

Παθολογικές καταστάσεις του στοματικού περιβάλλοντος και χρόνια νοσήματα που επιδρούν στην εμφυτευματική θεραπεία του νωδού γηριατρικού ασθενή

Θ. ΜΥΛΩΝΑΣ¹

The impact of oral and systemic diseases on implant restoration in edentulous geriatric patients

TH. MYLONAS¹

Περίληψη

Ο σκοπός αυτής της εργασίας ήταν να προσδιοριστούν οι ιδιαιτερότητες κατά την αποκατάσταση των υπερηλικών με εμφυτεύματα.

Παράμετροι που θα έπρεπε να ληφθούν υπόψη είναι η απορρόφηση του οστικού υποστρώματος των γνάθων, οι αλλοιώσεις του βλεννογόνου του στόματος και η μη φυσιολογική λειτουργία των κροταφογναθικών αρθρώσεων λόγω της νωδότητας. Αυτοί οι παράγοντες πρέπει να διερευνηθούν και να αποκατασταθεί η φυσιολογία του στοματογναθικού συστήματος πριν την εμφύτευση. Σημαντικό πρόβλημα, όμως, είναι και η παρουσία χρόνιων νοσημάτων και η πολυφαρμακία που χαρακτηρίζουν τους υπερηλικες. Σε πρόσφατο έμφραγμα ή ασταθή στηθάγχη η εμφύτευση αντενδείκνυται. Σε καρδιολογικά προβλήματα θα πρέπει να προσαρμόζονται οι δόσολογίες των αντιβιοτικών, των αγγειοσπαστικών, αλλά και η χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Σε συνεχόμενες μετρήσεις υψηλής πίεσης η εμφύτευση αντενδείκνυται. Σε πνευμονοπάθειες η ρύθμιση των κορτικοστεροειδών, αντιβιοτικών, αντιφλεγμονωδών, αναλγητικών και αγχολυτικών είναι σημαντική. Σε αρθρίτιδες ρυθμίζονται τα κορτικοστεροειδή και η αντιβίωση. Στις νεφρικές ανεπάρκειες οι προσαρμογές είναι ανάλογες του σταδίου της νόσου. Σε περιπτώσεις ζαχαρώδους διαβήτη πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η καθυστέρηση επούλωσης και η πιθανότητα λοίμωξης. Όπως σε όλα τα προηγούμενα νοσήματα, έτσι και στην παρκινσονική συνδρομή, τον καρκίνο, την άνοια ή την κατάθλιψη θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό και τους συγγενείς του ασθενή.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Εμφυτευματική αποκατάσταση, περιορισμοί, υπερηλικες.

Summary

In Greece, the number of persons over 65 amounts to 14% of the general population. With the increase in elderly people, dentists need to be trained to serve this section of the population.

Especially in oral restoration with implants, many parameters must be considered. The aim of this study was to investigate the possible risk factors of restoration with implants in geriatric dentistry.

Aging alveolar bone influences and differentiates implant therapy. There is a tendency towards senile atrophy of the internal bone structure with an increased resorption and insufficient production of new bone. The oral epithelium becomes thinner and collagen synthesis decreases. Trauma from ill-fitting dentures, oral and denture hygiene, systemic disease, malnutrition and medications may also influence oral mucosal irregularities. Denture stomatitis, hyperplasia, angular cheilitis, traumatic ulcers, xerostomia, premalignant and malignant lesions are not rare in elderly and must be considered in the therapeutic modelling. In the elderly systemic illnesses, chronic diseases or consumption of multiple drugs is not uncommon.

In recent angina or myocardial infarction, high hypertension, and tuberculosis oral implantation is contraindicated. In cardiovascular disease antibiotics, nonsteroidal anti-inflammatory agents and vasoconstrictive anesthetics may be regulated. In lung disease it is important to regulate the dosage of steroids, antibiotics, anti-inflammatory drugs, analgesics and antidepressants. In rheumatic arthritis the management of steroids and NSAD agents should be regulated.

In renal failure the dosage of drugs may be reduced. In diabetes the delayed healing of wounds and the increased risk of infection must be considered.

In Parkinsonism, cancer, dementia and depression the

KEY WORDS: Implant-rehabilitation, limitation, elderly patient.

Στάλθηκε στις 10.10.2003. Εγκρίθηκε στις 2.4.2004.

¹ Dr Med Dent, Διδάκτωρ Προσθητικής Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg I. Br. Γερμανία

Received on 10th Oct., 2003. Accepted on 2th April, 2004.

¹ Dr Med Dent, PhD of Prosthodontics Albert-Ludwigs, Freiburg I. Br. Germany.

dentist should collaborate as in all the above mentioned conditions with the physicians and the relatives of the patients above mentioned conditions before any treatment.

Εισαγωγή

Οι υπερήλικες στην Ελλάδα πλησιάζουν το 14% του συνολικού πληθυσμού με μια αυξητική τάση που ξεπερνά τις στατιστικές προβλέψεις των περασμένων χρόνων¹. Αυτό συνέβη χάρη στην αλματώδη ανάπτυξη του βιοτικού επιπέδου, στην οποία συνέβαλαν τόσο η εξέλιξη της ιατρικής όσο και η υπογεννητικότητα.

