

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΜΕΡΟΣ 1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Περσεφόνη Λάμπρου¹, Κωνσταντίνος Γιαννακόπουλος²,
Άννα Αγγελική Γκινουσάτη³, Φλώρα Ζερβού-Βάλβη⁴

Η διαχείριση οδοντιατρικών ασθενών με γενικά νοσήματα αποτελεί καθημερινότητα αλλά ταυτόχρονα και πρόκληση για κάθε σύγχρονο οδοντίατρο εξαιτίας πιθανών επιπλοκών που μπορούν να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής θεραπείας.

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό την παρουσίαση των γενικών αρχών διαχείρισης των οδοντιατρικών ασθενών με γενικά νοσήματα.

Πρώτο βήμα προς την πρόληψη και αντιμετώπιση των εν λόγω επιπλοκών αποτελεί η κατόπιν συζήτηση με τον ασθενή λήψη ενός λεπτομερούς και εκτενούς ιατρικού ιστορικού το οποίο στη συνέχεια θα συμβάλει στην κατανόηση του γενικού νοσήματος αλλά και του τρόπου με τον οποίο το εκάστοτε νόσημα επιδρά στην διαχείριση του συγκεκριμένου οδοντιατρικού ασθενούς. Το ιατρικό ιστορικό περιλαμβάνει μεταξύ άλλων την πλήρη καταγραφή των λαμβανομένων υπό του ασθενούς φαρμάκων, προς πρόληψη αλληλεπιδράσεων και επιπλοκών.

Τα λοιπά βήματα περιλαμβάνουν την προσεκτική λήψη οδοντιατρικού ιστορικού, την εκτίμηση της φυσικής κατάστασης, την εκτίμηση της οδοντοστοματολογικής κατάστασης και την βάση αυτής εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου που θα προκύψει από την οδοντιατρική παρέμβαση.

Η τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου γίνεται κυρίως με βάση τον συνδυασμό της φυσικής τους κατάστασης κατά ASA με τη βαρύτητα των σχεδιαζομένων οδοντιατρικών πράξεων. Ο συνδυασμός αυτός καθορίζει εν πολλοίς εάν ο οδοντίατρος μπορεί να εργασθεί με ασφάλεια, προσοχή ή κίνδυνο για τον ασθενή του. Με βάση αυτή την τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου γίνεται επιλογή του τόπου (ιατρείο ή νοσοκομείο), της μεθόδου αναισθησίας (τοπική, καταστολή, γενική αναισθησία), των απαραίτητων τροποποιήσεων στην αντιμετώπιση, καθώς και του είδους και της έκτασης της οδοντιατρικής θεραπείας. Επί μεγάλου κινδύνου, ο ασθενής οπωσδήποτε πρέπει να παραπέμπεται στο Νοσοκομείο διότι εκεί υπάρχει η δυνατότητα της άμεσης συνεργασίας με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων καθώς και της αξιοποίησης της εξειδικευμένης νοσοκομειακής υποδομής.

Συμπερασματικά, η διαχείριση οδοντιατρικών ασθενών με γενικά νοσήματα αποτελεί καθημερινότητα για κάθε οδοντίατρο, ο οποίος πρέπει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις για την αντιμετώπιση αυτών των ασθενών. Πρωταρχική επιδίωξη του οδοντιάτρου για την σωστή αντιμετώπιση κάθε ασθενή με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, είναι μια προσεκτική εκτίμηση και αξιολόγηση για το εάν ο ασθενής δύναται να ανεχθεί με ασφάλεια την προγραμματισθείσα οδοντιατρική φροντίδα.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική - οδοντιατρική ειδικής φροντίδας 15(2): 23-30, 2022

Λέξεις κλειδιά: Ιατρικά βεβαρημένος οδοντιατρικός ασθενής, ιατρικό ιστορικό, οδοντιατρικό ιστορικό, ιατρικός κίνδυνος οφειλόμενος στην οδοντιατρική παρέμβαση, οδοντιατρική θεραπεία

¹ Επιστημονική Συνεργάτης- Τμήμα Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

² Εν ενεργεία Πρόεδρος, Τμήμα Οδοντιατρικής, Επίκουρος Καθηγητής Οδοντικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

³ Φοιτήτρια, Τμήμα Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

⁴ Συντ. Διευθύντρια Οδοντιατρικού Τμήματος - Ειδικής Μονάδας ΑΜΕΑ, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας, Ελλάδα

Ιδρύματα προέλευσης: Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οδοντιατρική αντιμετώπιση των ασθενών με γενικά νοσήματα αποτελεί μια καθημερινή πρόκληση για κάθε κλινικό οδοντίατρο. Η διαχείριση των ασθενών αυτών καθίσταται αρκετά πολύπλοκη λόγω πιθανών επιπλοκών¹. Παράλληλα, η εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου είναι απαραίτητη για την ασφάλεια του ασθενούς προκειμένου να γίνει η εκτίμηση της συνολικής κατάστασης και πιθανά προβλήματα που δυνατόν να προκαλέσει η σχεδιαζόμενη οδοντιατρική παρέμβαση².

