

Τετραμηνιαίο Επιστημονικό Περιοδικό

**Διευθυντής Σύνταξης**

Γεώργιος Χ. Πάνος  
 Σόλωνος 66, 106 80 Αθήνα  
 Τηλ., Fax: 210 3637 247,

**e-mail: panosgeorge@hotmail.com  
 archives@haoms.org**

**Αναπληρωτές Διευθυντές Σύνταξης**

N. Θεολόγη-Λυγιδάκη, Π. Κανάκης

**Επίτιμη Συμβουλευτική Επιτροπή**

Κ. Αλεξανδρίδης, Κ. Αντωνιάδης, Ε. Βαϊρακτάρης, Ι. Ιατρού, Ν. Λαζαρίδης,  
 Π. Χατζημανώλης

**Κριτές επιστημονικών εργασιών**

**Ακτινολογία**

N. Παρίσης, Ε. Στεφάνου, Κ. Τσιχλάκης

**Εμφυτευματολογία - Προπροσθετική Χειρουργική**

Π. Αναστασιάδης, Λ. Ζουλούμης, Στ. Σωτηριάδου

**Επανορθωτική Χειρουργική**

N. Παπαδογεωργάκης, Θ. Ράπης, Β. Θωμάδης

**Έρευνα, Βιοϊλικά, Νέες Τεχνολογίες**

Ι. Δημητρακόπουλος, Γ. Ηλιάδης, Σ. Τσόδουλος

**Λοιμώξεις**

Χρ. Δενδρινός, Γ. Γιαμαρέλος, Α. Πατρικίου

**Ογκολογία**

Κ. Βαχτσεβάνος, Σ. Γαβριήλ, Α. Ραπίδης,

**Οδοντοφατνιακή Χειρουργική**

Σ. Ιορδανίδης, Κ. Μάρτη, Π. Χριστόπουλος

**Ορθογναθική Χειρουργική & Αισθητική Χειρουργική Προσώπου**

N. Κατσικέρης, Ε. Καραμπούτα, Θ. Σεμερτζίδης

**Παθολογία Στόματος**

Δ. Αντωνιάδης, Α. Κολοκοτρώνης, Α. Σκλαβούνου

**Στοματική & Γναθοπροσωπική Χειρουργική στα Παιδιά**

Σ. Δαλαμπίρας, Ε. Στυλογιάννη, Φ. Τζέρμπος

**Τραυματιολογία**

Ε. Ελευθεριάδης, Μ. Μεζίτης, Γ. Ράλλης

**Περιεχόμενα**

Editorial .....	139
Τραυματισμοί από πυροβολισμούς στην γναθοπροσωπική περιοχή. Αναδρομική μελέτη 11 περιπτώσεων.....	141-151
Παναγιώτης Χατζημανώλης, Γεώργιος Ρωμάνος, Ελένη Κονσολάκη, Δήμητρα Γκανασούλη, Δημήτριος Κανούτος	
Η διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία (PEG) στην αντιμετώπιση ασθενών με προχωρημένο καρκίνο κεφαλής και τραχήλου.	
Εμπειρία επί 17 περιπτώσεων .....	153-160
Στυλιανός Δαλαμπίρας, Μαρία Λαζαρίδου, Ελευθέριος Καλημέρας, Γρηγόρης Βενέτης, Νικόλαος Λαζαρίδης	
Ακτινολογική μελέτη των αγγειακών βλαβών της τραχηλοπροσωπικής περιοχής .....	161-169
Γρηγόρης Βενέτης, Μαρία Τσορλίνη, Μαρία Τσουκαλά, Αικατερίνη-Πηνελόπη Τριανταφυλλίδου	
Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη στη χειρουργική στόματος .....	171-178
Φώτιος Τζέρμπος, Ευαγγελία Δαφέρμου, Κωνσταντίνος Αλεξανδρίδης	
Νεώτερα δεδομένα στην παθογένεια του Χερουβισμού .....	179-188
Επαμεινώνδας Κατενώνφ, Αλεξάνδρα Τσιτσιρική, Κωνσταντίνος Τόσιος, Αλεξάνδρα Σκλαβούνου	
Λίπωμα από ατρακτοειδή κύτταρα της παρωτίδας. Αναφορά περίπτωσης.....	189-195
Γεώργιος Κολούτσος, Βαρβάρα Χριστοφορίδου, Φώτης Χατζηνικολάου, Κορίνα Μπόγλου, Ροζαλία Βαλερή, Κωνσταντίνος Βαχτσεβάνος	
Επιλογές από την βιβλιογραφία .....	196-197
Ανακοινώσεις .....	198-200
Περιεχόμενα και κριτές τόμου 9/2008 .....	201-203