Ως ηλικιακή ομάδα οι υπερήλικες λόγω της μακρόχρονης έκθεσης των οδοντικών ιστών στην τερηδόνα, την περιοδοντίτιδα, την αποτριβή, τον τραυματισμό, αλλά και τις ιατρογενείς βλάβες αντιμετωπίζουν τα περισσότερα προβλήματα νωδότητας. Η αντιμετώπιση αυτής της νωδότητας και η αποκατάσταση της στοματικής λειτουργίας γίνεται με τη βοήθεια της συμβατικής ή της επιεμφυτευματικής προσθετικής. Η δεύτερη είναι μια καταξιωμένη λύση με πραγματικά πολλά πλεονεκτήματα². Επειδή, όμως, η τοποθέτηση εμφυτευμάτων δεν παύει να θέτει τον ηλικιωμένο οργανισμό σε μια διαδικασία επούλωσης και να χρησιμοποιεί επιπλέον διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η γενικότερη κατάσταση υγείας του υπερήλικα. Αυτό αποκτά μεγάλη σημασία, αφού ο υπερήλικας συνοδεύεται από αρκετές παθολογικές καταστάσεις που μπορεί να είναι εντοπισμένες στη στοματική κοιλότητα ή να είναι συστηματικές νόσοι³. Αν λοιπόν ο οδοντίατρος προτείνει την εμφυτευματική αποκατάσταση ως εκλογή θεραπείας, θα πρέπει να ερευνηθεί το ιατρικό ιστορικό του ασθενή. Θα πρέπει να γνωρίζει όλες τις συνοδές ασθένειες αυτής της ηλικίας, αλλά και τα φαρμακευτικά σκευάσματα που λαμβάνονται κατά περίπτωση. Ακόμη να γνωρίζει την επίδραση αυτών των ασθενειών σε τοπικό ή γενικό επίπεδο και την δράση και αλληλεπίδραση των σκευασμάτων που τα συνοδεύουν. Ο ηλικιωμένος δεν είναι πάντα σε θέση να γνωρίζει, ακριβώς, την ασθένεια του και ακόμη, περισσότερο, να θυμάται την εμπορική ονομασία των φαρμακευτικών σκευασμάτων και τον τρόπο δράσης τους.

Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν να περιγραφούν οι πιθανές επιδράσεις των παθολογικών καταστάσεων του στοματικού περιβάλλοντος και των χρόνιων παθήσεων που συνοδεύουν τον νωδό γηριατρικό ασθενή στην εμφυτευματική θεραπεία.

Οι ιδιαίτερες συνθήκες του νωδού στοματικού περιβάλλοντος ενός γηριατρικού ασθενή είναι:

A. Οι ανατομικές μεταβολές στη φυσιολογία του στοματογναθικού συστήματος.

Αυτές προέρχονται από την απορρόφηση της οστικής ακρολοφίας, τη μείωση της ουλοπαραριακής αύλακας, τη μεταβολή του βλεννογόνου σε λεπτό ή παχύ,

τη διόγκωση της γλώσσας, τη μεταβολή των σχέσεων των γνάθων και την αλλοίωση των φυσιολογικών κινήσεων τόσο της γνάθου όσο και της γλώσσας. Οι τροποποιήσεις αυτές θα εντείνουν τον ανώμαλο μετασχηματισμό των ούλων και θα βοηθήσουν στη δημιουργία έντονων χαλινών. Η μεταβολή της φυσιολογίας του στοματογναθικού συστήματος θα πρέπει να προβληματίσει, πριν την εμφύτευση, αν είναι συνέργεια άλλων τοπικών παραγόντων, διατροφικών ανωμαλιών, φαρμάκου ή συστηματικών παθήσεων^{4,5}. Κατανοητό είναι ότι οι νέες συνθήκες θα δυσκολέψουν τον οδοντίατρο στην τοποθέτηση εμφυτεύματος. Το μικρό μήκος του εμφυτεύματος που θα χρησιμοποιηθεί λόγω οστικής απορρόφησης, η κακή ποιότητα του οστού, η αύξηση του μεσοφραγματικού χώρου και η αλλοίωση των διαγναθικών σχέσεων θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη. Ακόμη και ο κινητός βλεννογόνος που δε θα προσφύεται σθεναρά γύρω από τον αυχένα του εμφυτεύματος θα πρέπει να αντιμετωπιστεί.

B. Οι σημαντικές μεταβολές που παρουσιάζονται μετά την εφαρμογή ολικών οδοντοστοιχιών. Οι κοκκιωματώδεις στοματίτιδες, οι υπερπλαστικές αλλοιώσεις και οι ατροφίες επέρχονται και από τη συνεχή χρήση της οδοντοστοιχίας, δηλαδή τον αυξημένο μηχανικό ερεθισμό, τον πλημμελή καθαρισμό της, αλλά και από την τοξική ή αλλεργική δράση συστατικών του ακρυλικού της οδοντοστοιχίας^{6,7,8}. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ο οδοντίατρος θα πρέπει να αντιμετωπίζει όλες τις παθολογικές καταστάσεις και μετά να εκτιμήσει τη δυνατότητα εμφύτευσης.

Γ. Η συχνή παρουσία της ξηροστομίας. Εκτός από τα διάφορα φάρμακα που θα μπορούσαν να την προκαλέσουν, η υπολειπομυρία της μάσησης είναι ισχυρός αιτιολογικός παράγοντας⁹. Όταν ενοχοποιείται η κινητή οδοντοστοιχία για την πρόκληση της ξηροστομίας, τότε η απόφαση για εμφυτεύματα είναι η σωστή εκλογή θεραπείας. Βέβαια, πρέπει να υποχωρήσουν τα συμπτώματα και να ακολουθήσει η εμφύτευση. Συστηματικές νόσοι που ενοχοποιούνται στην πρόκληση ξηροστομίας είναι η υπέρταση, η κατάθλιψη, η νεφρική ανεπάρκεια, ο υποθυρεοειδισμός και το σύνδρομο του Sjögren. Αν από τη διερεύνηση προκύψει κάτι από τα προηγούμενα, τότε θα πρέπει να αντιμετωπιστεί και να υπολογιστεί η φαρμακευτική αλληλεπίδραση αυτών των παθολογικών καταστάσεων με τα φαρμακευτικά σκευάσματα που θα χρειαστούν κατά την επέμβαση της εμφύτευσης. Διατροφικά, ρόλο παίζει η βιταμίνη Α, η νιασίνη, το φολικό οξύ κλπ. Στη θεραπεία εκτός της διερεύνησης των διαφόρων παραγόντων, της χορήγησης πιλοκαρπίνης ή διαφόρων τεχνητών σιαλικών υγρών σε επιπλεγμένες καταστάσεις, συνιστάται η χορήγηση αντιφλεγμονωδών και αντιμυκητιασικών σκευασμάτων¹⁰. Σε περίπτωση επιλογής εμφυτευματικής θεραπείας θα πρέπει πρώτα να διερευνηθεί το αίτιο και να εξαλειφθεί, αφού οποιαδήποτε πρόσθετη φαρ-

μακευτική επιβάρυνση, αλλά ακόμη και η χρήση μόνο των αντιφλεγμονωδών φαρμάκων επιβαρύνουν τη διαδικασία της οστεοενσωμάτωσης. Σε επίμονες και επίπονες περιπτώσεις, σίγουρα, δεν μπορούν να τοποθετηθούν εμφυτεύματα.

