

ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΛΑΧΙΣΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Γιαννακόπουλος Κωστής, D.D.S.

Οδοντίατρος, Μετεκπαιδευθείς στη Γενική Οδοντιατρική (Eastman Dental Center, Rochester, Η.Π.Α.) και στην Λιαιθητική Οδοντιατρική (State University of New York, Buffalo, Η.Π.Α.), Treasurer, Hellenic Academy of Esthetic Dentistry.



ηλεκτρονική διεύθυνση επικοινωνίας με τον συγγραφέα: kgianna@panafonet.gr

Στις αρχές του 20ου αιώνα ο G.V. Black εισήγαγε τις αρχές για την παρασκευή κοιλοτήτων, κάτι που συνέβαλε τα μέγιστα στην Οδοντική Χειρουργική και οδήγησε στο να ονομαστεί "πατέρας της οδοντιατρικής". Με το σχεδιασμό κοιλοτήτων που πρότεινε αποσκοπούσε στη συγκράτηση του αποκαταστατικού υλικού, στην αντοχή του δοντιού στα κατάγματα και στην επέκταση προς πρόληψη.

Σήμερα, με τα σύγχρονα συγκολλητικά συστήματα και τα βελτιωμένα αποκαταστατικά υλικά, την εξέλιξη των τεχνικών και τη συνειδητοποίηση από τον πληθυσμό της σημασίας που έχει ο επανέλεγχος από τον οδοντίατρο για τη στοματική υγεία, είναι δυνατή μια περισσότερο συντηρητική προσέγγιση στην οδοντική χειρουργική, όπου ο οδοντίατρος σέβεται την αναντικατάστατη υγιή οδοντική ουσία. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία αν αναγνωρίσουμε ότι η Οδοντική Χειρουργική είναι ειδικότητα ουσιαστικά "ακρωτηριαστική" και όχι θεραπευτική.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΩΝ

Οι σύγχρονες απόψεις σε αυτό το θέμα συνοψίζονται σε σχετική δήλωση της Παγκόσμιας Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (F.D.I.) την 1η Οκτωβρίου 2002, όπου προτείνεται η όσο το δυνατόν μικρότερη αποκοπή υγιούς οδοντικής ουσίας με όσο γίνεται μικρότερες παράπλευρες ζημιές. Ακόμη, προτείνεται η επιδιόρθωση αντί για την αντικατάσταση των εμφράξεων, η χρήση εναλλακτικών μέσων αφαίρεσης της τερηδόνας και εμφρακτικών υλικών όπως οι σύνθετες ρητίνες και οι υαλοϊονομερείς κόνιες.

Σήμερα πρέπει να θεωρείται ότι η οδοντική τερηδόνα είναι μια μολυσματική ασθένεια και έτσι ο κύριος στόχος πρέπει να είναι ο έλεγχος της μόλυνσης με τη σωστή στοματική υγιεινή και τη μειωμένη λήψη υδατανθράκων. Η σωστή διάγνωση, η αφαίρεση της βλάβης και η αποκατάσταση του ελλείμματος με κάποιο εμφρακτικό υλικό, σε καμία περίπτωση δε σημαίνει θεραπεία της νόσου. Για να επιτευχθεί αυτό, θα πρέπει να σταματήσει η εξέλιξη της τερηδόνας στο στόμα και γι αυτό θεωρείται θεμελιώδους σημασίας η χρήση προληπτικών μέσων και η εκπαίδευση και κινητοποίηση του ασθενή ώστε να λάβει ενεργό ρόλο στη θεραπεία.

Η Οδοντική Χειρουργική πρέπει να παρεμβαίνει μόνο όταν έχει πλέον σχηματιστεί τερηδονική κοιλότητα οπότε δεν είναι δυνατή η αναχαίτιση ή η αναστροφή της βλάβης με μέσα επαναβεστίωσης. Αλλοιώσεις που περιορίζονται στην αδαμαντίνη ή άθικτες οδοντικές επιφάνειες που απλά παρουσιάζουν δυσχρωμία πρέπει να αντιμετωπίζονται συντηρητικά, πάντα θεωρώντας ότι ο ασθενής δέχεται να μπει σε ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα επανελέγχων. Εννοείται ότι παρεμβάσεις επιτρέπονται και όταν συντρέχουν λειτουργικοί ή αισθητικοί λόγοι.