Σκοπός της εργασίας

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό την παρουσίαση των γενικών αρχών διαχείρισης των οδοντιατρικών ασθενών με γενικά νοσήματα.

ΓΕΝΙΚΟΣ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ

Το πρώτο βήμα για την παροχή μιας ασφαλούς οδοντιατρικής φροντίδας ασθενών με γενικά νοσήματα είναι η λήψη ενός λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού (medical history)^(2,3) (Διάγραμμα 1).

Διάγραμμα 1: Βήματα για την αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης των ασθενών



Είναι πολύ βασική η κατανόηση από τον οδοντίατρο της επίπτωσης που έχει ένα γενικό νόσημα στον ασθενή αλλά κυρίως το πώς το υπό αναφορά νόσημα επιδρά στον τρόπο αντιμετώπισης του συγκεκριμένου οδοντιατρικού ασθενούς. Ο κλινικός οδοντίατρος θα πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσει πιθανές επιπλοκές που θα παρουσιαστούν ως αποτέλεσμα της οδοντιατρικής φροντίδας ασθενών με γενικά νοσήματα και αν είναι απαραίτητη κάποια προεγχειρητική ή μετεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή.

Εν συντομία, πριν, κατά και μετά την καταγραφή του ιατρικού ιστορικού, καλό είναι να γίνεται ένας διάλογος (dialogue history) μεταξύ του οδοντίατρο και του ασθενούς για να εκμαιεύεται το ιατρικό ιστορικό, να αναφέρονται κάποιες λεπτομέρειες που σχετίζονται με αυτό, στο δε τέλος να συνοψίζεται.

Μετά τη λήψη ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού και με βάση το ιατρικό ιστορικό και μία αδρή εξω-

στοματική κλινική εκτίμηση, ο οδοντίατρος κατατάσσει τον ασθενή σε κατηγορία φυσικής κατάστασης ASA-PS⁴. Κατόπιν ο οδοντίατρος προβαίνει σε οδοντοστοματολογική εξέταση και στη συνέχεια προχωρά σε εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου (assessment of medical risk).

Λήψη ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού

Το ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να καταγράφεται και να περιλαμβάνει τόσο συγκεκριμένες ερωτήσεις όσο και άλλες ερωτήσεις που θα προκύψουν κατά τη διερευνητική συζήτηση με τον ασθενή. Δυστυχώς, πολλοί ασθενείς είτε αποκρύπτουν από τον οδοντίατρο υποκείμενα νοσήματα είτε δεν θεωρούν χρήσιμο να αναφέρουν κάποιο γενικό νόσημα γιατί δεν αντιλαμβάνονται τη συσχέτιση των γενικών νοσημάτων με την οδοντιατρική πρακτική⁵.

Οι ερωτήσεις θα πρέπει να καλύπτουν πρωτίστως τα πιο κάτω:

- Καρδιαγγειακά Νοσήματα
- Αιματολογικά Νοσήματα
- Νευρολογικά Νοσήματα
- Γαστρεντερικά Νοσήματα
- Αναπνευστικά Νοσήματα
- Δερματικά Νοσήματα
- Μυοσκελετικά Νοσήματα
- Νοσήματα Ενδοκρινών Αδένων
- Νοσήματα Ουροποιητικού Συστήματος
- Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- Λοιμώδη Νοσήματα
- Ψυχικά Νοσήματα
- Κατανάλωση αλκοόλ, καπνού, ουσιών κ.λπ.
- Αλλεργίες
- Έκθεση σε ακτινοβολία
- Φαρμακευτική αγωγή
- Παραμονή σε νοσοκομείο

Αναφορικά με τα φάρμακα που παίρνει ο ασθενής, ο οδοντίατρος θα πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις αλληλεπιδράσεις που τυχόν έχουν τα φάρμακα του με πιθανή φαρμακευτική αγωγή που θα χρειαστεί να του χορηγηθεί σχετικά με τα οδοντιατρικά του προβλήματα (Πίν. 1). Η πενικιλίνη και οι κεφαλοσπορίνες είναι προτιμητέα αντιβιοτικά όταν οι ασθενείς βρίσκονται υπό αντιπηκτική αγωγή⁶.

