στο φραγμό– καθώς μπορούν να αξιοποιηθούν
 ως στηρίγματα για επένθετη οδοντοστοιχία
 (εικ. 1-4). Σ' αυτό το σχέδιο θεραπείας αλλάζει
 η αναλογία μύλης-ρίζας στα δόντια, είναι εύ-
 κολη η τήρηση στοματικής υγιεινής και προσ-
 φέρεται συγκράτηση στην οδοντοστοιχία της
 κάτω γνάθου, παράγων εξαιρετικής σημασίας
 για την άνεση και την μασητική λειτουργία
 του ασθενούς. Εάν μελλοντικά είναι αναγκαία
 η εξαγωγή τους είναι δυνατή η τροποποίηση
 της υπάρχουσας επένθετης οδοντοστοιχίας σε
 ολική με μικρό κόστος και εργαστηριακή δια-
 δικασία.

Σε περιπτώσεις δοντιών με μεγάλη κατα-
 στροφή της μύλης, τα οποία πρόκειται να υπο-
 στούν ενδοδοντική θεραπεία και στη συνέχεια
 χυτό ενδοριζικό άξονα, θα πρέπει να εκτιμάται
 προσεκτικά το μήκος της ρίζας – πριν από την
 ενδοδοντική θεραπεία– ώστε να εξασφαλίζεται
 η δυνατότητα τοποθέτησης του άξονα.² Το ίδιο
 ισχύει για δόντια με τερηδόνα στα τοιχώματα
 του ριζικού σωλήνα, όπου μετά την αφαίρεση
 της τερηδόνας και την ενδοδοντική θεραπεία
 το πάχος των τοιχωμάτων μπορεί να είναι πολύ
 λεπτό (λιγότερο από 1 mm) και να είναι επι-
 σφαλής η τοποθέτηση του άξονα και η ρίζα να
 είναι επιρρεπής σε επίμηκες κάταγμα. Η κλινι-
 κή απόφαση πολλές φορές δυσχεραίνεται εάν
 η τερηδόνα στα όρια εκτείνεται υποουλικά και
 απαιτείται επιμήκυνση κλινικής μύλης πριν από
 την ενδοδοντική θεραπεία. Με αυτό το σκεπτι-
 κό, εάν το δόντι στήριγμα είναι στρατηγικής
 σημασίας και η διατήρησή του είναι άκρως ση-
 μαντική, η τοποθέτηση μεταβατικής αποκατά-



Εικόνα 1. Αρχική κλινική κατάσταση. Οι κάτω τομείς παρουσιάζουν κακή και οι κυνόδοντες αμφίβολη πρόγνωση. Αποφασίστηκε η διατήρηση των ριζών των κυνόδοντων –μετά από ενδοδοντική θεραπεία- ως στηριγμάτων για επένθετη οδοντοστοιχία της κάτω γνάθου.



Εικόνα 3. Οι χυτές καλύπτρες συγκολλημένες στις ρίζες των κυνόδοντων.



Εικόνα 4. Η επένθετη ολική οδοντοστοιχία της κάτω γνάθου με τα θηλυκά τμήματα των συνδέσμων.



Εικόνα 2. Χυτοί ενδοριζικοί άξονες με καλύπτρες της μύλης και σφαιρικούς συνδέσμους.

στασης επιτρέπει τη «δοκιμή» του δοντιού σε κλινικές συνθήκες, πριν από την κατασκευή της τελικής αποκατάστασης αυξημένου κόστους.⁴

Η θέση της Προσθετικής σε σχέση με άλλες κλινικές διαδικασίες

Οι μεταβατικές αποκαταστάσεις αποτελούν κομβικό στάδιο στο σχέδιο θεραπείας, το οποίο πολλές φορές διακρίνεται σε αρχικό και τελικό. Το αρχικό σχέδιο θεραπείας περιλαμβάνει:

- Τις εξαγωγές των δοντιών με κακή πρόγνωση.
- τη συντηρητική περιοδοντική θεραπεία –η οποία θα πρέπει να γίνεται πριν από κάθε άλλη θεραπεία, με εξαίρεση την ανακούφιση του ασθενούς από οξύ πόνο.
- Την αφαίρεση των υπάρχοντων προσθετικών αποκαταστάσεων, εάν κρίνονται επιβαρυντικές για τα δόντια-στηρίγματα και έχει αποφασιστεί η αντικατάστασή τους.
- Τον έλεγχο τερηδόνας στα δόντια και στα παρασκευασμένα δόντια-στηρίγματα.
- Τις ενδοδοντικές θεραπείες (ή την επανάληψή τους), εάν κρίνεται απαραίτητο.
- Την τοποθέτηση μεταβατικών αποκαταστάσεων.
- Σε πολλές περιπτώσεις, εάν έχει αποφασισθεί η αντικατάσταση ακίνητων αποκαταστάσεων, είναι προτιμότερο να γίνεται

αρχικά η αφαίρεσή τους και η τοποθέτηση μεταβατικών αποκαταστάσεων και στη συνέχεια οι υπόλοιπες προαναφερθείσες διαδικασίες. Τα κλινικά πλεονεκτήματα σε αυτόν τον τρόπο εργασίας είναι:

- Είναι εφικτή η ακριβής αξιολόγηση του κάθε δοντιού από περιοδοντική άποψη, καθώς και ο έλεγχος της κατάστασης της μύλης.
- Είναι ευκολότερη και αποτελεσματικότερη η ολοκλήρωση της συντηρητικής περιοδοντικής θεραπείας, των ριζικών αποξέσεων και η τήρηση στοματικής υγιεινής.
- Απομακρύνονται άμεσα οι υπάρχουσες αποκαταστάσεις με μη ακριβή όρια και άμεσα εξαλείφεται ο επιβαρυντικός παράγων στους περιοδοντικούς ιστούς.
- Είναι εφικτός ο λεπτομερής έλεγχος τερηδόνας σε δόντια στηρίγματα προηγούμενων αποκαταστάσεων.
- Οι ενδοδοντικές θεραπείες είναι σαφώς ευκολότερο να ολοκληρωθούν με μικρότερη καταστροφή της μύλης, παρά εάν επιχειρηθεί να γίνει μέσα από γέφυρα ή στεφάνη.
- Η κατασκευή των αξόνων και οι ανασυστάσεις μύλης μπορούν να ακολουθήσουν άμεσα την ενδοδοντική θεραπεία.
- Σε περιπτώσεις εξαγωγής δοντιών στις πρόσθιες περιοχές είναι δυνατή η άμεση τοποθέτηση μεταβατικών αποκαταστάσεων, ώστε να αντιμετωπίζεται το αισθητικό πρόβλημα του ασθενούς.
- Δοκιμάζεται αισθητικά και λειτουργικά το επιδιωκόμενο κλινικό αποτέλεσμα.

Χρονική ακολουθία προσθετικών διαδικασιών

Η χρονική ακολουθία των διαφόρων προσθετικών διαδικασιών, στα πλαίσια της συνολικής αντιμετώπισης, εξαρτάται άμεσα από άλλες κλινικές διαδικασίες. Πιο συγκεκριμένα, μετά

την αφαίρεση των υπάρχουσών προσθετικών αποκαταστάσεων, στην ίδια συνεδρία γίνεται τροποποίηση ή διόρθωση των παρασκευών και τοποθέτηση μεταβατικών αποκαταστάσεων από το διαγνωστικό κέρωμα ή ως αντίγραφο της προτέρας κατάστασης. Σε ακόλουθες συνεδρίες μπορούν να γίνουν εξαγωγές, ριζικές αποξέσεις, εμφράξεις σε δόντια-στηρίγματα, ενδοδοντικές θεραπείες, ανασυστάσεις μύλης ή/και ενδοριζικοί άξονες. Με τον τρόπο αυτόν εξασφαλίζεται πρόσθετη στήριξη και σταθερότητα στις μεταβατικές αποκαταστάσεις.