*Δ. Το σύνδρομο της στοματικής καυσalgίας*¹¹. Εκτός από τους ψυχογενετικούς και τους τοπικούς παράγοντες στο σύνδρομο αυτό επιδρούν η έλλειψη βιταμινών, του σιδήρου, η εμμηνόπαυση, ο διαβήτης, η πολυφαρμακία και η ξηροστομία. Η ολική οδοντοστοιχία ενοχοποιείται, όταν δεν έχει καλή εφαρμογή, όταν έχει προκαλέσει, εξαιτίας του μονομερούς, αλλεργική αντίδραση ή ακόμη και όταν υπάρχουν προβλήματα σύγκλεισης. Η θεραπεία είναι συνήθως δύσκολη. Όσον αφορά την οδοντοστοιχία, αυτή πρέπει να απομακρύνεται. Κι εδώ η εμφύτευση θα πρέπει να έπεται της θεραπείας. Σε περίπτωση διαβήτη αυτός πρέπει να συνυπολογιστεί στη μακροβιότητα του αποτελέσματος.

Ε. Η δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος. Η υπερκινητικότητα του κονδύλου και οι ενοχλήσεις στην κροταφογναθική λόγω συγκλεισιακής δυσαρμονίας¹² θεωρούνται στοιχεία που βρίσκονται σε άμεση σχέση με την ολική οδοντοστοιχία¹³. Η αιτιολογία και εδώ είναι πολυπαραγοντική. Εκτός από την ίδια την οδοντοστοιχία, οι ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές, καθώς και η πτώση της γενικότερης υγείας είναι παράγοντες, που, επίσης, ενοχοποιούνται¹⁴. Σε επίπονες καταστάσεις η χρήση ΜΣΑΦ είναι λύση ανάγκης που, όμως, πρέπει να συνυπολογίζεται τόσο στην επέμβαση όσο και στην οστεοσύνθεση. Σε χαρακτηριστικά διαταραχής της ψυχικής υγείας η χορήγηση ηρεμιστικών θα βοηθήσει στη μείωση των συμπτωμάτων¹⁵. σ' αυτήν την περίπτωση η εμφύτευση πρέπει να αναβληθεί. Ο προγραμματισμός της εμφύτευσης θα πρέπει να συνυπολογίζει την επιπλέον επιβάρυνση του στοματογναθικού συστήματος αν δεν γίνει σωστή μελέτη προσθετικής. Στις περιπτώσεις αυτές θα έπρεπε να γίνει εντοπισμός και προσαρμογή αιτίου πρώτα με προσωρινές αποκαταστάσεις και μετά να προχωρήσουμε στην επεμφυτευματική αποκατάσταση, η οποία θα πρέπει να προσαρμόζεται στις συνθήκες αυτές.

Ζ. Η πτυχωτή ινώδης υπερπλασία (επουλίδα fissuratum). Αυτή είναι υπερπλαστική αντίδραση που εμφανίζεται συνήθως από ερεθισμό του πτερυγίου της οδοντοστοιχίας στα περιφερειακά όρια της^{16,17}. Η χειρουργική της αφαίρεση, εκτός από τις πολύ μικρές, είναι πάντα απαραίτητη. Η αφαίρεση αυτή θα πρέπει να συνυπολογιστεί στην επιβάρυνση του υπερήλικα ασθενή αν ακολουθήσει εμφυτευματική επέμβαση. Η επουλωτική ικανότητα των μαλακών μορίων θα δοκιμαστεί με την επανάληψη του τραυματισμού. Ακόμη και η αλληλεπίδραση τόσο των αναισθητικών με αγγειοσπαστικά όσο και η χορήγηση αντιβιοτικών και αντιφλεγμονωδών με τα φάρμακα που λαμβάνονται από χρόνια νοσήματα, πρέπει να μελετάται.

Οι ειδικές παθήσεις των ηλικιωμένων και τα λαμβανόμενα φάρμακα περιλαμβάνουν:

1. Καρδιολογικές παθήσεις, που είναι από τις συχνότερες στην ομάδα των υπερηλίκων. Σε πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου ή στηθάγχη, η εμφύτευση θα πρέπει να αναβληθεί τουλάχιστον για ένα εξάμηνο¹⁸. Σε ασταθή στηθάγχη επιβάλλεται η παραπομπή στον καρδιολόγο. Η εμφυτευματική διαδικασία θα πρέπει να αναλυθεί λεπτομερώς, ώστε από κοινού ο καρδιολόγος, ο οδοντίατρος και ο ασθενής να εκτιμήσουν τα υπέρ αυτής της επιλογής. Σε σταθερή στηθάγχη θα πρέπει να υπάρχουν δισκία νιτρογλυκερίνης, και λοραζεπάμης¹⁹. Στη χορήγηση αγχολυτικών από τον οδοντίατρο, που είναι σχεδόν απαραίτητα σε αυτές τις κατηγορίες πριν την επέμβαση της εμφύτευσης, τότε προτιμούνται οι παράγοντες βραχείας διάρκειας πχ. λοραζεπάμη αντί για διαζεπάμη ή φλουραζεπάμη. Στους γηριατρικούς ασθενείς η μισή δόση βενζοδιαζεπινών απ' αυτήν των ενηλίκων είναι αρκετή²⁰. Το ίδιο συμβαίνει και με τα τοπικά αναισθητικά που χρησιμοποιεί ο οδοντίατρος. Όχι παραπάνω από δύο αναισθητικές αμπούλες των 1.8 ml αδρεναλίνη 1: 100.000¹⁹. Γεγονός που θα επιδράσει σε περίπτωση που η αγγειοσύσπαση θεωρηθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια της εμφύτευσης.