Πίνακας 1: Αλληλεπιδράσεις Φαρμάκων

Φάρμακο	Φάρμακο με το οποίο αλληλεπιδρά	Ενέργεια/Δράση
Γενικιλίνη	Μεθοτρεξάτη	Αυξημένος κίνδυνος τοξικό-τητας της μεθοτρεξάτης ειδικά σε ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία και στους ηλικιωμένους
Μακρολιδικά (π.χ. Κλαριθρομυκίνη)	Στατίνες Αντιπηκτικά (βαρφαρίνη)	Κίνδυνος μισπάθειας σε ταυτόχρονη χορήγηση-αποφυγή της στατίνης κατά τη διάρκεια της αντιβιοτικής αγωγής και χορήγηση στατίνης μετά από 7 μέρες από τη λήξη της αντιβιοτικής αγωγής Κίνδυνος αιμορραγίας- παρακολούθηση και ρύθμιση του INR
Μετρονιδαζόλη	Αντιπηκτικά (βαρφαρίνη)	Κίνδυνος αιμορραγίας- παρακολούθηση και ρύθμιση του INR
Τετρακυκλίνες (π.χ. δοξυκυκλίνη)	Αντιόξινα Ασβέστιο, Σίδηρος, Ψευδάργυρος Αντιπηκτικά (βαρφαρίνη) Μεθοτρεξάτη	Μείωση της δραστηριότητας των αντιόξινων Μείωση της δραστηριότητας των Κίνδυνος αιμορραγίας- παρακολούθηση και ρύθμιση του INR Αυξάνεται η τοξικότητα της μεθοτρεξάτης
Τριμεθοπρίμη και Σουλφαμεδοξαζόλη	Αντιπηκτικά (βαρφαρίνη) Μεθοτρεξάτη Αμιοδαρόνη	Κίνδυνος αιμορραγίας- παρακολούθηση και ρύθμιση του INR Αυξημένη αιματολογική τοξικότητα Αυξημένος κίνδυνος κοιλιακής αρρυθμίας
Σιπροφλοξασίνη	Αντιπηκτικά (βαρφαρίνη) Αμιοδαρόνη Θεοφυλλίνη Αντιόξινα Σίδηρος, Ασβέστιο Γαλακτομικά προϊόντα	Κίνδυνος αιμορραγίας- παρακολούθηση και ρύθμιση του INR Αυξημένος κίνδυνος κοιλιακής αρρυθμίας Αυξημένα επίπεδα θεοφυλλίνης Μείωση της απορρόφησης του αντιβιοτικού Να χορηγούνται είτε 2 ώρες πριν είτε 4 ώρες μετά την λήψη αντιβιοτικών Μείωση της απορρόφησης του αντιβιοτικού
Φλουκοναζόλη, Μυκοναζόλη	Στατίνες Αντιπηκτικά (βαρφαρίνη)	Αυξημένος κίνδυνος μισπάθειας. Να διακόπτεται η στατίνη κατά τη διάρκεια και για 7 μέρες μετά την αντι-μυκητιασική αγωγή Αυξημένη δράση του αντιπηκτικού
Ριφαμπικίνη	Αντιπηκτικά (βαρφαρίνη) Αντισυλληπτικά	Ελαττωμένη δράση του αντιπηκτικού Αυξημένος μεταβολισμός του αντισυλληπτικού
Μη στεροειδή αντι-φλεγμονώδη (ΜΣΑΦ - π.χ. ιβουπροφένη, δικλοφενάκη, μελοξικάμη)	Λίθιο	Μειωμένη νεφρική απέκκριση του λιθίου με αποτέλεσμα τοξικότητα του λιθίου
Ομεπραζόλη	Αντιπηκτικά (βαρφαρίνη)	Κίνδυνος αιμορραγίας- παρακολούθηση και ρύθμιση του INR
Προπρανολόλη και άλλοι μη ειδικοί β-αδρενεργικοί αναστολείς	Επινεφρίνη (στα τοπικά αναισθητικά)	Προκαλούν υπερτασικά επεισόδια και αντιδραστική βραδυκαρδία

Επιπλέον, είναι πολύ σημαντική η γνώση εκδηλώσεων στην στοματική κοιλότητα διαφόρων ομάδων φαρμάκων (Πίν. 2)⁷.