Όταν η χειρουργική προσέγγιση είναι επιβεβλημένη, βασικό στόχο αποτελεί η διατήρηση της υγιούς οδοντικής ουσίας και ο περιορισμός στην αφαίρεση μόνο της τερηδονισμένης οδοντίνης και της ανυποστήρικτης αδαμαντίνης.

Στην παρασκευή κοιλοτήτων λοιπόν, αφαιρείται μόνο όση υγιής οδοντική ουσία χρειάζεται για να μπορέσει ο οδοντίατρος να αποκτήσει πρόσβαση στην αλλοίωση και να έχει καλή οπτική επαφή με αυτήν ώστε να μπορέσει να την αφαιρέσει πλήρως. Έτσι, η κάθε κοιλότητα είναι μοναδική και κατευθύνεται από την βλάβη του δοντιού και όχι από κάποιους προκαθορισμένους κανόνες σχεδιασμού κοιλοτήτων (Φωτο 1 - 3).



Φωτο 1 :
Τερηδονικές αλλοιώσεις στα κάτω πρόσθια δόντια ασθενούς 16 ετών.



Φωτο 2 :
Παρασκευή κοιλότητων που κατευθύνεται από την αλλοίωση και όχι από κάποιους κανόνες σχεδιασμού κοιλότητων. Εάν απαιτείται για αισθητικούς λόγους γίνεται λοξοτομή όπως φαίνεται στο δόντι Νο 32.



Φωτο 3 :
Αποκαταστάσεις σύνθετης ρητίνης με την τεχνική της διαστρωματικής τοποθέτησης. Εδώ χρησιμοποιήθηκε συνδυασμός υβριδικής και μικρόκοκκης σύνθετης ρητίνης (Aelite All Purpose Body, BISCO και Aelite Aesthetic Enamel, BISCO).

Σε πολλές περιπτώσεις, ο οδοντίατρος μπορεί να είναι πιο συντηρητικός στην παρασκευή της κοιλότητας με τη χρήση ειδικών περιστροφικών κοπτικών μέσων (εγγλυφίδες fissurotomy), υπερήχων, συσκευών αεροαποτριβής και συσκευών laser (Φωτο 4 - 6).

Ένα άλλο βασικό πλεονέκτημα των εναλλακτι-

κών μεθόδων αποκοπής οδοντικής ουσίας είναι ότι είναι πιο ανώδυνες, χωρίς να υπάρχει ο θόρυβος και οι κραδασμοί της κλασικής χειρολαβής οπότε συνήθως δε χρειάζεται αναισθησία, κάτι που συντελεί θετικά στην παρουσία του συγκεκριμένου οδοντιατρείου στον ασθενή. Φυσικά υπάρχουν και πολλοί περιορισμοί στη χρήση τους, η αναφορά των οποίων ξεφεύγει από τα πλαίσια αυτού του κειμένου.

Ένα άλλο σημείο που πρέπει να προσέξει ο οδοντίατρος είναι η αντικατάσταση παλαιών αποκαταστάσεων, δηλαδή το 70% της Οδοντικής Χειρουργικής που γίνεται σήμερα, κάτι που οδηγεί αναπόφευκτα σε αύξηση του μεγέθους της κοιλότητας. Ιδίως όταν το υλικό της εμφράξεως που αντικαθίσταται είναι η σύνθετη ρητίνη, υπάρχει ένα ακόμη σημαντικό πρόβλημα, το ότι στις υγιείς περιοχές της εμφράξεως είναι δύσκολο να διακριθεί το που τελειώνει η ρητίνη και που αρχίζει η οδοντική ουσία.



Φωτο 4 :
Τερηδονική αλλοίωση στο δόντι Νο 26 μασητικά. Εάν παρασκευάζονταν κοιλότητα για εμφράξη αμαλγάματος θα έπρεπε να θυσιάσει πολλή υγιής οδοντική ουσία.



Φωτο 5 :
Η κοιλότητα παρασκευάστηκε με συσκευή αεροαποτριβής, χωρίς αναισθησία (Prep Start, Danville Engineering).



Φωτο 6 :
Η εμφράξη έγινε με υβριδική σύνθετη ρητίνη, υλικό που επιτρέπει την εμφράξη αυτών των πολύ συντηρητικών κοιλότητων (Gradia Direct, GC).

Έχει λοιπόν δειχθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις, χωρίς ο οδοντίατρος να το καταλάβει, είτε παραμένει παλαιά ρητίνη στην κοιλότητα είτε αφαιρείται άσκοπα οδοντική ουσία νομίζοντας ότι είναι παλαιά ρητίνη.