Σε περίπτωση λήψης καρδιοτονωτικών όπως οι γλυκοσίδες δακτυλίτιδας: διγιοξίνη, διγοξίνη, μεδιγοξίνη, μιλιρινόνη (digitoxin, digoxin, lanoxin, cardigox, lanitor, corotrope), τα αντιβιοτικά ερυθρομυκίνη και τετρακυκλίνη μπορούν να αυξήσουν τα επίπεδα της διγοξίνης στο αίμα. Συνεπώς, η προληπτική προεμφυτευματική αντιβίωση που περιλαμβάνει τετρακυκλίνες ή οξυτετρακυκλίνες κλπ. πρέπει να αντικαθίσταται από αμπικιλίνες ή άλλα κατάλληλα αντιβιοτικά και πάντα σε συνεννόηση με τον καρδιολόγο του υπερήλικα. Σε περίπτωση που χρειάζεται η χορήγηση αντιδίων που περιλαμβάνουν ενώσεις αργιλίου και μαγνησίου, ώστε να προβλεφθεί η αντίδραση των αντιφλεγμονωδών, τότε μπορεί να προκληθεί μείωση του επιπέδου της διγοξίνης στο αίμα. Το ίδιο συμβαίνει και με τη χορήγηση αμινοσαλικυλικού οξέος ως αντιφλεγμονώδες. Τόσο η μείωση της διγοξίνης όσο και η χρήση του αμινοσαλικυλικού θα πρέπει να προβληματίσουν τον οδοντίατρο στη συζήτησή του με τον καρδιολόγο, αλλά και με τον ασθενή πριν την εμφύτευση.

Στη χορήγηση διουρητικών για την μείωση του οιδήματος από καρδιακή ανεπάρκεια ώστε να αντιμετωπιστεί η υπέρταση, η δοσολογία θα πρέπει να προσαρμόζεται προς τα κάτω. Η ακριβής δοσολογία, βέβαια, θα καθορίζεται από επίπεδα που θα κρίνει ο καρδιολόγος ως μη επικίνδυνα. Στις αλληλεπιδράσεις πρέπει να σημειωθεί ο ανταγωνισμός μεταξύ χλωροθαλιδόνης (Hygroton) και της λιδοκαΐνης. Κατά την εμφύτευση, η αντικατάσταση της λιδοκαΐνης δεν πρέπει να παραβλέπει την ελάττωση οποιουδήποτε αγγειοσπαστικού.

Τα μη στερινοειδή αντιφλεγμονώδη μειώνουν τη νατριουρητική δράση της βουμετανίδης (bouiripex) ή της φουροσεμίδης (Lasix, Hydroflux)²¹. Γεγονός που επιτείνει την απαγόρευση των αντιφλεγμονωδών κατά τη διάρκεια ή και μετά την εμφύτευση, ακόμη και αν τα συμπτώματα τα δικαιολογούν.

Στη χορήγηση φωσφορικής δισοपुरαμίδης (Rythmodan) για την κοιλιακή ταχυκαρδία η λήψη ερυθρομυκίνης για χημειοπροφύλαξη μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα της στο πλάσμα²².

Στις κοιλιακές αρρυθμίες χορηγούνται, συνήθως, η υδροχλωρική προκαϊναμίδη (pronestyl), η υδροχλωρική λιδοκαΐνη (xylocaine), η υδροχλωρική μεξιλετίνη (mexitil), η φαινυτοΐνη (epanutin) και η υδροχλωρική προπαφαινόνη (ρυθμονόρμ) η δράση της οποίας ενισχύεται από άλλα τοπικά αναισθητικά και τους β- αποκλειστές. Ανάλογα με τη βαρύτητα, τη συχνότητα και τη διάρκεια των αρρυθμιών η εμφύτευση θα πρέπει να αναβάλλεται έως ότου υπάρξει μια σταθεροποίηση της λειτουργίας, ώστε η χορήγηση των σκευασμάτων του οδοντιάτρου, αλλά και η καταπόνηση από την επέμβαση της εμφύτευσης, να είναι ακίνδυνα^{18,22}.

Για την πρόληψη βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας πριν την επέμβαση της εμφύτευσης, πρέπει να χορηγείται αντιβίωση, όπως η αμοξικιλίνη ενδοστοματικά ή η αμπικιλίνη ενδομυϊκά, και σε περιπτώσεις αλλεργίας στις πενικιλίνες, η κλινδαμυκίνη ή οι κεφαλοσπορίνες. Η προτεινόμενη δοσολογία είναι αμοξικιλίνη 2g μία ώρα πριν την επέμβαση ή αμπικιλίνη 2g ενδομυϊκά, επί αλλεργίας στην πενικιλίνη χορηγείται η κλινδαμυκίνη 600mg μέσα σε 30' από την επέμβαση²³.