Πίνακας 2: Στοματικές Εκδηλώσεις Φαρμάκων

Ομάδα Φαρμάκων	Ανεπιθύμητες ενέργειες σχετικές με την Οδοντιατρική
β-Αναστολείς	Ξηροστομία, αλλαγές στην γεύση, αντίδραση τύπου λειχήνα
Αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνη (ACE-inhibitors))	Ξηρός βήχας, αγευσία, ξηροστομία, εξελκώσεις, αγγειοοίδημα
Αναστολείς υποδοχέων αγγειοτενσίνης II	Ξηροστομία, αγγειοοίδημα, ιγμορίτιδα, αγευσία
Αναστολείς διαύλων ασβεστίου	Υπερπλασία ούλων, ξηροστομία, αλλοίωση της γεύσης
A-Αναστολείς	Ξηροστομία
A-2 αγωνιστές κεντρικώς δρώντες	Ξηροστομία, αλλαγές στην γεύση, πόνος στην παρωτίδα
Διουρητικά	Ξηροστομία, αντίδραση τύπου λειχήνα, ορθοστατική υπόταση
Αγγειοδιασταλτικά	Έξαψη στο πρόσωπο, αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας των ούλων και λοίμωξη
Αναστολείς ρενίνης	Αγγειοοίδημα, εξάνθημα, βήχας, παροσμιά, εμβοές
Περιφερικοί αγωνιστές υποδοχέων ντοπαμίνης I	Λευκοκυττάρωση, αιμορραγία
Περιφερικοί αδρενεργικοί αναστολείς	Ξηροστομία, οίδημα, ρινορραγίες

Μετά το ιατρικό ιστορικό, λαμβάνεται το οδοντιατρικό ιστορικό που περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με όλα τα οδοντιατρικά προβλήματα που έχουν εμφανισθεί κατά το παρελθόν π.χ. τερηδόνα, περιοδοντικές νόσους, νοσήματα του στόματος, καθώς και ερωτήσεις σχετικές με την εμπειρία από προηγούμενες οδοντιατρικές θεραπείες και πιθανές επιπλοκές μετά από χορήγηση τοπικής αναισθησίας ή φαρμακευτικής αγωγής⁸.

Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης - Αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης κατά ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System)

Ο ασθενής μετά τη λήψη ιστορικού κατατάσσεται σε κατηγορία φυσικής κατάστασης. Η πιο απλή και ευρέως χρησιμοποιούμενη κατάταξη είναι αυτή κατά ASA (Πίν. 3). Γενικά, ασθενείς που κατατάσσονται στις κατηγορίες I και II μπορούν να αντιμετωπιστούν στο οδοντιατρείο. Στους ασθενείς της κατηγορίας II πιθανόν να χρειαστεί να γίνουν κάποιες τροποποιήσεις στην οδοντιατρική τους αντιμετώπιση. Οι ασθενείς της κατηγορίας III μπορεί να παρουσιάσουν κάποια επιδείνωση της γενικής τους κατάστασης, για αυτό και ο οδοντίατρος θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός στην οδοντιατρική φροντίδα των ασθενών αυτών, ορισμένοι εξ αυτών μπορούν να αντιμετωπισθούν στο οδοντιατρείο αλλά άλλοι πρέπει να παραπεμφθούν στο Νοσοκομείο. Οι ασθενείς της κατηγορίας IV θα πρέπει να μεταπέσουν στην κατηγορία III για να μπορούν να αντιμετωπιστούν οδοντιατρικά. Στους ασθενείς αυτούς αν κριθεί απαραίτητο να τους παρασχεθεί επείγουσα οδοντιατρική φροντίδα, θεωρείται σοφότερο να αντιμετωπιστούν σε νοσοκομειακό περιβάλλον.

Σε ασθενείς κατηγορίας V, παρέχεται μόνο επείγουσα οδοντιατρική φροντίδα.

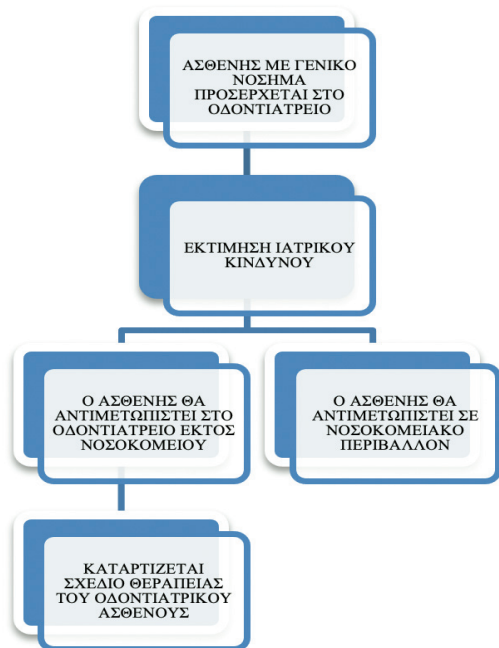
Για παράδειγμα, ο ασθενής με αιμορραγική διάθεση (π.χ. θρομβοκυτοπενία ή λευχαιμία) αντιμετωπίζεται καλύτερα σε νοσοκομειακό περιβάλλον όπου μπορεί να του παρασχεθεί αντικατάσταση αιμοπεταλίων πριν από τη διαδικασία ή μετά από αυτόματη αιμορραγία (π.χ. μετά από εξαγωγή δοντιού).