Γι αυτό, πάντα κατά την κρίση του κλινικού οδοντιάτρου, πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν η πιθανή επιδιόρθωση αντί για την αντικατάσταση μιας εμφράξεως, κάτι που είναι εφικτό μόνο με τη χρήση των συνθέτων ρητινών (ακόμη και η επιδιόρθωση παλαιών εμφράξεων αμαλγάματος γίνεται με σύνθετες ρητίνες) (Φωτο 7 - 9).

Τέλος, ερευνητικές εργασίες υποστηρίζουν ότι

ο πιο σημαντικός παράγοντας που καθορίζει τη μακροβιότητα μιας αποκατάστασης, είτε πρόκειται για αμάλαμα είτε για σύνθετη ρητίνη, είναι το μέγεθος της κοιλότητας, με τις πιο μικρές κοιλότητες βέβαια να παρουσιάζουν λιγότερα κατάγματα, μικροδιείσδυση, δευτερογενή τερηδόνα και τελικά να παραμένουν στο στόμα κατά μέσο όρο περισσότερα χρόνια από τις μεγαλύτερες.

Οι κοιλότητες ελάχιστης παρέμβασης βέβαια πρέπει να αποκαθίστανται με υλικά που συγκολλούνται στην οδοντική ουσία και δεν έχουν ελάχιστες απαιτήσεις βάθους και εύρους, όπως είναι οι σύνθετες ρητίνες.



Φωτο 7 :
Παλιές αποκαταστάσεις σύνθετης ρητίνης που παρουσιάζουν αποχρωματισμό και αποτριβή.



Φωτο 8 :
Αφαιρέθηκαν οι προβληματικές περιοχές των αποκαταστάσεων και στη συνέχεια αμμοβολήθηκε η εναπομείνουσα ρητίνη (Microetcher II, Danville Engineering). Ο οδοντίατρος δε μπορεί πλέον να διακρίνει που υπάρχει ακόμη ρητίνη και που όχι, οπότε η έμφραξη με διαδικασίες επιδιόρθωσης αποτρέπει την πιθανή άσκοπη αφαίρεση υγιούς οδοντικής ουσίας.



Φωτο 9 :
Οι αποκαταστάσεις ολοκληρώθηκαν με μικρόκοκκη σύνθετη ρητίνη και το αποτέλεσμα είναι αισθητικά αποδεκτό (Cosmedent Microfill, Cosmedent).

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΑ ΥΛΙΚΑ

Η σύνθετη ρητίνη σήμερα αποτελεί το αποκαταστατικό υλικό εκλογής στην Οδοντική Χειρουργική, με κάποιες χώρες να έχουν τελείως καταργήσει τη χρήση αμαλγάματος.

Ο λόγος δεν είναι η τοξικότητα του υδραργύρου που περιέχεται στο αμάλγαμα, μια που η έρευνα έχει καταλήξει ότι δε συντρέχει κανένας λόγος υγείας από τη χρήση αυτού στις οδοντικές εμφράξεις (αν και συντρέχουν περιβαλλοντικοί λόγοι - ιδίως σε χώρες όπως η δική μας που δε διαθέτουν μηχανισμό αποκομιδής και απόρριψης ή ανακύκλωσης του αμαλγάματος).

Οι σύνθετες ρητίνες πέρα από τις εξαιρετικές αισθητικές τους ιδιότητες, πράγμα συχνά απαιτούμενο από τον σύγχρονο ασθενή, προσφέρουν τη δυνατότητα συγκόλλησης στις οδοντικές επιφάνειες, επιδιόρθωσης τους και βέβαια συντηρητικής παρασκευής κοιλοτήτων. Πρόκειται βέβαια για υλικά που δε "συγχωρούν" τη μη σωστή τήρηση του πρωτοκόλλου. Ενώ μια ποιοτικώς μέτρια αποκατάσταση αμαλγάματος μπορεί να αποδώσει καλά στο χρόνο, μια ρητίνη όπου δεν ακολουθήθηκε ευλαβικά η διαδικασία απομόνωσης, συγκόλλησης, τοποθέτησης του υλικού στην κοιλότητα, λείανσης και στίλβωσης, θα προδώσει τον οδοντίατρο και τον ασθενή και θα παρουσιάσουν σύντομα υπερευαίσθησιες, επανατερηδονισμοί στα όρια, δυσχρωμίες, αποτριβές κ.λπ.