Δύσκολη είναι η αντιμετώπιση της ολικής νωδότητας με εμφύτευση σε πεδίο καρδιακής ανεπάρκειας. Φαρμακευτικά, η χρήση καπποπρίλης (Capoten), εναλαπρίλης (Vasotec) και λισινοπρίλης (Zestril) σε συνδυασμό με διγοξίνη είναι, ευρέως, διαδεδομένα. Επίσης, χορηγούνται αγγειοδιασταλτικά, διουρητικά (Aprestone, Hyperstat IV, Loniten ή ακόμη και τα Nitro-bid, Nitropress, Isordil) και β- αναστολείς²⁴. Στις αλληλεπιδράσεις, κατά τη διάρκεια της εμφύτευσης, τελείως σημαντική είναι η αποφυγή αναισθητικού με επινεφρίνη που μπορεί να προκαλέσει ανεπανόρθωτες βλάβες. Τα αγγειοσυσταλτικά των τοπικών αναισθητικών που μπορούν να οδηγήσουν σε επικίνδυνη αύξηση αίματος είναι, επίσης, απαγορευμένα. Βέβαια η αναμενόμενη αιμορραγική τάση κατά την εμφύτευση πρέπει να είναι από πριν γνωστή, ώστε να αντιμετωπιστεί έγκαιρα και κατάλληλα. Η χορήγηση αντιβιοτικών που θα δράσουν στα βακτηρίδια της γαστρεντερικής οδού και έτσι θα μειώσουν το μεταβολισμό της δακτυλίτιδας, θα πρέπει να γίνεται μετά από συνεννόηση με τον ιατρό του ασθενή²⁵.

Σε συνεχόμενες μετρήσεις πίεσης που ξεπερνούν τα 180mm Hg ή αντίστοιχα τα 100mm Hg (συστολική / διαστολική) δεν μπορεί να γίνει εμφύτευση. Συνήθη

χορηγούμενα φάρμακα είναι τα διουρητικά, η φουροσεμίδα, η υδροχλωροθειαζίδα, η τριαμερένη και τα αγγειοδιασταλτικά. Γνωστός είναι ο κίνδυνος αύξησης της αρτηριακής πίεσης είτε μέσα από περιφερειακή αγγειοσύσπαση ή από την αλληλεπίδραση με την προπρανολόλη σε περιπτώσεις χρήσης τοπικού αναισθητικού, ειδικά σε ασθενείς που χορηγούνται καρδιαγγειακά ή αντιυπερτασικά²¹.

2. Πνευμονολογικά προβλήματα. Η πτώση λειτουργίας των πνευμόνων και οι χρόνιες πνευμονικές λοιμώξεις μπορούν να προκαλέσουν αναπνευστική καταστολή με τα ναρκωτικά αναλγητικά και οι βενζοδιαζεπίνες που μπορεί να χρειαστούν πριν την εμφύτευση, πρέπει να χορηγούνται με πολλή προσοχή²⁵. Σε περιπτώσεις χρόνιας πνευμονοπάθειας και άσματος που χορηγούνται μακροχρόνια κορτικοστεροειδή, αυτά, ίσως, θα έπρεπε να συμπληρωθούν κατά τη διάρκεια της εμφυτευματικής επέμβασης. Σε περιπτώσεις αντιασθματικής αγωγής συνήθως είναι η χορήγηση θεοφυλλίνης. Η ερυθρομυκίνη μπορεί να προκαλέσει αύξηση συγκέντρωσης, και κατά συνέπεια, τοξικότητα της θεοφυλλίνης. Για την προεμφυτευματική προληπτική αντιβίωση, σε περίπτωση αλλεργίας στην πενικιλίνη, ο οδοντίατρος δε θα πρέπει να σκεφτεί την ερυθρομυκίνη που ήταν φάρμακο εκλογής παλαιότερα, αλλά την κλινδαμυκίνη. Τα μη στερινοειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα πρέπει για έναν ακόμη λόγο να μη χορηγηθούν από τον οδοντίατρο, αφού εκτός από τις πιθανές δράσεις στην οστεοενσωμάτωση μπορεί να προκαλέσουν ασθματική κρίση. Οι αγγολυτικοί παράγοντες μπορούν να βοηθήσουν στην επέμβαση της εμφύτευσης²⁶. Σε χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή άσμα θα πρέπει να υπάρχει οξυγόνο και βέβαια να ενημερώνεται ο ασθενής, αλλά και ο πνευμονολόγος για τη διάρκεια της συνεδρίας. Επικίνδυνα είναι τα ναρκωτικά αναλγητικά, όπως, επίσης, και οι βενζοδιαζεπίνες για το άγχος. Στους χρονιοαποφρακτικούς αντενδείκνυται η χορήγηση πρωτοξειδίου του αζώτου, λόγω κατακράτησης διοξειδίου του άνθρακα. Σε χρόνια λήψη κορτικοστεροειδών συνιστάται η χορήγηση κορτικοστεροειδών σε δόσεις stress για την αποφυγή επινεφριδικής κρίσης, πάντα βέβαια σε συνεργασία με τον ιατρό που παρακολουθεί τον ασθενή για τον καθορισμό των δόσεων κατά τον χρόνο της εμφυτευματικής επέμβασης.

Η ενεργή φυματίωση που είναι, ιδιαίτερα, επικίνδυνη στα άτομα τρίτης ηλικίας και μάλιστα στα ιδρυματοποιημένα (γηροκομεία κλπ.) απαιτεί οργανωμένο χειρουργείο σε ειδική πτέρυγα του νοσοκομείου. Σε ενεργή φυματίωση η εμφύτευση δεν μπορεί να λάβει χώρα.

3. Αρθρίτιδες και προσθετικές αρθρώσεις. Στις καταστάσεις αυτές, συνήθως, λαμβάνονται ασπιρίνες ή άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ή κορτικοστεροειδή φάρμακα. Αυτά μπορούν να προκαλέσουν αιμορραγία κατά την εμφύτευση, ενώ πρέπει να μεριμνάται και η συμπληρωματική δοσολογία της κορτικοστεροειδούς

αγωγής. Η δοσολογία των κορτικοστεροειδών πρέπει να προσαρμοστεί σε δοσολογία stress. Η χορήγηση προληπτικής αντιβιοτικής αγωγής πρέπει να γίνεται μετά από προηγούμενη συνεννόηση με τον ιατρό του ασθενή^{26,27}. Τόσο οι ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες όσο και τα κορτικοστεροειδή θεωρητικά μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα στην οστεοενσωμάτωση. Σε ρευματοειδή αρθρίτιδα οι επεμβάσεις και οι επόμενες συνεδρίες θα πρέπει να είναι πολύ σύντομες. Η έκταση του αυχένα θα πρέπει να γίνεται προσεκτικά, ώστε να αποφευχθούν υπεξαρθρήματα και βλάβη του νωτιαίου μυελού²⁸.

