

Η πρώτη επίσκεψη του παιδιού στον οδοντίατρο: Πότε και Γιατί;
Οι συνέπειες της μη θεραπείας των νεογιλών δοντιών.

Νίκη Κόκκινου DDS

Είναι πολύ γνωστό και εμπεριστατωμένο με ερευνητικά στοιχεία και κλινικές παρατηρήσεις ότι η τερηδόνα των δοντιών μπορεί να ξεκινήσει τόσο νωρίς όσο κοντά στα πρώτα γενέθλια του παιδιού. Στην περίπτωση αυτή η τερηδόνα ονομάζεται πρώιμη τερηδόνα νηπιακής ηλικίας (early childhood caries E.C.C). Για την ακρίβεια πρώιμη τερηδόνα της νεογιλής οδοντοφυΐας ορίζεται η παρουσία μιας ή περισσότερων τερηδόνων πριν τα έκτα γενέθλια του παιδιού. Ενώ, η πρώιμη τερηδόνα της νεογιλής οδοντοφυΐας σοβαρής μορφής (S-ECC), ορίζεται ως η παρουσία τερηδόνας στις λείες οδοντικές επιφάνειες σε παιδιά κάτω των 3 ετών (Ismail and John, 1999, Drury, 1999).

Δημοσίευση του 2007 του “Centers for Disease Control and Prevention”, ανέφερε ότι παρόλο ότι ο επιπολασμός της τερηδόνας μειώθηκε σε παιδιά σχολικής ηλικίας σε σχέση με τη δεκαετία του 1970, ο δείκτης τερηδόνας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας 2-5 ετών αυξήθηκε. Αυτό καθιστά την πρώιμη τερηδόνα νεογιλής οδοντοφυΐας ως την πιο συχνή παιδική ασθένεια, 5 φορές συχνότερη από το άσθμα και 7 φορές συχνότερη του αφθώδους πυρετού.

Η οδοντική τερηδόνα είναι μια μικροβιακή πολυπαραγοντική νόσος η οποία μπορεί να προληφθεί με έγκαιρη παρέμβαση. Είναι γι’ αυτό που τόσο η Αμερικάνικη όσο και η Ευρωπαϊκή Ακαδημία Παιδοδοντιατρικής, αλλά και ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας, συστήνουν όπως η 1η επίσκεψη του παιδιού στον οδοντίατρο γίνεται με την ανατολή του 1ου δοντιού και το αργότερο στην ηλικία του ενός έτους. Η έγκαιρη αυτή επίσκεψη θα θεμελιώσει την οδοντική πρόληψη εφ’ όσον θα ενημερώσει τους γονείς ή κηδεμόνες του παιδιού για τις αιτίες της τερηδόνας και το πως να αποφύγουν πρακτικές και νοοτροπίες που βάζουν το παιδί σε κίνδυνο για ανάπτυξη τερηδόνας. Επίσης, θα δώσει τη δυνατότητα στον οδοντίατρο να εφαρμόσει προληπτικές τεχνικές για ενίσχυση των δοντιών και θα διδάξει τους γονείς για τους τρόπους σωστής υγιεινής και διατροφής.

Βασικές αιτίες για τη δημιουργία της πρώιμης τερηδόνας της νεογιλής οδοντοφυΐας είναι :

1) Ο πρώιμος αποικισμός του στόματος του βρέφους με το βασικό μικρόβιο της τερηδόνας που είναι ο Στρεπτόκοκκος Μιούτανς (Mutans Streptococci στο εξής MS). Η μετάδοση των MS συμβαίνει είτε κάθετα, δηλαδή από τη μητέρα ή τον κηδεμόνα στο παιδί είτε οριζόντια, δηλαδή από τα αδέρφια στο παιδί, όταν χρησιμοποιούνται κοινά οικιακά σκεύη όπως ποτήρια, ή με τα φιλιά στο στόμα μέσω του σάλιου.