**Ιδιοκτησία**

Ελληνική Εταιρεία Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής  
 Λεωφ. Λαυρίου 65, Τ.Κ. 190 02 Παιανία, Αττική.  
**Διεύθυνση διαδικτύου: www.haoms.org**

**Εκδότης**

Ι. Γ. Καρκατζούλης

**Υπεύθυνος Τυπογραφείου**

ΚΟΤΣΑΤΟΣ Τηλ.: 210 6620 476

**Ετήσια συνδρομή**

Εσωτερικού: 50€  
 Εξωτερικού: 70€  
 Φοιτητές: 35€  
 Τιμή τεύχους: 30€

**ΕΔΡΑ ΕΚΔΟΣΗΣ**

Ζωοδόχου Πηγής 54, 106 81 Αθήνα  
 Τηλ.: 210 3814 939, Fax: 210 3809 495  
 E-mail: odvima@otenet.gr

Triannual Scientific journal

### Editor - in - chief

George Ch. Panos  
66 Solonos Str, 106 80 Athens, Greece  
Tel, Fax: +30 210 3637 247

e-mail: panosgeorge@hotmail.com  
archives@haoms.org

### Associate Editors

P. Kanakis, N. Theologie-Lygidakis

### Honorary Advisory Board

C. Alexandridis, K. Antoniadis, P. Hatzimanolis, I. Iatrou, N. Lazaridis,  
E. Vairactaris

### Reviewing Committee

#### Dentoalveolar Surgery

P. Christopoulos, S. Iordanidis, K. Marti

#### Implantology

P. Anastasiadis, S. Sotiriadou, L. Zouloumis

#### Infections

G. Giamarellos, C. Dendrinos, A. Patrikiou

#### Oral and Maxillofacial Surgery in Children

S. Dalabiras, E. Stylogianni, F. Tzerbos

#### Oral Pathology

D. Antoniadis, A. Kolokotronis, A. Sklavounou,

#### Oncology

S. Gabriel, A. Rapis, K. Vachtcevanos

#### Orthognathic and Facial Aesthetic Surgery

N. Katsikieris, I. Karabouta, T. Semezidis

#### Radiology

N. Parisis, E. Stefanou, K. Tsihlakis

#### Reconstructive Surgery

N. Papadogeorgakis, Th. Rapis, V. Thomaidis

#### Research, Biomaterials, New Technology

I. Dimitrakopoulos, G. Eliades, S. Tsodoulos

#### Traumatology

E. Eleftheriadis, M. Mezitis, G. Rallis

## Contents

Editorial .....	139
Fire-arm injuries in the maxillofacial region. A retrospective study of 11 cases .....	141-151
P. Hatzimanolis, G. Romanos, E. Konsolaki, D. Ganasouli, D. Kanoutos	
Percutaneous endoscopic gastrostomy in patients with advanced head and neck cancer. Presentation of 17 cases .....	153-160
S. Dalampiras, M. Lazaridou, E. Kalimeras, G. Venetis, N. Lazaridis	
Radiologic study of the vascular malformations of the head and neck .....	161-169
G. Venetis, M. Tsorlini, M. Tsoukala, A. Triantafillidou	
Patients with diabetes mellitus in oral surgery. Management protocol .....	171-178
F. Tzerbos, E. Dafermou, K. Alexandridis	
An update on the pathogenesis of Cherubism .....	179-188
E. Katenof, A. Tsitsiriki, K. Tosios, A. Sklavounou	
Spindle cell lipoma of the parotid gland .....	189-195
G. Koloutsos, B. Christoforidou, F. Chatzinikolaou, K. Boglou, R. Valeri, K. Vahsevanos	
Literature selection .....	196-197
Announcements .....	198-200
Contents and reviewing committee, volume 9/2008 .....	201-203

### Proprietor

Hellenic Association for Oral and Maxillofacial Surgery  
65 Lavriou Avenue, Paiania, Attiki 190 02, Greece  
Website: www.haoms.org

### Publisher

J. G. Karkatzoulis

### Printing

Kotsatos Tel. +30 210 6620 476

### Annual Subscription Rates

Annual fee (domestic): 50€  
Annual fee (international): 70€  
Students: 35€  
Single Copy: 30€