Οι τελικές παρασκευές των δοντιών θα γίνουν μετά από την ολοκλήρωση της συντηρητικής (ή/και χειρουργικής) περιοδοντικής θεραπείας. Η λήψη του τελικού αποτυπώματος που προϋποθέτει την τοποθέτηση νήματος στην ουλοδοντική σχισμή, θα πρέπει να γίνει τουλάχιστον 3 εβδομάδες μετά από την ολοκλήρωση της συντηρητικής περιοδοντικής θεραπείας, ώστε να έχουν σταθεροποιηθεί οι ιστοί και να μην υπάρχει κίνδυνος υφίξης. Ο χρόνος αναμονής θα πρέπει να είναι 8 εβδομάδες, εάν έχει προηγηθεί χειρουργική του περιοδοντίου στα δόντια-στηρίγματα. Σε κάθε περίπτωση, πριν από την έναρξη κατασκευής της αποκατάστασης θα πρέπει να προηγείται προσεκτική επανεξέταση, ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσον έχουν επιτευχθεί οι στόχοι της περιοδοντικής θεραπείας.⁵

Σε ενδοδοντικά θεραπευμένα δόντια, η ανασύσταση της μύλης και η κατασκευή ενδοριζικών αξόνων θα πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν συντομότερο μετά το τέλος της θεραπείας, αφού ολοκληρωθεί η πήξη του φυράματος εμφράξης.^{6,7} Εάν υπάρχουν αμφιβολίες σχετικά με την επιτυχία της ενδοδοντικής θεραπείας και κατά συνέπεια με τη διατήρηση του δοντιού στο φραγμό- μπορεί να επιμηκυνθεί ο χρόνος λειτουργίας των μεταβατικών αποκαταστάσεων. Σχετικά με την αποκατάσταση ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών, είναι φρό-



Εικόνα 5. Εκτεταμένος τερηδονισμός στο δόντι 35 που παρουσιάζει κακή πρόγνωση. Αποφασίστηκε η εξαγωγή του και η τοποθέτηση γέφυρας 34-(35)-36.



Εικόνα 6. Εξαγωγή του 35 και αναμονή 6 εβδομάδων μέχρι την αναδιαμόρφωση των μαλακών ιστών.



Εικόνα 7. Τοποθέτηση μεταλλοκεραμικής γέφυρας 34-(35)-36.

νιμο να παραμένουν τα δόντια με μεταβατικές αποκαταστάσεις για μικρό χρονικό διάστημα μετά την τοποθέτηση ενδοριζικού άξονα, ειδικά εάν υπάρχουν συμπτώματα που μπορεί να υποδηλώνουν επίμηκες κάταγμα της ρίζας (π.χ. ευαισθησία ή πόνος κατά τη μάσηση). Εάν τα συμπτώματα προέρχονται από ευαισθησία των ακροριζικών ιστών μετά το τέλος της ενδοδοντικής θεραπείας και υποχωρήσουν, μπορεί να ξεκινήσει με ασφάλεια η κατασκευή της προσθετικής εργασίας. Εάν τα συμπτώματα εξακολουθούν, θα πρέπει να γίνει περαιτέρω διερεύνηση, ακόμη και με διαγνωστικό κρημνό, ώστε να αποφασιστεί η τύχη του δοντιού και να τροποποιηθεί αντίστοιχα το σχέδιο θεραπείας.

Σε περιπτώσεις εξαγωγών και τοποθέτησης ακίνητης προσθετικής αποκατάστασης (γέφυρας), θα πρέπει να μεσολαβεί χρόνος τουλάχιστον 4 εβδομάδων,⁸⁻¹⁰ ώστε να ολοκληρωθεί στο μεγαλύτερο βαθμό η απορρόφηση της ακρολοφίας και η επούλωση των μαλακών ιστών, ώστε να μην προκύψουν κενά στην περιοχή του γεφυρώματος (εικ. 5-7).

Σε κάθε περίπτωση, εάν υπάρχουν αμφιβολίες για τη διατήρηση ενός ή περισσότερων δοντιών, ο ασθενής θα πρέπει να παραμένει στη φάση των μεταβατικών αποκαταστάσεων. Εάν σχεδιάζονται εκτεταμένες αλλαγές στο συγκλεισιακό σχήμα ή στην κάθετη διάσταση, μπορεί να είναι πλεονεκτική η χρήση ενισχυμένων μεταβατικών αποκαταστάσεων, κατασκευασμένων στο εργαστήριο από εν θερμώ πολυμεριζόμενη ρητίνη, οι οποίες παρουσιάζουν αυξημένη αντοχή και μπορούν να διατηρηθούν για μεγαλύτερο χρόνο κλινικής λειτουργίας. Οι ενισχυμένες μεταβατικές αποκαταστάσεις προσφέρουν επίσης λύση σε περιστατικά με χειρουργική του περιοδοντίου, οστικής ή ιστικής ανάπλασης και σε κάθε περίπτωση που επιβάλλεται μεγάλος χρόνος αναμονής.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ασθενής 48 ετών προσήλθε στην Κλινική Συνολικής Αντιμετώπισης στην Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ για αντιμετώπιση των οδοντιατρικών του προβλημάτων. Κατά την αρχική κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα προβλήματα (εικ. 8-10):