Πίνακας 3: Αξιολόγηση κατά ASA της φυσικής κατάστασης⁴

Κατηγορία κατά ASA PS	Προεχειρητική κατάσταση υγείας	Σχόλια / Παραδείγματα
I	Υγιής ασθενής	Υγιής, χωρίς οργανικές, φυσιολογικές ή ψυχιατρικές διαταραχές, μη καπνιστής, μη χρήστης αλκοόλ, με ελάχιστη ή καθόλου φοβία, με καλή ανοχή στην άσκηση. Εξαιρούνται οι πολύ μικρές και μεγάλες ηλικίες.
II	Ασθενείς με ήπια συστηματική νόσο	Χωρίς περιορισμό στη δραστηριότητα. Καλά ελεγχόμενη πάθηση ενός συστήματος του σώματος. Ελεγχόμενη υπέρταση ή διαβήτης χωρίς συστηματικές επιπλοκές, κάπνισμα, κοινωνική χρήση αλκοόλ, σταθερή στηθάγχη με αραιά επεισόδια, ασυμπτωματική συγγενής καρδιακή νόσος, ήπιες δυσρυθμίες, ήπια παχυσαρκία, καλά ελεγχόμενη επιληψία, νόσοι θυρεοειδούς, άσθμα χωρίς εξάρσεις, φυσιολογική εγκυμοσύνη, έντονη οδοντιατρική φοβία.
III	Ασθενείς με σοβαρή συστηματική νόσο	Υπάρχει περιορισμός στη δραστηριότητα. Ελεγχόμενη πάθηση περισσότερων του ενός συστημάτων ή ενός μείζονος συστήματος του σώματος. Δεν υπάρχει άμεσος κίνδυνος θανάτου. Αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης, αρρυθμιστη υπέρταση, σταθερή στηθάγχη με συχνά επεισόδια, παλαιότερο του τριμήνου έμφραγμα ή αγγειακό εγκεφαλικό ή τοποθέτηση βηματοδότη ή stents, μέτρια μείωση του κλάσματος εξώθησης, νοσηρή παχυσαρκία, ήπια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (αιμοκάθαρση), βρογχικό άσθμα με περιοδικά συμπτώματα, κατάχρηση ή εξάρτηση από το αλκοόλ.
IV	Ασθενείς με σοβαρή συστηματική νόσο που είναι διαρκής απειλή για τη ζωή	Υπάρχει τουλάχιστον μια σοβαρή νόσος που δεν ελέγχεται επαρκώς ή είναι σε τελικό στάδιο. Υπάρχει κίνδυνος θανάτου. Ασταθής στηθάγχη, μικρότερο του τριμήνου έμφραγμα ή αγγειακό εγκεφαλικό ή τοποθέτηση βηματοδότη ή stents, μεγάλη μείωση του κλάσματος εξώθησης, σοβαρή δυσλειτουργία καρδιακής βαλβίδας, νοσηρή παχυσαρκία, σοβαρή ΧΑΠ, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (χωρίς αιμοκάθαρση), διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια.
V	Ασθενείς που δεν αναμένεται να επιβιώσουν χωρίς την επέμβαση	Δεν αναμένεται να επιβιώσουν χωρίς χειρουργική επέμβαση περισσότερο από 24 ώρες. Υπάρχει άμεσος κίνδυνος θανάτου. Πολυοργανική ανεπάρκεια, σηπτικό σύνδρομο με αιμοδυναμική αστάθεια, εκτεταμένο τραύμα, ρήξη θωρακικού ή κοιλιακού ανευρύσματος, υποθερμία, μαζική ενδοκρανιακή αιμορραγία, μη ελεγχόμενες διαταραχές πήξεως.
VI	Ασθενής εγκεφαλικά νεκρός που πρόκειται να γίνει δότης οργάνων	

Μετά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού και κατά την διάρκεια της εκτίμησης της φυσικής κατάστασης⁹ δυνατόν να προκύψει ανάγκη παραπομπής του ασθενούς σε προσωπικό ή ειδικό ιατρό για αξιολόγηση πριν επιχειρηθεί η οποιαδήποτε οδοντιατρική παρέμβαση (Διάγραμμα 2).