### Publishing Office

54 Z. Pigis str., 106 81 Athens Greece  
Tel: +30 210 3814939 Fax: +30 210 3809495  
E-mail: odvima@otenet.gr

# Τραυματισμοί από πυροβολισμούς στην γναθοπροσωπική περιοχή. Αναδρομική μελέτη ΙΙ περιπτώσεων

Παναγιώτης ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗΣ<sup>1</sup>, Γεώργιος ΡΩΜΑΝΟΣ<sup>2</sup>, Ελένη ΚΟΝΣΟΛΑΚΗ<sup>3</sup>,  
Δήμητρα ΓΚΑΝΑΣΟΥΛΗ<sup>4</sup>, Δημήτριος ΚΑΝΟΥΤΟΣ<sup>5</sup>

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου  
(Διευθυντής: Παναγιώτης Ιωάννης Χατζημανώλης)

Αναδρομική κλινική μελέτη

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ:** Τα τραύματα που προέρχονται από πυροβολισμούς αποτελούν ένα ξεχωριστό πεδίο με ιδιαίτερη σημασία για τον χειρουργό που ασχολείται με την αποκατάσταση στην περιοχή της κεφαλής και τραχήλου. Το στοματογναθοπροσωπικό σύμπλεγμα αποτελεί την βάση της αισθητικής ταυτότητας του κάθε ατόμου, ενώ μέσω αυτού συντελούνται και μία σειρά από σημαντικές λειτουργίες. Οι συνέπειες που προκύπτουν από την παραβίαση της αισθητικής και λειτουργικής ακεραιότητας του προσώπου έχουν άμεση επίπτωση στην ποιότητα ζωής. Η αποκατάσταση αυτών των τραυμάτων απαιτεί άριστη γνώση της περιοχικής ανατομικής, προσεκτικό χειρισμό των ιστών και λεπτομερή σχεδιασμό του κάθε επεμβατικού βήματος.

Σκοπός της εργασίας μας είναι να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας από την χειρουργική αντιμετώπιση ΙΙ ασθενών συνολικά με τραύματα της Γναθοπροσωπικής περιοχής από πυροβόλα όπλα, αλλά και την αποκατάσταση αυτών στην Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του ΠΑΓΝΗ κατά την περίοδο 1990-2005.

Το θεραπευτικό πρωτόκολλο που εφαρμόστηκε ανάλογα με την περίπτωση, αφορούσε σε πρώτη φάση την διατήρηση των ζωτικών λειτουργιών του θύματος, την αφαίρεση κάθε είδους ξένων σωμάτων που υπήρχαν στους ιστούς και την συρραφή των μαλακών μορίων. Σε δεύτερο χρόνο, ακολούθησε η αποκατάσταση των ανατομικών δομών με οστικά μοσχεύματα, υλικά οστεοσύνθεσης και πλαστικές επεμβάσεις για την λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση των ασθενών.

Τέλος παρουσιάζουμε τις τυχόν επιπλοκές που εμφανίστηκαν, καθώς και τα αποτελέσματα από την μετεχειρητική παρακολούθηση των ασθενών μας.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** Αποκατάσταση, Πυροβολισμός, Έλλειμμα γνάθου, Έλλειμμα μαλακών μορίων προσώπου.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αν και η συχνότητα των τραυμάτων από πυροβολισμούς και ο αριθμός των θανάτων που σχετίζονται με αυτούς έχει μειωθεί σημαντικά κατά την δεκαετία του 1990, εξακολουθούν να κατέχουν την 2η θέση ως αιτία θανάτου προερχόμενη από τραυματισμό στις ΗΠΑ. Περισσότερες από 50% των περιπτώσεων αυτοκτονιών με όπλο και περι-

που 14% των επιθέσεων με όπλο αφορούν τραύματα κεφαλής και τραχήλου. Περίπου 68% των τραυματισμών στις ηλικίες από 15-24 ετών, είναι το αποτέλεσμα διαπροσωπικής βίας, σε αντίθεση με το 78% που παρατηρείται σε ηλικιωμένους και αποδίδεται σε απόπειρα αυτοκτονίας. Ενθαρρυντικό στοιχείο αποτελεί η μείωση των θανάτων κατά 29% και του αριθμού των μη θανατηφόρων περιστατικών κατά 46,9%, μετά το 1995 (Cunni-

Παρελήφθη: 02/05/08

Εκρίθη: 15/06/08

<sup>1</sup> Δρ, ΣΓΠΧ, Διευθυντής ΕΣΥ

<sup>2</sup> ΣΓΠΧ, ΜSc, Επιμ. Β' ΕΣΥ

<sup>3</sup> ΣΓΠΧ, Αν. Διευθυντής ΕΣΥ

<sup>4</sup> ΣΓΠΧ, Επιμ. Α' ΕΣΥ

<sup>5</sup> Ειδικευόμενος ΣΓΠΧ

## Η διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία (PEG) στην αντιμετώπιση ασθενών με προχωρημένο καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Εμπειρία επί 17 περιπτώσεων