Εξωστοματική κλινική εξέταση

- Μειωμένη κάθετη διάσταση προσώπου
- Παρέκκλιση αριστερά κατά την κατάσπαση
- Συγχειλίτιδα

Ενδοστοματική κλινική εξέταση

- Ελλείποντα δόντια 14,15,16,26,27,28, 35,36,37,38,45,46,47,48
- Παραμένουσες ρίζες των δοντιών 11,12,13 με τερηδόνα
- Ακίνητη προσθετική αποκατάσταση (γέφυρα) στα δόντια 21-(22)-23-26 (λόγω εγγύς κλίσης του 26) με κακή εφαρμογή ορίων

Ακτινογραφική κλινική εξέταση (εικ. 11-12)

Κατά την ακτινογραφική εξέταση με πανοραμική και οπισθοφατνιακές ακτινογραφίες διαπιστώθηκαν:

- Ατελείς ενδοδοντικές θεραπείες στα δόντια 11,12
- Τερηδόνα και ανάγκη ενδοδοντικής θεραπείας στο δόντι 13
- Ύψος φατνιακού οστού: ~65%
- Περιοχές με σημαντική οστική απώλεια: Άνω οπίσθιες
- Γωνιώδης απώλεια οστού: εγγύς του 17

Περιοδοντική εξέταση

Μετά από την περιοδοντική εξέταση και το περιοδοντόγραμμα, διαπιστώθηκαν:

- Εντοπισμένοι θύλακοι βάθους έως 4 mm (με εξαίρεση την περιοχή 17-18 όπου διαπιστώθηκαν θύλακοι έως 8 mm)
- Ουλικός δείκτης 95%



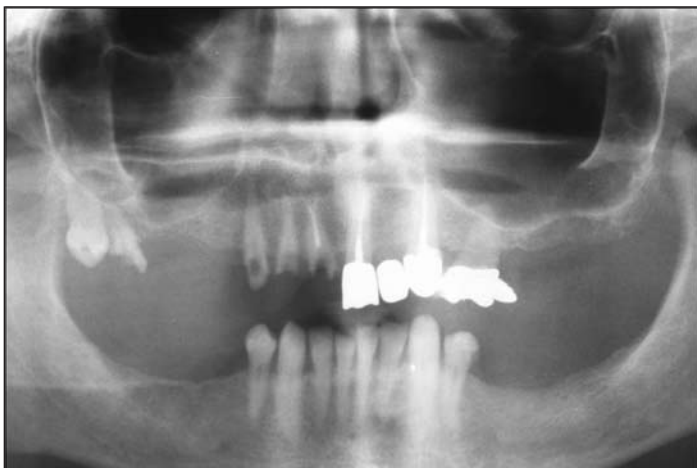
Εικόνα 8. Αρχική κλινική κατάσταση της άνω γνάθου στο περιστατικό που περιγράφεται αναλυτικά (πρόσθια άποψη).



Εικόνα 9. Αρχική κλινική κατάσταση της άνω γνάθου στο περιστατικό που περιγράφεται αναλυτικά (υπερώια άποψη).



Εικόνα 10. Αρχική κλινική κατάσταση της κάτω γνάθου.



Εικόνα 11. Πανοραμική ακτινογραφία του περιστατικού.

- Δείκτης πλάκας 100%

Διάγνωση- Πρόγνωση

Η διάγνωση ήταν γενικευμένη περιοδοντίτιδα βραδείας εξέλιξης μετρίας βαρύτητας. Ως αιτία αναγνωρίστηκε η οδοντική μικροβιακή πλάκα και ως επιβαρυντικοί παράγοντες οι κακότεχνες προσθετικές εργασίες, οι εκτεταμένες τερηδονικές βλάβες και η αποδιοργανωμένη σύγκλιση. Η γενική πρόγνωση του άνω και κάτω φραγμού ήταν καλή. Τα δόντια 17 και 18 παρουσίαζαν κακή πρόγνωση και τα δόντια 11,12,13 αμφίβολη.