Διάγραμμα 2: Αλγόριθμος Αξιολόγησης του Ασθενούς σε σχέση με τον τόπο Οδοντιατρικής Αντιμετώπισής του



Αξίζει να τονιστεί ότι η εξέταση οδοντιατρικού ασθενούς με γενικά νοσήματα θα πρέπει να είναι ενδεδειγμένη. Πολλές φορές, για ασθενείς που δεν είχαν προηγουμένως ιατρικά προβλήματα, μέσω της λήψης του ιστορικού από τον οδοντίατρο, δυνατόν να προκύψει ανάγκη παραπομπής του ασθενούς σε ιατρό για ιατρική αξιολόγηση πριν την παροχή της οδοντιατρικής φροντίδας, ή ανάγκη επικοινωνίας με τον θεράποντα ιατρό του, ο οποίος θα καθοδηγήσει τον οδοντίατρο στην αντιμετώπιση του ασθενή.

Ο σχεδιασμός της οδοντιατρικής θεραπείας στους ασθενείς με γενικά νοσήματα πρωτίστως προϋποθέτει την κατανόηση της φύσης του γενικού νοσήματος και πώς αυτό θα επιδράσει/ανταποκριθεί στην οδοντιατρική φροντίδα⁹. Η γνώση των πιθανών συνεπειών/επιπλοκών είναι εξίσου σημαντική. Η κατηγοριοποίηση της φυσικής κατάστασης των οδοντιατρικών ασθενών απλά βοηθά τον οδοντίατρο να παράσχει ασφαλή οδοντιατρική φροντίδα στον ασθενή. Εάν ο οδοντίατρος αμφιταλαντεύεται αν θα προχωρήσει στην οδοντιατρική φροντίδα ενός ατόμου, θα ήταν προτιμότερο να διαβουλευτεί με τον ιατρό του ασθενούς ή με άλλους συναδέλφους του. Την απόλυτη ευθύνη για την ασφάλεια του ασθενή έχει εν τέλει ο οδοντίατρος, ο οποίος και θα αποφασίσει αν θα προσφέρει οδοντιατρική φροντίδα σε κάποιον ή όχι.

Εκτίμηση της οδοντοστοματολογικής κατάστασης

Προκειμένου να εκτιμηθεί ο ιατρικός κίνδυνος¹⁰ που ενδέχεται να προκύψει από την οδοντιατρική (χειρουργική κυρίως παρέμβαση) γίνεται ενδεδειγμένη οδοντοστοματολογική εξέταση.

Είναι σημαντικό να μη λησμονείται ότι ο κίνδυνος από την οδοντιατρική χειρουργική παρέμβαση εξαρτάται πρωτευόντως από²:

- την φυσική κατάσταση του ασθενούς της ηλικίας του και των συν-νοσηροτήτων και τα λαμβανομένων φαρμάκων συμπεριλαμβανομένων,
- τον τύπο, την έκταση, τη διάρκεια της επέμβασης και τον βαθμό τραύματος και στρες, αλλά ακόμη και από
- τον βαθμό του επείγοντος της επέμβασης
- τις δεξιότητες και την εμπειρία των επεμβαίνοντων
- την αναισθητική τεχνική
- την υλικοτεχνική υποδομή
- την εκτιμώμενη μετεγχειρητική φροντίδα

Οι οδοντίατροι θα πρέπει να έχουν υπόψιν τους ότι οι πλείστες οδοντιατρικές πράξεις προκαλούν στρες στον ασθενή, που μπορεί να εκδηλωθεί είτε με πόνο είτε με ανησυχία^{11,12}. Ο ανθρώπινος οργανισμός απαντά στις περιπτώσεις αυτές με την έκκριση κατεχολαμινών (επινεφρίνης και νορ-επινεφρίνης) από τα επινεφρίδια στο κυκλοφορικό σύστημα με αποτέλεσμα αυξημένο φόρτο στην καρδιά. Αν και οι ασθενείς κατηγορίας I μπορούν να αντεπεξέλθουν στις αλλαγές αυτές, το ίδιο δεν συμβαίνει με τους ασθενείς των άλλων κατηγοριών. Για παράδειγμα, ασθενής με ασταθή στηθάγχη (ASA IV), μπορεί να παρουσιάσει πόνο στο στήθος ή αρρυθμία, ή πνευμονικό οίδημα σε έδαφος καρδιακής ανεπάρκειας. Οι ασθενείς με άσθμα μπορεί να παρουσιάσουν οξεία αναπνευστική δυσχέρεια ή ασθενείς με επιληψία μπορεί να εμφανίσουν σπασμούς. Ακόμα και υγιείς ασθενείς αναφέρουν συχνά ότι λόγω του στρες δεν κατάφεραν να κοιμηθούν το βράδυ πριν την ημέρα του οδοντιατρικού ραντεβού με αποτέλεσμα να μην συνεργάζονται κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής φροντίδας. Ο μετεγχειρητικός έλεγχος του πόνου είναι εξίσου σημαντικός για τους ασθενείς που έτυχαν στοματοχειρουργικής φροντίδας, περιοδοντικής παρέμβασης, εκτεταμένων αποκαταστάσεων, για αυτό και τα ακόλουθα βήματα αποτιμώνται θετικά στην προσπάθεια αυτή¹³:

- Τηλεφωνική διαθεσιμότητα του οδοντιάτρου εκτός των ωρών εργασίας
- Χορήγηση αναλγητικών σκευασμάτων
- Χορήγηση αντιβιοτικών όπου χρειάζεται
- Συνταγογράφηση αγχολυτικών σκευασμάτων αν και εφόσον κριθεί ότι είναι απαραίτητα

Εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου

Η τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου γίνεται κυρίως με βάση τον συνδυασμό της φυσικής τους κατάστασης κατά ASA με τη βαρύτητα των σχεδιαζόμενων οδοντιατρικών πράξεων. Ο συνδυασμός αυτός καθορίζει εν πολλοίς εάν ο οδοντίατρος μπορεί να εργασθεί με ασφάλεια, προσοχή ή κίνδυνο για τον ασθενή του. Με βάση αυτή την τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου γίνεται επιλογή του τόπου (ιατρείο ή νοσοκομείο), της μεθόδου αναισθησίας (τοπική, καταστολή, γενική αναισθησία), των απαραίτητων τροποποιήσεων στην αντιμετώπιση, καθώς και του είδους και της έκτασης της οδοντιατρικής θεραπείας^{14,15}. Επί μεγάλου κινδύνου, ο ασθενής οπωσδήποτε πρέπει να παραπέμπεται στο Νοσοκομείο διότι εκεί υπάρχει η δυνατότητα της άμεσης συνεργασίας με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων καθώς και της αξιοποίησης της εξειδικευμένης νοσοκομειακής υποδομής².

Εν κατακλείδι, πρέπει να τονισθεί ότι η εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου είναι απαραίτητη για την ασφάλεια του ασθενούς προκειμένου να αποτιμηθεί η συνολική κατάσταση και τα πιθανά προβλήματα που θα προκαλέσει η σχεδιαζόμενη οδοντιατρική παρέμβαση. Με την εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου καθορίζει ο οδοντίατρος τις ενέργειες στις οποίες πρέπει να προβεί για να εξαφανίσει ή να ελαχιστοποιήσει αυτά τα προβλήματα και λαμβάνει την απόφαση περί τυχόν απαιτούμενης παραπομπής του ασθενούς προς θεραπεία στο Νοσοκομείο. Η πορεία προς την εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου αποτελεί μία διαδικασία διαδοχικών βημάτων που περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού και την εν γένει διερεύνηση του ασθενούς, την εκτίμηση της φυσικής του κατάστασης και την εκτίμηση της οδοντοστοματολογικής του κατάστασης που οδηγεί στην τελική εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου³.

Συμπερασματικά, ο οδοντίατρος προκειμένου να προβεί στην οδοντιατρική αντιμετώπιση ιδιαίτερα των ασθενών με γενικά νοσήματα πρέπει να διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να εκτιμά τον ιατρικό κίνδυνο και να σχεδιάζει κατάλληλα την οδοντιατρική θεραπεία προκειμένου αυτή να παρέχεται με ασφάλεια^{16,17}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαχείριση οδοντιατρικών ασθενών με γενικά νοσήματα αποτελεί καθημερινότητα για κάθε οδοντίατρο, ο οποίος πρέπει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις για την αντιμετώπιση αυτών των ασθενών. Πρωταρχική επιδίωξη του οδοντίατρο για την σωστή αντιμετώπιση κάθε ασθενή με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, είναι μια προσεκτική εκτίμηση και αξιολόγηση για το εάν ο ασθενής δύναται να ανεχθεί με ασφάλεια την προγραμματισθείσα οδοντιατρική φροντίδα.

SUMMARY

MEDICALLY-COMPROMISED DENTAL PATIENTS PART 1. GENERAL MANAGEMENT PRINCIPLES

Persefoni Lambrou, Kostas Giannakopoulos,
Anna Angeliki Gkinosati,
Flora Zervou-Valvi

hellenic hospital dentistry - special care dentistry 15(2): 23-30, 2022

The management of medically compromised dental patients is a daily routine but at the same time a challenge for every dentist due to possible complications that may occur during dental treatment. The purpose of this paper is to present the general principles of management of dental patients with medical conditions.