Στυλιανός ΔΑΛΑΜΠΙΡΑΣ<sup>1</sup>, Μαρία ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ<sup>2</sup>, Ελευθέριος ΚΑΛΗΜΕΡΑΣ<sup>3</sup>, Γρηγόρης ΒΕΝΕΤΗΣ<sup>4</sup>, Νικόλαος ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ<sup>5</sup>

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής. Οδοντιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου»  
(Διευθυντής: Καθηγητής Ν. Λαζαρίδης)

Κλινική μελέτη

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ:** Η διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια για την εντερική θρέψη των ασθενών που δεν μπορούν να προσλάβουν τροφή από το στόμα. Η εν λόγω μέθοδος έχει πλέον καθιερωθεί για την σίτιση ασθενών με προχωρημένο καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Η σίτιση με καθετήρα γαστρικής σίτισης έχει πολλά πλεονεκτήματα σε σχέση με τη σίτιση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα, αλλά δεν είναι άμοιρη επιπλοκών. Στην βιβλιογραφία αναφέρονται διάφορα ποσοστά μειζόνων και ελασσόνων επιπλοκών.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή της δικής μας εμπειρίας από την εφαρμογή της τεχνικής σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο της στοματικής κοιλότητας.

**Μέθοδος και ασθενείς:** 17 ασθενείς με όγκο της στοματικής κοιλότητας σταδίου IV υποβλήθηκαν σε εκτομή και αποκατάσταση καθώς και σε συμπληρωματική ακτινοθεραπεία. Οι 13 από αυτούς έλαβαν και συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Σε όλους τους ασθενείς καταγράφηκε το βάρος τους πριν την τοποθέτηση του καθετήρα γαστρικής σίτισης, μετά τρεις και μετά πέντε ως οκτώ εβδομάδες αργότερα. Επίσης, καταγράφηκαν ο χρόνος παραμονής του καθετήρα και οι επιπλοκές που παρατηρήθηκαν.

**Αποτελέσματα:** Σε 17 ασθενείς (11 άντρες, 6 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας τα 59 έτη τοποθετήθηκαν ισάριθμοι καθετήρες γαστρικής σίτισης. Το 88% των ασθενών έπασχε από ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα της στοματικής κοιλότητας και το υπόλοιπο 12% από αδenoκαρκίνωμα. Όλοι οι καθετήρες τοποθετήθηκαν μετεγχειρητικά και σε μεσοδιάστημα 8-20 μηνών από την αρχική επέμβαση. Ο χρόνος παραμονής τους στους ασθενείς κυμάνθηκε από 5-26 μήνες. Το ποσοστό εμφάνισης μειζόνων επιπλοκών ήταν 6% και ελασσόνων επιπλοκών 12%. Το βάρος των ασθενών αυξήθηκε κατά μέσο όρο 3,1 Kgr τρεις εβδομάδες μετά την τοποθέτηση του καθετήρα και 5,1 kgr πέντε με οκτώ εβδομάδες αργότερα.

**Συμπεράσματα:** Από την εμπειρία που αποκτήθηκε από την τοποθέτηση καθετήρα γαστρικής σίτισης σε 17 ασθενείς και από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας, προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα: 1) Η σίτιση με καθετήρα γαστρικής σίτισης είναι σχετικά ασφαλής. Η πιθανότητα εμφάνισης μειζόνων επιπλοκών είναι εξαιρετικά μικρή, 2) Η σίτιση με καθετήρα γαστρικής σίτισης πλεονεκτεί σε σχέση με τη σίτιση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής χρειάζεται μακροχρόνια εντερική σίτιση, 3) Σχετικά με τον χρόνο τοποθέτησης του καθετήρα γαστρικής σίτισης, οι περισσότεροι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι αυτός θα πρέπει να τοποθετείται διεγχειρητικά κατά τη διάρκεια της επέμβασης για την εκτομή της πρωτοπαθούς εστίας.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** Καθετήρας γαστρικής σίτισης, Διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία, Προχωρημένος καρκίνος στοματικής κοιλότητας