Εκμαγεία μελέτης-διαγνωστικό κέρωμα

Από τον ασθενή λήφθηκαν αρχικά αποτυπώματα με αλγινικό, και έγινε καταγραφή του μασητικού επιπέδου με προσωπικό τόξο, καθώς και καταγραφή της κεντρικής σχέσης της κάτω γνάθου με πρόσθιο αποπρογραμματιστή. Στη συνέχεια κατασκευάστηκαν εκμαγεία μελέτης και αναρτήθηκαν σε ημιπροσαρμοζόμενο αρθρωτήρα.

Στα αναρτημένα εκμαγεία έγινε διαγνωστικό κέρωμα των άνω προσθίων δοντιών σε αυξημένη κάθετη διάσταση και διαγνωστική σύνταξη δοντιών οδοντοστοιχίας στις οπίσθιες περιοχές της άνω και κάτω γνάθου. Από το διαγνωστικό κέρωμα διαμορφώθηκε διαφανές



Εικόνα 12. Οπισθοφατνιακή ακτινογραφία των δοντιών 11, 12, 13.

θερμοπλαστικό φύλλο για την κατασκευή μεταβατικών αποκαταστάσεων.

Σχέδιο θεραπείας

Το αρχικό σχέδιο θεραπείας περιελάμβανε:

- Εξαγωγές των δοντιών 17,18
- Αφαίρεση των υπάρχουσών αποκαταστάσεων στην άνω γνάθο και τοποθέτηση μεταβατικών αποκαταστάσεων σε αυξημένη κάθετη διάσταση από το διαγνωστικό κέρωμα.. Η μεταβατική αποκατάσταση περιελάμβανε ακίνητη γέφυρα 13-12-11-21-22-23-24 και προσωρινή μερική οδοντοστοιχία με συρμάτινα άγκιστρα.
- Αφαίρεση σπασμένου τμήματος ενδοριζικού άξονα στο δόντι 11 και επανάληψη ενδοδοντικής θεραπείας
- Αφαίρεση τερηδόνων και επανάληψη ενδοδοντικών θεραπειών 12,13
- Συντηρητική περιοδοντική θεραπεία άνω και κάτω γνάθου
- Χειρουργική επιμήκυνση κλινικής μύλης

στα δόντια 12,13 (εικ. 13)

- Αφαίρεση των υπάρχουσών ανασυστάσεων της μύλης στα δόντια 21 και 23, και αφαίρεση τερηδόνας
- Κατασκευή χυτών ενδοριζικών αξόνων στις ρίζες των δοντιών 13,12,21,23, με βάση το μέγεθος και το σχήμα των νέων στεφανών, ώστε να υποστηρίζεται σωστά το εξωτερικό περίγραμμα της αποκατάστασης
- Επανεξέταση και επαναξιολόγηση

Οι στόχοι του αρχικού σχεδίου θεραπείας ήταν:

- Ενεργοποίηση του ασθενούς στη στοματική υγιεινή
- Αφαίρεση τερηδόνας και επαναλήψεις ενδοδοντικών θεραπειών στις ρίζες των δοντιών 11,12,13 (στο δόντι 11 έπρεπε να αφαιρεθεί το σπασμένο τμήμα του ενδοριζικού άξονα)
- Κατασκευή ενδοριζικών αξόνων και ανασυστάσεις των μυλών, μετά από επιτυχή ολοκλήρωση των ενδοδοντικών θεραπειών
- Εξάλειψη φλεγμονής περιοδοντικών ιστών και εξάλειψη ή ελάττωση του βάθους των θυλάκων
- Σταθεροποίηση ή βελτίωση του κλινικού επιπέδου πρόσφυσης
- Τοποθέτηση μεταβατικών αποκαταστάσεων από το διαγνωστικό κέρωμα σε αυξημένη κάθετη διάσταση. Με τον τρόπο αυτόν ελέγχθηκε το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα από πλευράς αισθητικής και λειτουργίας και δόθηκε χρόνος ώστε να εξασφαλιστεί η προσαρμογή του νευρομυϊκού συστήματος του ασθενούς στη νέα κάθετη διάσταση
- Η διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος

Επανεξέταση- Τελικό σχέδιο θεραπείας

Σημείο προβληματισμού στο αρχικό σχέδιο



Εικόνα 13. Επιμήκυνση κλινικής μύλης στα δόντια 12 και 13 μετά την εξαγωγή του 11.