Φωτο 10 :

Καθημερινό σενάριο για τον κλινικό οδοντίατρο αποτελεί το κάταγμα του γλωσσικού πετάλου σε δόντια που έχουν μη συγκολληόμενες, μεγάλες αποκαταστάσεις αμαλγάματος.



Φωτο 11 :

Εάν το περιστατικό αντιμετωπιζόταν παραδοσιακά θα έπρεπε να γίνει ενδοοδοντική θεραπεία, να τοποθετηθούν 1 ή 2 άξονες, να εκτροχιστεί όλη η υγιής οδοντική ουσία που έχει απομείνει περιφερικά και στη συνέχεια να τοποθετηθεί στεφάνη. Με την Παρασκευή κοιλοτήτας για ένθετη εμφραξη πορσελάνης τηρούνται οι αρχές της Ελάχιστης Παρέμβασης.



Φωτο 12 :

Ένθετο πορσελάνης (Empress, Ivoclar Vivadent).



Φωτο 13 :

Η ένθετη εμφραξη συγκολλημένη, αποκαθιστά λειτουργικά και αισθητικά το δόντι ενώ ταυτόχρονα δίνει χρόνια ζωής σε αυτό. Όταν αυτή η αποκατάσταση αποτύχει, ο οδοντίατρος θα μπορέσει να κάνει τη στεφάνη που θα έκανε σήμερα χωρίς αυτή την επιλογή.

Ο μέσος όρος ζωής των εμφράξεων συνθέτου ρητίνης φαίνεται ότι είναι τα 7 - 8 χρόνια, σε αντίθεση με τις εμφράξεις αμαλγάματος που επιβιώνουν στη στοματική κοιλότητα για 10 - 11 χρόνια. Πιθανώς αυτό να οφείλεται στην τεχνική δυσκολία κατασκευής των εμφράξεων σύνθετης ρητίνης και όχι στο ίδιο το υλικό, αλλά θεωρείται εξαιρετικής σημασίας ότι αυτές οι αποκαταστάσεις, ιδίως εάν πρόκειται για την πρώτη φορά που εμφράσσεται ένα δόντι, είναι κατά πολύ μικρότερες από ότι εάν χρησιμοποιείτο αμάλαμα. Έτσι, ακόμη και αν χρειαστεί στη ζωή ενός δοντιού να αντικατασταθεί μια φορά παραπάνω μια έμφραξη ρητίνης, ο κύκλος αντικαταστάσεων και τελικά ζωής του δοντιού θα είναι μεγαλύτερος.

Τέλος, δεν πρέπει να παραβλέπονται οι αρχές της ελάχιστης παρέμβασης και σε αισθητικά περιστατικά βελτίωσης του χαμόγελου, όπου πολλές φορές χωρίς κανένα εκτροχισμό οδοντικής ουσίας μπορεί να δοθεί στην ασθενή ένα εντυπωσιακό χαμόγελο (Φωτο 14 - 15).

ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η σύγχρονη προσέγγιση στην Οδοντική Χειρουργική αλλά και στην Οδοντιατρική γενικότερα πρέπει να περιλαμβάνει αναμφισβήτητα τη φιλοσοφία της Ελάχιστης Παρέμβασης, του σεβασμού σε αυτό που η φύση έδωσε στον ασθενή τιμώντας την αρχή του Ιπποκράτη ότι ο γιατρός πρωταρχικά δεν πρέπει να κάνει ζημιά στον ασθενή του.

Εάν την ίδια φιλοσοφία ακολουθεί ο κλινικός οδοντίατρος και σε πιο προχωρημένες βλάβες, (Φωτο 10 - 13) τότε θα καθυστερήσει η επέμβαση άλλων ειδικοτήτων όπως της ακίνητης προσθετικής και τελικά της εμφυτευματολογίας, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα της ζωής σε ένα διαρκώς γηραιότερο πληθυσμό.



Φωτο 14 : Συγγενής έλλειψη πλαγίων τομέων της άνω γνάθου σε νεαρή ενήλικη ασθενή



Φωτο 15 : Οι αποκαταστάσεις έχουν γίνει με τη διαστρωμάτωση υβριδικής, μικρόκοκκης και κοπτικής διαφανούς μικρόκοκκης σύνθετης ρητίνης (Aelite All Purpose Body, BISCO, Cosmedent Microfill, Cosmedent,