Παρελήφθη: 29/03/08

Εκρίθη: 21/04/08

<sup>1</sup>Επικ. Καθ. ΣΓΠΧ ΑΠΘ

<sup>2</sup>Ειδικευόμενη ΣΓΠΧ

<sup>3</sup>ΣΓΠΧ

<sup>4</sup>Λέκτορας ΣΓΠΧ ΑΠΘ

<sup>5</sup>Καθ. ΣΓΠΧ ΑΠΘ

## Ακτινολογική μελέτη των αγγειακών βλαβών της τραχηλοπροσωπικής περιοχής

Γρηγόρης ΒΕΝΕΤΗΣ<sup>1</sup>, Μαρία ΤΣΟΡΛΙΝΗ<sup>2</sup>, Μαρία ΤΣΟΥΚΑΛΑ<sup>3</sup>,  
Αικατερίνη-Πηνελόπη ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΟΥ<sup>4</sup>

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου». (Διευθυντής: Καθηγητής Ν. Λαζαρίδης)  
Ακτινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου». (Διευθυντής: Β. Καλπακίδης)

Βιβλιογραφική ανασκόπηση.

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ:** Οι τραχηλοπροσωπικές αγγειακές βλάβες, βασικά αμαρτωματώδεις, ακόμη και όταν δεν πρόκειται να υποβληθούν σε θεραπεία, πρέπει για προληπτικούς λόγους να υποβάλλονται σε ακτινολογική μελέτη. Η απλή και η αγγειογραφία ψηφιακής αφαίρεσης, η αγγειογραφία με αξονική και μαγνητική τομογραφία και η υπερηχογραφική μελέτη που είναι οι κυριώτερες τεχνικές απεικόνισης, παρέχουν διαφορετικές πληροφορίες και έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που συζητούνται σε αυτή την εργασία. Η αγγειογραφία παρέχει ακριβείς πληροφορίες για το τροφοφόρο αγγείο της βλάβης και για την αρτηριακή ή φλεβική της προέλευση, αλλά υστερεί στην απεικόνιση της σχέσης της με τους περιβάλλοντες ιστούς. Επιπλέον βαρύνεται με σημαντικά ποσά ακτινοβολίας και ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χρήση των ενδοφλέβιων σκιαστικών. Παρόμοια είναι και τα μειονεκτήματα της αγγειογραφίας με αξονική τομογραφία, η οποία έχει και υψηλότερο κόστος, απεικονίζει όμως με ακρίβεια τα όρια της βλάβης, κυρίως όταν αυτή επεκτείνεται ενδοοστικά. Πολύ ακριβέστερη στην αποσαφήνιση των ορίων της αγγειακής βλάβης είναι η αγγειογραφία με μαγνητική τομογραφία. Η απεικόνιση όμως των τροφοφόρων αγγείων απαιτεί μεγάλη εμπειρία, δεν μπορεί να γίνει ταυτόχρονος εμβολισμός και, επιπλέον, έχει πολύ υψηλό κόστος. Ωστόσο είναι η ταχύτερα εξελισσόμενη μέθοδος απεικόνισης.

Τέλος, η επίσης εξελισσόμενη υπερηχογραφική απεικόνιση παρέχει πληροφορίες για το μέγεθος, το πλήθος και την προέλευση των δυσπλαστικών αγγείων (αρτηρίες-φλέβες), είναι φθηνή, αβλαβής και επαναλήψιμη, αλλά ασαφής στην περιγραφή της ανατομίας και των ορίων της βλάβης, ιδίως όταν αυτή επεκτείνεται ενδοοστικά.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η συγκριτική αξιολόγηση των παραπάνω τεχνικών και η παρουσίαση των ενδείξεων καθεμιάς στη βάση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων τους.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** Αγγειωματώδης βλάβη, τραχηλοπροσωπική περιοχή, απεικόνιση

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αγγειακές βλάβες της στοματικής κοιλότητας και της τραχηλοπροσωπικής περιοχής είναι συγγενή κυρίως αμαρτώματα που, όμως, στη διάρκεια της ζωής μπορεί αιφνίδια ή βαθμιαία να αλλάξουν συμπεριφορά (Gelbert και συν. 1991). Αλλά ακόμα και όταν έχουν αμετάβλητη κλινική εικόνα

είναι σημαντικό να αποσαφηνιστούν τα όρια και το ρεολογικό προφίλ τους. Αυτό γιατί είναι αρκετά πιθανό για κάθε ασθενή να υποβληθεί σε κάποια μικροεπέμβαση χειρουργικής στόματος αλλά και επειδή μερικές φορές οι αγγειακές βλάβες του προσώπου επεκτείνονται ενδοκρανιακά (Udani και συν. 2007). Εξάλλου οι αγγειωματώδεις βλάβες της κεφαλής και του τραχήλου δεν εμφανίζονται