θεραπείας αποτέλεσε η ρίζα του δοντιού 11, όπου ήταν αδύνατη η αφαίρεση του σπασμένου τμήματος του ενδοριζικού άξονα. Λόγω της τερηδόνας, της ατελούς ενδοδοντικής θεραπείας και του τμήματος του άξονα στη ρίζα, η παραμονή του δοντιού στο φραγμό κρίθηκε επισφαλής. Με το σκεπτικό αυτό αποφασίστηκε η εξαγωγή του, δεδομένου ότι δεν θα άλλαζε ουσιαστικά το σχέδιο θεραπείας και ο τύπος της προσθετικής αποκατάστασης

Έξι εβδομάδες μετά από την ολοκλήρωση της περιοδοντικής θεραπείας (συμπεριλαμβανομένης της επιμήκυνσης μύλης στα δόντια 12, 13 και της εξαγωγής του 11), έγινε επανεξέταση των περιοδοντικών ιστών και διαπιστώθηκε εξάλειψη της φλεγμονής και του βάθους θυλάκων, καθώς και βελτίωση των περιοδοντικών δεικτών (εικ. 14). Ο χρόνος αυτός έδωσε την ευκαιρία στον ασθενή να προσαρμοσθεί στη νέα κάθετη διάσταση και να δοκιμάσει αβίαστα το αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα (εικ. 15). Επίσης παρήλθε επαρκής χρόνος για την επούλωση του μετεξακτικού φατνίου και την αναδιαμόρφωση των μαλακών ιστών στην περιοχή του γεφυρώματος, ώστε να μην προκληθεί υφίζηση μετά από την τοποθέτηση της αποκατάστασης.



Εικόνα 14. Κλινική εικόνα της άνω γνάθου μετά την περι-οδοντική θεραπεία, την επιμήκυνση μύλης και την τοποθέτηση των ενδοριζικών αξόνων.



Εικόνα 15. Μεταβατικές αποκαταστάσεις στην άνω γνάθο.



Εικόνα 16. Συνδυασμός ακίνητης και κινητής αποκατάστασης στην άνω γνάθο.

Στη συνέχεια καταρτίστηκε το τελικό σχέδιο θεραπείας το οποίο περιελάμβανε:

- Κατασκευή ακίνητης αποκατάστασης (γέφυρας) με στηρίγματα 13-12-21-22-23-24, γεφύρωμα τον 11 και υποδοχές για συνδέσμους ακριβείας στα άπω άκρα (εικ 16).
- Μερική οδοντοστοιχία ελευθέρων άκρων με συνδέσμους ακριβείας στην άνω γνάθο
- Μερική οδοντοστοιχία ελευθέρων άκρων με άγκιστρα στην κάτω γνάθο.

Οι λεπτομέρειες κατασκευής της αποκατάστασης δεν διαφέρουν από τις κλασικές τεχνικές της Προσθητικής και η λεπτομερής αναφορά τους αποκλίνει από τον σκοπό της εργασίας αυτής. Τα στάδια κατασκευής της αποκατάστασης ολοκληρώθηκαν χωρίς προβλήματα. Ο ασθενής ήταν ευχαριστημένος από το αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα της θεραπείας και εντάχθηκε σε πρόγραμμα τακτικού επανελέγχου (εικ. 17).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συνολική αντιμετώπιση προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα, τόσο στον ασθενή όσο και στον κλινικό. Καταρχήν εξοικονομείται πολύτιμος χρόνος και διευκολύνεται η κλινική διαδικασία. Ο ασθενής ενημερώνεται για το αρχικό σχέδιο θεραπείας, για την πρόγνωση των δοντιών και τις πιθανές λύσεις αποκατάστασης με την διατήρησή τους ή την απώλειά τους. Επίσης ενημερώνεται για τον αναγκαίο χρόνο και το κόστος θεραπείας, καθώς και για τις εναλλακτικές λύσεις.