4. *Τη νεφρική ανεπάρκεια.* Στην περίπτωση αυτή η ανοσοκαταστολή είναι δυνατή και πρέπει να χορηγούνται οπωσδήποτε αντιβιοτικά²⁹. Η προσαρμογή των σκευασμάτων είναι ανάλογη του σταδίου της πάθησης. Μόνον, όταν ο ασθενής βρίσκεται υπό καλό έλεγχο μπορεί να επιχειρηθεί εμφύτευση. Κατά την επέμβαση της εμφύτευσης τα τοπικά αναισθητικά (λιδοκαΐνη, μεπιβακαΐνη) είναι, γενικώς, καλώς ανεκτά έως 4 αμπούλες. Τα αναλγητικά πρέπει να χορηγούνται με μεγάλη προσοχή και σε μικρές δόσεις. Στην προεμφυτευματική αντιβίωση, τα αντιβιοτικά πενικιλίνη, αμοξικιλίνη, κλινδαμυκίνη και ερυθρομυκίνη, μπορούν να επηρεάσουν το μεταβολισμό των ανοσοκατασταλτικών και χρειάζονται τροποποίηση δοσολογίας. Το ίδιο πρέπει να διερευνηθεί και αργότερα, κατά την παρακολούθηση, αν χρειαστεί επικουρική αντιβίωση για την κάλυψη κάποιας περιεμφυτευματίτιδας. Το επίπεδο κρεατινίνης και το βάρος του ασθενή είναι προσδιοριστικά στη δοσολογία. Η κετοκοναζόλη και η φλουκοναζόλη πρέπει να δοσολογηθούν σε μικρότερες δόσεις. Ανάλογα γίνεται με τη διαζεπάμη (αγχολυτικά) και τη δεξαμεθαζόνη (κορτικοστεροειδή). Όπως και να έχει η συμβουλή του ιατρού που παρακολουθεί τον ασθενή επιβάλλεται³⁰. Η νεφρική ανεπάρκεια και η ουραιμία μπορούν να επιφέρουν διαταραχή πήξης και ανοσοκαταστολή που απαιτούν πρόσθετα αιμοστατικά μέτρα και αντιβίωση. Σε ασθενείς που κάνουν αιμοκάθαρση, πολύ εύκολα, μπορεί να ενοχοποιηθούν οι ενδοστοματικές επεμβάσεις για μικροβιαίμια. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η εμφύτευση πρέπει να αναβάλλεται, εκτός αν η επιμονή του ασθενή είναι μεγάλη και η γνώμη του νεφρολόγου συναινετική.

5. *Τον σακχαρώδη διαβήτη.* Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι η χλωροπροπαμίδη, η χλωροπρομαζίνη, η ινσουλίνη, το ανθρακικό λίθιο, η θειοριδαζίνη, η πρεδνιζόνη και άλλα κορτικοστεροειδή. Η φλουκοναζόλη μπορεί να επιτείνει τη δράση της σουλφονουλουρίας (πχ. diabineze για μη ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη).

Στο ζαχαρώδη διαβήτη η αυξημένη γλυκόζη δεν παρουσιάζεται μόνο στο αίμα, αλλά και στο σάλιο επιδρώντας στη φυσιολογία του βλεννογόνου. Σε μη ελεγχόμενο διαβήτη (πολυφαγία, πολυδιψία, πολυουρία), συχνά είναι τα ευρήματα καντιντίασης και ξηρο-

στομίας. Η καθυστέρηση της επούλωσης και η πιθανότητα λοίμωξης πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη¹⁸. Αυτός είναι και ο κύριος λόγος που οδηγεί αυτόν τον τύπο του διαβήτη σε αντένδειξη για εμφύτευση. Οι συνεδρίες πρέπει να είναι προγραμματισμένες για τη λήψη των γευμάτων και την αποφυγή υπογλυκαιμίας. Η προληπτική αντιβίωση είναι απαραίτητη πριν από κάθε εμφύτευση, ενώ η αλλαγή δοσολογίας ινσουλίνης ή δίαιτας με τη βοήθεια του θεράποντα ιατρού αν η εμφύτευση πρόκειται να μην είναι σύντομη, είναι απαραίτητη³¹. Προβλήματα που θεωρούνται επιπλοκές του διαβήτη όπως η νεφρική ανεπάρκεια, το αρτηριοσκληρωτικό καρδιαγγειακό νόσημα ή η αμφιβληστροειδοπάθεια πρέπει να διερευνούνται και επιπρόσθετα να αντιμετωπίζονται.

Φάρμακα για καρδιακά νοσήματα και υπέρταση ή ένας μη ελεγχόμενος διαβήτης (ανεξέλεγκτο επίπεδο γλυκόζης) με ότι αυτό σημαίνει στις ανωμαλίες των πολυμορφοπύρηνων ουδετεροφίλων του συνδετικού ιστού και των αγγείων επηρεάζουν την επούλωση του τραυματισμένου ιστού και αυτό, ίσως, θα μπορούσε να προβληθεί και στην οστεοενσωμάτωση των εμφυτευμάτων. Η μεταβολική νόσος της οστεοπόρωσης ίσως μπορεί να επηρεάσει την ταχύτητα οστεοσύνθεσης γύρω από το αδροποιημένο τιτάνιο, αφού και αυτή παρουσιάζει συμπτώματα οστικής απορρόφησης. Φάρμακα τύπου φαινυτοΐνης³³ των ανοσοκατασταλτικών κυκλοσπορίνης και των αποκλειστών ασβεστίου τύπου νιφεδιπίνης³⁴ μπορούν να εντείνουν την υπερπλασία των ούλων.