The first step towards the prevention and management of these complications is, after discussion with the patient, to take a detailed and thorough medical history which will contribute to the understanding of the medical condition and the way in which each disease affects the management of the particular dental patient. The medical history, among others, includes the recording of the medication taken by the patient so as to prevent any drug interactions and resulting complications. The next steps include taking a careful dental history, to assess the physical and dental condition and based on this, assessing any medical risk that will result from the dental intervention.

The final assessment of the medical risk is mainly based on patient's physical condition according to ASA along with the degree of severity of the planned dental procedures. This combination largely determines whether the dentist can work on the patient with safety, caution or risk. Based on the final assessment of the medical risk, the location (Outpatient clinic or Hospital), the method of anesthesia (local, sedation, general anesthesia), the necessary modifications in treatment, as well as the type and extent of dental treatment can be selected. In case of high risk patients, these must definitely be referred to the Hospital because in the Hospital environment there is possibility of direct collaboration with doctors of various specialties as well as the utilization of specialized hospital infrastructure/equipment.

In conclusion, the management of dental patients with medical conditions is nowadays a routine for every dentist, who must have the necessary knowledge to deal with these patients. The dentist's primary goal in treating any medically compromised patient is a careful assessment and evaluation of whether this patient is able to safely tolerate the dental care plan.

Key words: *medically-compromised dental patient, medical history, dental history, medical risk due to dental intervention, dental treatment*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. <http://www.giovannimariagaeta.it/Dental%20Management%20in%20the%20Medically%20Compromised%20Patient.pdf> , όπως αυτό εμφανίζεται την 07/02/2023.
2. Ζερβού-Βάλβη Φ: Εκτίμηση του ιατρικού κινδύνου στους οδοντιατρικούς ασθενείς. Ασκλ Χρον 2021; 09, 5459.
3. Kannan N, Sridevi BS, Manne RK, Sarath PV: Medically Compromised Dental Patient: Dentists Nightmare. Dent Pract 2017;14(3):511-7.
4. Malamed SF: Knowing your patients. J Am Dent Assoc 2010 ;141:S3-7.
5. <https://www.aae.org/specialty/2018/02/06/treating-medically-compromised-patient/> όπως αυτό εμφανίζεται την 07/02/2023
6. Dawoud BES, Roberts A, Yates JM: Drug interactions in general dental practice - Considerations for the dental practitioner. Br Dent J 2014; 216, 1523.
7. Lo Russo L, Guida L, Di Masi M, Buccelli C, Giannatempo G, Di Fede O, et al: Adverse drug reactions in the oral cavity. Curr Pharm Des 2012; 18(34):5481-96.
8. Dhanuthai K, Sappayatosok K, Bijaphala P, Kulvitit S, Sereerat T. Prevalence of medically compromised conditions in dental patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009 Jun 1;14(6):E287-91.
9. Patton LL: Medical History, Physical Evaluation, and Risk Assessment.. The ADA Practical Guide to Patients with Medical Conditions. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.; 2016.
10. Sharma R, Thapliyal GK, Sinha R, Menon PS: Dental treatment of Medically Compromised Patients. J Dent Def Sect 2007;2:4-9.
11. McCarthy FM, Malamed SF: Physical evaluation system to determine medical risk and indicated dental therapy modifications. J Am Dent Assoc 1979; 99, 181184.
12. Tsvetanov T. Dental Management of the Medically Compromised Patients. LAP LAMBERT Academic Publishing; 2016.
13. Seymour RA. Dentistry and the medically compromised patient. The Surg. 2003 Aug 1;1(4):207-14.
14. http://www.dhed.net/ASA_Physical_Status_Classification_SYSTEM.html, όπως αυτό εμφανίζεται την 15/05/2023.
15. Moore PA, Hersh EV: Chapter 7: Local Anesthetics for Dentistry. ADA Dental Drug Handbook: A Quick Reference. Chicago, IL: American Dental Association; 2019.
16. Katakura A. Necessity of providing dental care to medically compromised patients in Japans super-aged society and the way forward. Jpn Dent Sci Rev. 2022 Nov 1;58:279-85.
17. Κολοκοτρώνης Α, Παπαδογεωργάκης Ν: Οδοντιατρικές Πράξεις σε Ειδικούς Ασθενείς. 1η Έκδοση, Θεσσαλονίκη, Fylatos Publishing, 2015.

Διεύθυνση για επικοινωνία:
Περσεφόνη Λάμπρου
Email: persoula@cytanet.com.cy