Στο χρονικό διάστημα που απαιτείται για το αρχικό σχέδιο θεραπείας, ο ασθενής θα πρέπει να ενεργοποιηθεί στη στοματική υγιεινή και να κατανοήσει τους στόχους της θεραπείας.¹¹ Η αρχική θεραπεία -που αποτελεί το θεμέλιο για το τελικό σχέδιο θεραπείας και την τελική προσθητική αποκατάσταση- συχνά υποτιμάται

από τους ασθενείς, οι οποίοι ανυπομονούν για το τελικό αποτέλεσμα. Με αυτό το σκεπτικό, η αρχική προετοιμασία του στόματος κάνει αισθητή στον ασθενή την προσπάθεια του κλινικού για ένα επιτυχημένο αποτέλεσμα. Ασθενείς που δεν μπορούν να ακολουθήσουν ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα στοματικής υγιεινής στη φάση της προετοιμασίας, είναι απίθανο να συμμορφωθούν σε αυτό μετά από την τοποθέτηση της προσθετικής αποκατάστασης, και συνεπώς θα πρέπει να δοθεί έμφαση στο γεγονός αυτό.

Εάν υπάρχουν δόντια με αμφίβολη πρόγνωση, από περιοδοντική ή ενδοδοντική κατάσταση, δίνεται η δυνατότητα στον κλινικό να εφαρμόσει όλες τις ενδεικνυόμενες τεχνικές και να ελέγξει το αποτέλεσμα της θεραπείας, πριν από την έναρξη της τελικής αποκατάστασης. Με τον τρόπο αυτό, υπάρχει δυνατότητα τροποποίησης του σχεδίου θεραπείας, σύμφωνα με την πρόγνωση των δοντιών μετά την προετοιμασία τους.¹² Το γεγονός αυτό είναι εξαιρετικής σημασίας, όταν πρόκειται για στρατηγικά δόντια-στηρίγματα, των οποίων η διατήρηση ή η απώλεια σημαίνει την ακίνητη ή κινητή αποκατάσταση, στοιχείο βασικό για την επιτυχία και την άνεση του ασθενούς.¹³⁻¹⁵ Ο διαχωρισμός του αρχικού και τελικού σχεδίου θεραπείας διευκολύνει τη θέση της Προσθετικής, καθώς μπορεί να δοκιμαστεί το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα στη φάση των μεταβατικών αποκαταστάσεων.¹⁶

Από την πλευρά της κλινικής εκπαίδευσης σε φοιτητές Οδοντιατρικής, η συνολική αντιμετώπιση προσφέρει πολλαπλά πλεονεκτήματα και εφαρμόζεται σε όλα τα εξάμηνα κλινικής εκπαίδευσης (7^ο-10^ο) των φοιτητών της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ. Τα κυριότερα εκπαιδευτικά σημεία στη συνολική αντιμετώπιση ασθενούς είναι:

- Άσκηση των φοιτητών σε πολλά κλινικά αντικείμενα στον ίδιο χώρο εργα-



Εικόνα 17. Οι τελικές αποκαταστάσεις τοποθετημένες στο στόμα.

σίας και στην ίδια κλινική συνεδρία, με αποτέλεσμα σημαντική εξοικονόμηση κλινικού χρόνου για τον ασθενή και τον φοιτητή.

- Εξοικείωση του φοιτητή στο αρχικό και τελικό σχέδιο θεραπείας.
- Καθοδήγηση του φοιτητή στην εξέταση του ασθενούς σαν ολοκληρωμένη οντότητας, με βάση τα δεδομένα και τις ιδιαιτερότητες κάθε ατόμου.
- Αντιμετώπιση του ασθενούς με στόχο την ολοκληρωμένη θεραπεία και την αποκατάστασή του, χωρίς έμφαση σε μεμονωμένες οδοντιατρικές πράξεις.
- Ευκολότερη και αποτελεσματικότερη συνεννόηση των διδασκόντων, με βάση το σχέδιο θεραπείας.
- Ομαδική προσέγγιση σε περίπλοκες περιπτώσεις, αναγνώριση σημείων δυσκολίας στη θεραπεία, και συνεργασία τόσο χρονικά όσο και από πλευράς σωστής αλληλουχίας των επιμέρους οδοντιατρικών πράξεων.
- Πνεύμα συνεργασίας και αλληλοσυμπλήρωσης των διδασκόντων που μεταδίδεται άμεσα στο φοιτητή.
- Δυνατότητα αντιμετώπισης συμβαμά-

των (π.χ. διατρήσεων) άμεσα μετά από την εμφάνιση τους, σε συνεργασία με εξειδικευμένους συναδέλφους.