6. *Την παρκινσονική συνδρομή.* Στην περίπτωση αυτή συνθίζεται η λήψη λεβοντόπας. Ανάλογα με την ένταση της πάθησης δεν υπάρχει αντένδειξη εμφύτευσης, όταν βέβαια είναι σύμφωνος και ο ιατρός του ασθενή.

7. *Τον καρκίνο.* Ειδικά σε γναθεκτομές η εμφύτευση είναι η μόνη μέθοδος που με τη σταθερότητα που θα προσφέρει στην προσθετική αποκατάσταση μπορεί να βελτιώσει κάπως την ποιότητα της ζωής του ατόμου. Σε περίπτωση προηγούμενων μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας στο στόμα, η κακή περιφερειακή αιμάτωση που μπορεί να προκληθεί πρέπει να ληφθεί υπόψη. Σε ύπαρξη προκαρκινικών καταστάσεων όπως η λευκοπλακία, που μπορεί να εξαλλαχτεί σε κακοήθεια σε ποσοστό 4-6% και θεωρείται νόσος των υπερηλικών³⁵, πρέπει να υπάρχει συμφωνία του θεράποντα ιατρού και βέβαια θα πρέπει να αποφεύγεται η εμφύτευση στην περιοχή της βλάβης.

8. *Την περίπτωση αντιπηκτικής αγωγής.* Αυτή πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη, ώστε να υπάρχουν τρόποι αντιμετώπισης της αιμορραγικής τάσης κατά τη διάρκεια της εμφύτευσης.

9. *Την περίπτωση άνοιας.* Η εμφύτευση θα πρέπει να συζητάτε με τα άτομα τα οποία είναι υπεύθυνα για την υγιεινή του ασθενή, διαφορετικά θεωρείται αντέν-

δειξη.

10. Την περίπτωση σοβαρής κατάθλιψης. Εκτός του ότι θα είναι πολύ δύσκολη η συνεργασία με τον ασθενή³⁶, θα πρέπει να μην επιχειρηθεί η αποκατάσταση με το κλασικό πρωτόκολλο των 4-6 μηνών αναμονής για την προσθετική τοποθέτηση. Αν αποκλεισθεί και η αποκατάσταση της άμεσης φόρτισης, τότε δε θα πρέπει να επιχειρηθεί εμφύτευση.

Συζήτηση και συμπεράσματα

Η αντίληψη και η γνώση της συνολικής σωματικής και ψυχικής κατάστασης του υπερήλικα από τη μεριά του οδοντιάτρου θα βοηθήσει στη σύμπτωση, το σεβασμό και την κατανόηση, ώστε όχι μόνο να γίνουν αντιληπτές οι ανάγκες του ηλικιωμένου, αλλά και να καθοριστούν οι στόχοι μέσα από το σχέδιο θεραπείας.

Οι διάφορες νοσηρές καταστάσεις θα πρέπει να εκτιμηθούν στο βαθμό που θα εμποδίσουν την πρόγνωση των εμφυτευμάτων, τη μεταθεραπευτική παρακολούθηση του ασθενή ή την πιστή εφαρμογή των οδηγιών συντήρησης. Επίσης, η καταγραφή ασθενειών θα βοηθήσει στη λήψη πρόσθετων μέτρων τόσο για την υγεία του ασθενή όσο και την προφύλαξη του θεράποντα. Η εξέταση που θα ξεκινήσει με τη συνομιλία θα βοηθήσει στο γενικότερο προσδιορισμό της διανοητικής κατάστασης του ασθενή. Η διαπίστωση της λειτουργικής και της οικονομικής κατάστασης του, της υποστήριξης που έχει από τρίτους, αλλά και της χρήσης φαρμάκων μπορεί να είναι καθοριστικά στην εκλογή θεραπείας.

Αν για παράδειγμα δεν λαμβάνει τα σωστά φάρμακα, τη σωστή ώρα, δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά την οδοντόβουρτσα, το νήμα και τα μεσοδόντια βουρτσάκια, μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, ρευματοειδή αρθρίτιδα ή άλλες οστεοαρθρικές ανωμαλίες, αλλά χρειάζεται τη συνδρομή τρίτων, που όμως δεν είναι διαθέσιμοι, είναι παράμετροι που πρέπει να αποτρέψουν την τοποθέτηση εμφυτευμάτων.

Η αποκατάσταση της λειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος των νωδών υπερηλικών είναι σίγουρα μια πρόκληση για τον οδοντίατρο. Αυτή η πρόκληση όμως έχει έναν μεγάλο βαθμό δυσκολίας. Θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν επιπλέον διαγνωστικές εξετάσεις, ώστε να καθοριστεί το απαραίτητο οστικό υπόβαθρο. Να γίνουν οι απαραίτητες αναλύσεις για τη ταυτοποίηση της εξωτερικής επιφάνειας του βλεννογόνου και αν αυτή είναι παθολογική, θα πρέπει να διαγνωσθεί το είδος και να προγραμματιστεί η θεραπεία της. Στην καταγραφή των χρόνιων νοσημάτων ο οδοντίατρος θα πρέπει να ενημερώνεται από τα βιβλιάρια ασθενείας του ασθενή και να συνομιλεί με το γιατρό του ασθενή. Στον έλεγχο των φαρμάκων για την ανεύρεση παθήσεων και την αποφυγή αλληλεπιδράσεων, πρέπει να επιζητείται η προσκόμιση όλων των σκευασμάτων που

χρησιμοποιούνται από τον ασθενή. Εξυπακούεται βέβαια ότι ο Οδοντίατρος θα γνωρίζει τα σκευάσματα τα οποία χρησιμοποιούνται για τα χρόνια νοσήματα.

Τέλος, δε θα πρέπει να λησμονείται ότι ο υπερήλικας ανήκει στις ευπαθείς ομάδες και μπορεί εύκολα να υποστεί σε ψυχολογικές μεταπτώσεις. Η πτώση αντίστασης των διαφόρων οργάνων, αλλά και γενικότερα της άμυνας θα πρέπει να προβληματίζει πριν από την εκλογή εμφύτευσης.