Παρελήφθη: 01/10/07

Εκρίθη: 05/05/08

<sup>1</sup>Λέκτορας ΣΓΠΧ ΑΠΘ

<sup>2</sup>Οδοντίατρος

<sup>3</sup>Ακτινολόγος

<sup>4</sup>Αν. Καθ. ΣΓΠΧ ΑΠΘ

# Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη στη χειρουργική στόματος

Φώτιος ΤΖΕΡΜΠΟΣ<sup>1</sup>, Ευαγγελία ΔΑΦΕΡΜΟΥ<sup>2</sup>, Κωνσταντίνος ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ<sup>3</sup>

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών  
(Διευθυντής: Καθηγητής Κ. Αλεξανδριδης)

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ:** Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ένα χρόνια, πολυπαραγοντικό μεταβολικό νόσημα. Η συχνότητά του στις ΗΠΑ ξεπερνά το 6% και είναι η τρίτη αιτία θνησιμότητας εξαιτίας των επιπλοκών που δημιουργεί. Υπάρχουν πολλοί τύποι σακχαρώδους διαβήτη, οι συχνότεροι όμως είναι οι τύποι I και II. Η ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη γίνεται με ποικίλα από του στόματος φαρμακευτικά σκευάσματα αλλά και με την ενέσιμη ινσουλίνη. Εκτός όμως από τους ασθενείς με ρυθμισμένο σακχαρώδη διαβήτη υπάρχουν κι εκείνοι με μερικώς ρυθμισμένο ή τελείως αρρυθμιστο αλλά κι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών, που κατά την προσέλευσή του στο οδοντιατρείο προκειμένου να υποβληθεί σε επέμβαση του οδοντογναθικού συστήματος, αγνοεί πλήρως ότι πάσχει από τη νόσο.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ενός πρωτοκόλλου αντιμετώπισης των διαβητικών ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση της στοματογναθικής χώρας στο οδοντιατρείο.

**Συμπεράσματα:** Η λήψη ενός σωστού ιατρικού ιστορικού, η έγκαιρη συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό του οδοντιατρικού ασθενούς με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη και η γνώση της αντιμετώπισης των πιθανών επειγουσών καταστάσεων και επιπλοκών (υπογλυκαιμική και υπεργλυκαιμική κρίση) αποτελούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχή διενέργεια οποιασδήποτε χειρουργικής επέμβασης στο οδοντιατρείο.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** Σακχαρώδης διαβήτης, Στοματική χειρουργική

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης, ένα πολυπαραγοντικό σύνδρομο, χαρακτηρίζεται από μερική ή ολική έλλειψη της ορμόνης ινσουλίνης με άμεση κλινική εκδήλωση την παρουσία υπεργλυκαιμίας στον ορό του αίματος των ασθενών (Ράπτης, 1998). Η αιτιολογία της εμφάνισης της νόσου παραμένει υπό διερεύνηση αλλά σίγουρα η κληρονομικότητα καθώς και η επίδραση ποικίλων εξωγενών παραγόντων φαίνεται να διαδραματίζουν καθοριστικό

ρόλο στην πρόκληση του συνδρόμου (Stephenson και συν. 1995). Σύμφωνα με τα πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, παρατηρείται αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι στις ΗΠΑ το 6-7% του πληθυσμού πάσχουν από την νόσο, με 800.000 περίπου νέα περιστατικά ετησίως, ενώ η νόσος δεν έχει διαγνωσθεί σε 6-8.000.000 διαβητικούς τύπου II (Lalla και D'Ambrosio, 2001, Miley και Terezhalmay, 2005).

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι ο σακχαρώ-

Παρελήφθη: 20/04/07

Εκρίθη: 02/10/07

<sup>1</sup>Λέκτορας ΣΓΠΧ ΕΚΠΑ

<sup>2</sup>Οδοντίατρος Μεταπτυχιακή

φοιτήτρια

<sup>3</sup>Καθ. ΣΓΠΧ ΕΚΠΑ

## Νεώτερα δεδομένα στην παθογένεια του Χερουβισμού

Επαμεινώνδας ΚΑΤΕΝΩΦ<sup>1</sup>, Αλεξάνδρα ΤΣΙΤΣΙΡΙΚΗ<sup>2</sup>, Κωνσταντίνος ΤΟΣΙΟΣ<sup>3</sup>, Αλεξάνδρα ΣΚΛΑΒΟΥΝΟΥ<sup>4</sup>

Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών  
(Διευθύντρια: Καθηγήτρια Α. Σκλαβούνου)

Βιβλιογραφική αντιμετώπιση

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ:** Ο χερουβισμός είναι μία σχετικά σπάνια νόσος με ιδιαίτερο ενδιαφέρον τόσο για τον κλινικό γενικό οδοντίατρο, όσο και για τις ειδικότητες και τις κλινικές εξειδικεύσεις της οδοντιατρικής. Τα τελευταία χρόνια, η ιατρική επιστήμη έχει επικεντρωθεί στο γενετικό υπόστρωμα των νόσων και έχει οδηγηθεί στη βαθύτερη γνώση των εξεργασιών που τις χαρακτηρίζουν, με στόχο την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση και καθοδήγηση του ασθενούς.