- Κλινική διδασκαλία της αντιμετώπισης των διαφόρων περιστατικών σε προπτυχιακό επίπεδο και παραπομπή σε μεταπτυχιακό επίπεδο μόνο των περιστατικών (ή των συγκεκριμένων κλινικών σταδίων) που κρίνεται απόλυτα αναγκαίο.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του περιστατικού το οποίο παρουσιάστηκε, έγινε στην Κλινική της Συνολικής αντιμετώπισης της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών από τον φοιτητή και σήμερα συνάδελφο κο Κ. Σέργη. Τη διδακτική ομάδα η οποία επέβλεψε την όλη θεραπεία αποτελούσαν οι Β. Πανής, Ε. Πεπελάση, Σ. Σπύρου, Περιοδοντολόγοι, Κ. Νιαμονητός και Τ. Φαρμάκης, Ενδοδοντολόγοι, Γ. Τσιρώνης, Ι. Ρούσου και Δ. Νικολοβιέννης, Προσθετολόγοι.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Μαντζαβίνος Ζ, Βρότσος ΙΑ. Περιοδοντική θεραπεία και επανορθωτική οδοντιατρική Κεφ. 35 στο βιβλίο «Κλινική Περιοδοντολογία», Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2002, σελ 545-562.
2. Ανδριτσάκης ΔΠ. Προετοιμασία του στόματος Κεφ 9 στο βιβλίο «Ακίνητη Επανορθωτική Οδοντιατρική», Εκδόσεις Ζαχαρόπουλος Αθήνα 2001, σελ: 133-139.
3. Ανδριτσάκης Δ, Νιαμονητός Κ, Βρότσος ΙΑ. Πρόγνωση και αξιολόγηση δοντιών με περιοδοντική νόσο. Οδοντοστοματολογική Πρόοδος 1989, 43: 495-503.
4. Rossein K. Provisionalization: the key to cosmetic and restorative success. Comp Cont Educ Dent 1995, 16: 684-691.
5. Ανδριτσάκης ΔΠ. Περιοδόντιο και επανορθωτική οδοντιατρική Κεφ 3 στο βιβλίο «Ακίνητη Επανορθωτική Οδοντιατρική», Εκδόσεις Ζαχαρόπουλος Αθήνα 2001, σελ: 55-64.
6. Χαμπάζ Μ, Κούρτης Σ, Μπαιράμη Β. Αποκατάσταση ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών: Ενδοδοντική προσέγγιση. «Οοδοντοστοματολογική Πρόοδος 2004, 58:420-431.
7. Χαμπάζ Μ, Κούρτης Σ, Μπαιράμη Β. Αποκατάσταση ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών: Προσθετική προσέγγιση. Οδοντοστοματολογική Πρόοδος 2004, 58:432-446.
8. Μαντζαβίνος Ζ, Βρότσος ΙΑ. Επούλωση των περιοδοντικών ιστών Κεφ. 33 στο βιβλίο «Κλινική Περιοδοντολογία», Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2002, σελ 521-528.
9. Wikesjo EU, Selving A. Periodontal wound healing and regeneration. Periodontol 2000 1999, 19: 21-39.
10. Kingnill JV. Post extraction remodeling of the adult mandible. Crit Rev Oral Biol Med 1999, 10: 384-404.
11. Πεπελάση Ε, Μακρίδης Σ, Βρότσος ΙΑ. Αιτιολογική θεώρηση της περιοδοντικής θεραπευτικής προσέγγισης στην πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου. Οδοντοστοματολογική Πρόοδος 2000, 54: 19-28.
12. Lang N. Periodontal considerations in prosthetic dentistry. Periodontol 2000, 1995: 9: 118-131.
13. Nevins M. Periodontal considerations in prosthodontic treatment. Curr Opin Period 1993, 1:151-156
14. Hammerle FC. Success and failure of fixed bridgework. Periodontol 2000 1994,4: 41-51.
15. Allen EP, Bayne SC, Becker IM et al. Annual review of selected dental literature. Report of the Committee on scientific investigation of the American Academy of Restorative Dentistry. J Prosthet Dent 1999, 82: 27-66.
16. Allen EP, Bayne SC, Becker IM et al. Annual review of selected dental literature. Report of the Committee on scientific investigation of the American Academy of Restorative Dentistry. J Prosthet Dent 2000, 84: 59-92.