Βιβλιογραφία

1. Davies AM. Epidemiology and the challenge of ageing. *Int J epidemiol* 1985; 14:9-15.
2. Adell R, Lekholm U, Rockler B, Brtanemark PI: A 15 – year study of osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1981; 10: 387:416.
3. Laney WR. Selecting edentulous patients for tissue-integrated prostheses. *Int J Oral Maxillofac Impl* 1986; 1:129:38.
4. Baum Bj, Caruso AJ, Ship JA, Wolff A. Oral Physiology. In Papas AS, Niessen LC, Chaunsey HH. *Geriatric Dentistry*. Mosby-Year Book, St Louis, 199; p. 71-82.
5. Baum BJ: Research on aging and oral health: an assessment status and future needs. *Spec Care Dentist* 1981; 1: 156:64.
6. Wolf A, Ship JA, Tylenda CA, Fox PC, Baum BJ. Oral mucosal appearance is unchanged in healthy, different-aged persons. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 71: 569-72.
7. Kulak-Ozkan Y, Kazazoglu E, Arıkan A: Hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts and stomatitis in elderly people. *J Oral Rehabil* 2002; 29:300-4.
8. Καρκάκης HP, Δημητρίου ΠΠ. Οι επιδράσεις των ολικών οδοντοστοιχιών στους μαλακούς ιστούς της στοματικής κοιλότητας. *Ελλ Στομ Χρον* 1983; 27:93-102.
9. Sreebny LM. Xerostomia diagnosis, management and clinical complications. In saliva and oral health, eds. Edgar WM. O'Mullane DM, London, British Dental Association 1966; p. 43-66.
10. Navazesh M. Xerostomia in the Aged. *Dent Clin North Am* 1989; 33:75-80.
11. Cibirka RM, Nelson SK, Lefebvre CA: Burning mouth syndrome: A review of etiologies. *J Prosthet Dent* 1997; 78:93-7.
12. Bibb Ca, Atchison KA, Pullinger AG, Bittar GT. Jaw function status in an elderly community sample. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23:303-8.
13. Budtz-Jorgensen E, Luan WM, Holm-Pedersen P, Fejerskov O. Mandibular dysfunction related to dental, occlusal, and prosthetic conditions, in a selected elderly population. *Gerodontology* 1985; 1:28-33.
14. Agerberg G. Mandibular function and dysfunction in complete denture wearers – a literature review. *J Oral Rehabil* 1988; 15:237-49.
15. Bergman B, Carlsson GE. Review of fifty-four complete denture wearers. Patients opinions 1 year after treatment. *Acta Odontol Scand* 1972; 30:399-409.

16. Nordenram A, Landt H. Hyperplasia of the oral tissue in denture cases. *Acta Odont Scand* 1969; 27:481-8.
17. Weir JC, Davenport WD, Skinner RL. A diagnostic and epidemiologic survey of oral lesions. *J Am Dent Assoc* 1987; 115:439-49.
18. Kilmartin CM. Managing the medically compromised geriatric patient. *J Prosthet Dent* 1994; 72:492-9.
19. Herman WW, Konzelman JL. Angina: An update for dentistry. *J Am Dent Assoc* 1996; 127:98-104.
20. LaRocca ChD, Jahnigen DW. Ιατρικό ιστορικό και αξιολόγηση κινδύνου *Dent Clin North Am* 1997; 4:879-94.
21. Paunovich EP, Sadowsky JM, Carter P. Τα πιο συχνά χορηγούμενα φάρμακα στους υπερήλικες και η επίδρασή τους στην οδοντιατρική θεραπεία. *Dent Clin North Am* 1997; 4:919-53.
22. Εθνικό Συνταγολόγιο. ΕΟΦ Αθήνα σελ. 281, 2000.
23. Dajani AS, Bisno AL, Chung KJ. Prevention of bacterial endocarditis: Recommendations by the American Heart Association. *J Am Dent Assoc* 1990; 264:91.
24. Weaver T, Eisold JF. Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και διαταραχές του καρδιακού παλμού. *Dent Clin North Am* 1996; 3:683-707.
25. Jolly DE: Evaluation of the medical history. *Dent Clin North Am* 1994; 38:361-80.
26. Hatch CL, Canaan T, Anderson G. Φαρμακολογία πνευμονικών παθήσεων. *Dent Clin North Am* 1996; 3:657-82.
27. Hall EH, Sherman RG, Emmons WW et al. Antibacterial prophylaxis. *Dent Clin North Am* 1994; 38:707-18
28. Kilmartin CM: Managing the medically compromised geriatric patient. *J Prosthet Dent* 1994; 72:492-9.
29. De Rossi SS, Glick M: Dental considerations for the patient with renal disease receiving hemodialysis. *J Am Dent Assoc* 1996; 127:211-9.
30. Naylor GD, Fredericks MR. Φαρμακολογικές μέριμνες στην οδοντιατρική αντιμετώπιση ασθενούς με διαταραχές του νεφρικού συστήματος. *Dent Clin North Am* 1996; 3:837-60.
31. Rees TD. The diabetic dental patient. *Dent Clin North Am* 1994; 38:447-63.
32. Shay K. Identifying the needs of the elderly dental patient. *Dent Clin North Am* 1994; 38:499-523.
33. Dongari A, McDonnell HT, Langlais RP: Drug – included gingival overgrowth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993, 76:543 -8.
34. Fattore L, Stablein M, Bredfeldt G: Gingival hyperplasia: A side effect of nifedipine and diltiazem. *Spec Care Dent* 1991, 11:107-16.
35. Salisbury PL. Διάγνωση και αντιμετώπιση του ασθενή με καρκίνο του στόματος. *Dent Clin of North Am* 1997; 4: 1173-1206.
36. Desjardins RP. Εμφυτεύματα για τον νωδό ασθενή. *Dent Clin North Am* 1996; 1:251-76.