Σκοπός αυτής της ανασκόπησης είναι να αναφερθούν οι νεώτερες απόψεις για τον χερουβισμό κυρίως όσον αφορά στην αιτιοπαθογένεια της νόσου, στο γονίδιο που ευθύνεται για τη δημιουργία του, στις διαγνωστικές μεθόδους και στη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Μέχρι σήμερα έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες για την αιτιολογία του χερουβισμού, αλλά είναι πλέον παραδεκτό ότι η νόσος προκαλείται από ετερόζυγη σημειακή μετάλλαξη που καταλήγει σε αντικαταστάσεις αμινοξέων στο SH3-δέσιμο της SH3BP2 πρωτεΐνης (SH3 binding protein 2), στο χρωμόσωμα 4p16.3. Γίνεται μια προσέγγιση των επιπλοκών της μετάλλαξης σε βιοχημικό επίπεδο, μέσα από μηχανισμούς και αλληλεπιδράσεις που ελέγχονται από την πρωτεΐνη. Αναφέρονται επίσης τα κλινικά, ακτινογραφικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά, τα στάδια της νόσου καθώς και οι διάφορες παθολογικές οντότητες από τις οποίες πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί. Τέλος, γίνεται συζήτηση και παρουσιάζονται χρήσιμα συμπεράσματα για τον κλινικό, σε ότι αφορά στην έγκαιρη διάγνωση και στις πιθανές επιλογές για την αντιμετώπιση της νόσου.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** Χερουβισμός, SH3BP2 πρωτεΐνη, Παθογένεια

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο χερουβισμός ή κληρονομική ινώδης δυσπλασία (MIM 118400) είναι ένα αυτοσωμικά επικρατές σύνδρομο με ποικίλη εκφραστικότητα και διεισδυτικότητα, που χαρακτηρίζεται από αντικατάσταση του οστού της άνω και της κάτω γνάθου από ινώδη συνδετικό ιστό, με συνακόλουθη διόγκωση του προσώπου (Ueki και συν. 2001).

Στην τυπική μορφή της νόσου παρουσιάζεται επιπλέον, στροφή των οφθαλμικών βολβών και έκθεση μέρους του σκληρού χιτώνα των οφθαλμών δίνοντας στους ασθενείς χαρακτηριστική εικόνα

των αγγέλων «χερουβείμ» (Neville και συν. 1995, Αγγελόπουλος και συν. 2000).

Η νόσος αναφέρεται συχνά και ως «οικογενής ή κληρονομική ινώδης δυσπλασία», όρος που πρέπει να αποφεύγεται, επειδή ο χερουβισμός και η ινώδης δυσπλασία διαφέρουν ως προς τις εκδηλώσεις και την παθογένεια (Cohen και Howell, 1999, Mangion και συν. 1999, Tiziani και συν. 1999, Τόσιος και συν. 2001). Επιπλέον ο όρος αυτός δημιουργεί σύγχυση με την οικογενή «κρanioπροσωπική ινώδη δυσπλασία» (familial craniofacial fibrous dysplasia), μια σπάνια νοσολογική οντότητα που προσβάλλει αποκλειστικά τα οστά της κρα-

Παρελήφθη: 15/04/08

Εκρίθη: 15/05/08

<sup>1,2</sup> Οδοντίατροι Μεταπτυχιακοί φοιτητές Βιολογίας Στόματος

<sup>3</sup> Λέκτορας Στοματολογίας ΕΚΠΑ

<sup>4</sup> Καθηγήτρια Στοματολογίας ΕΚΠΑ

## Λίπωμα από ατρακτοειδή κύτταρα της παρωτίδας. Αναφορά περίπτωσης

Γεώργιος ΚΟΛΟΥΤΣΟΣ<sup>1</sup>, Βαρβάρα ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΟΥ<sup>2</sup>, Φώτης ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ<sup>3</sup>, Κορίνα ΜΠΟΓΛΟΥ<sup>4</sup>, Ροζαλία ΒΑΛΕΡΗ<sup>5</sup>, Κωνσταντίνος ΒΑΧΤΣΕΒΑΝΟΣ<sup>6</sup>.

«Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο. Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής. Θεσσαλονίκη

Ενδιαφέρουσα περίπτωση

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ:** Το λίπωμα από ατρακτοειδή κύτταρα αποτελεί κατά κανόνα μία καλώς περιγεγραμμένη εξεργασία, με συνήθη εντόπιση στον τράχηλο και στη ράχη κυρίως στους άρρενες. Η παρωτίδα θεωρείται ασυνήθης εντόπιση για τα λιπώματα.

**Αναφορά περίπτωσης:** Άνδρας 74 ετών παρουσιάστηκε στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας, με εικόνα ασυμπτωματικής διόγκωσης της αριστερής παρωτίδας από 7ετίας. Απεικονιστικά ο ασθενής ελέγχθηκε με αξονική τομογραφία και στον επιπολής λοβό της παρωτίδας παρατηρήθηκε μόρφωμα καλά περιγεγραμμένο με πυκνότητες λίπους. Ακολούθησε αναρρόφηση κυττάρων με λεπτή βελόνη (FNA) για κυτταρολογική εκτίμηση της οποίας το πόρισμα έθετε την υποψία του λιποσαρκώματος. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε επιπολής παρωτιδεκτομή με διατήρηση του προσωπικού νεύρου και η ιστοπαθολογική εξέταση του παρασκευάσματος έδειξε λίπωμα από ατρακτοειδή κύτταρα. Ο ασθενής 24 μήνες μετά έχει καλώς.

**Συμπεράσματα:** Αν και σπάνια η εντόπιση του λιπώματος στην παρωτίδα, οφείλουμε να γνωρίζουμε ότι αυτή η πιθανότητα υπάρχει και ιδιαίτερα στην περίπτωση του λιπώματος από ατρακτοειδή κύτταρα, το οποίο αποτελεί μία ανεξάρτητη ιστοπαθολογική οντότητα. Η διαφορική διάγνωση του λιπώματος από το λιποσάρκωμα δεν είναι πάντοτε δυνατή, παρά τη βοήθεια του απεικονιστικού ελέγχου και της κυτταρολογικής εξέτασης.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** Ατρακτοειδή κύτταρα, Λίπωμα, Παρωτίδα.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα λιπώματα είναι συνήθη καλοήθη νεοπλάσματα των μαλακών μορίων, αλλά δεν απαντώνται συχνά στη στοματική και γναθοπροσωπική περιοχή (Furlong και συν. 2004). Στην παρωτίδα, οι περισσότεροι όγκοι είναι επιθηλιακής προελεύσης ενώ οι μεσεγχυματογενείς δεν υπερβαίνουν το 5% του συνόλου των όγκων της (Fasig και συν. 2001). Τα λιπώματα αντιπροσωπεύουν μόλις το 1-3% του συνόλου των όγκων στην παρωτίδα (Baker και συν. 1981, Houston και Brannon, 1985, Iyriboz και συν. 1991, Ellis και Auclair, 1996, Levan και συν.

1997, Ozcan και συν. 2002, Gritzmann και Macheiner, 2003, Ansari, 2006). Λόγω της σπανιότητάς τους, συνήθως δεν λαμβάνονται υπόψη στην αρχική διαφορική διάγνωση των όγκων των σιελογόνων αδένων (Ryu και συν. 1996). Το λίπωμα από ατρακτοειδή κύτταρα αποτελεί μία υποκατηγορία των λιπωμάτων, σύμφωνα με την ταξινόμηση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας του 2002, με ακόμα μικρότερη συχνότητα εμφάνισης και ειδικά ενδοπαρωτιδικά.

**Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση μίας περίπτωσης λιπώματος από ατρακτοειδή κύτταρα της παρωτίδας και ο σχολιασμός των

Παρελήφθη: 04/04/08

Εκρίθη: 22/05/08

<sup>1</sup> Ειδικευόμενος ΣΠΧ,

<sup>2</sup> Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ

Παθολογοανατόμος

<sup>3</sup> Ειδικευόμενος Παθολογικής Ανατομικής

<sup>4</sup> Κυτταρολόγος, Επιστημονικός συνεργάτης Κυτταρολογικού Τμήματος

<sup>5</sup> Δρ. Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ Κυτταρολόγος

<sup>6</sup> Δρ. ΣΧΠΧ Επιμελητής Α' ΕΣΥ