Όσον αφορά την σημασία της χρονικής στιγμής του αποικισμού του στόματος του βρέφους με το μικρόβιο του MS, έρευνες έδειξαν τα ακόλουθα:

• 89% των παιδιών που αποικίστηκαν με το μικρόβιο MS μέχρι την ηλικία των 2 ετών, είχαν κατά μέσο όρο δείκτη τερηδόνας DFT 5 πριν την ηλικία των 4 ετών, ενώ μόνο το 25% των παιδιών χωρίς αποικισμό MS στην ηλικία των 2, είχαν 0.3 τερηδόνες στην ηλικία των 4 ετών (Kohler et al 1988).

•Ψηλή συγκέντρωση MS στην ηλικία των 2 ετών, θα έχει ως αποτέλεσμα ψηλότερη συγκέντρωση MS μέχρι την ηλικία των 4 ετών, σε σχέση με παιδιά που είχαν αποικιστεί με MS μετά την ηλικία των 2 ετών (Alaluusa από Renkonen 1983).

2) Διατροφικοί παράγοντες, όπως η συχνή λήψη ζαχαρούχων ροφημάτων ή γλυκών που προάγουν τον πολλαπλασιασμό και την εγκαθίδρυση των MS στο στόμα του βρέφους.

3)Κακή χρήση ή κατάχρηση του μπιμπερό το οποίο η μητέρα αφήνει στο στόμα του παιδιού για ώρες κατά τη διάρκεια της νύχτας ή και της ημέρας.

4) Επίσης, σε ψηλό κίνδυνο ανήκουν παιδιά από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα, οι μετανάστες και τα παιδιά που οι γονείς τους έχουν ακατάλληλες νοοτροπίες και συμπεριφορές.

5) Τέλος, η γονεϊκή άγνοια για όλα τα πιο πάνω θεωρείται ένας από τους βασικότερους λόγους για την πρώιμη τερηδόνας της νεογιλής οδοντοφυΐας . Εξάλλου ,δεν είναι τυχαίο που ο κορυφαίος αμερικανός καθηγητής και εκδότης επιστημονικών συγγραμμάτων Δρ Casamassimo, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η τερηδόνα έχουν είναι η "νόσος του φτωχού του μετανάστη και του απληροφόρητου".

Οι συνέπειες της πρώιμης τερηδόνας της νεογιλής οδοντοφυΐας ,εάν μείνει αθεράπευτη είναι πολλές και σοβαρές. (οι πιο κάτω πληροφορίες πηγάζουν κυρίως από το ακόλουθο άρθρο : Finucane D. Rationale for restoration of carious primary teeth .A review .J Ir Dent Assoc 2012; 58:31-42 το οποίο και αναδημοσιεύτηκε στο European Archives of Paediatric Dentistry ,Vol 13 ,Dec 2012.

Πλήρης καταστροφή των πρόσθιων και στη συνέχεια των οπίσθιων δοντιών μέσα σε λίγους μήνες. Ο ανώτερος ιατρικός λειτουργός των Η.Π.Α ανέφερε: «Δεν μπορείς να είσαι υγιής χωρίς καλή στοματική υγεία»(Satcher 2000). Αναλυτικά και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία πιθανές συνέπειες της μπορεί να είναι οι ακόλουθες:

1. Πόνος – Δυσφαγία.Σύμφωνα με διάφορες μελέτες περίπου τα μισά παιδιά με τερηδόνες θα έχουν πονόδοντο.Όσο πιο νωρίς σε ηλικία αποκτήσει το παιδί τερηδόνες τόσο πιο μεγάλη η πιθανότητα για πονόδοντο. Οι νεογιλοί γομφίοι είναι τα δόντια που αποκτούν πονόδοντο πιο συχνά. Δόντια με τερηδόνα σε πολλών επιφανειών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αποκτήσουν πονόδοντο.Οι συνέπειες του πονόδοντου σε έρευνα 589 παιδιών ήταν : 73% των παιδιών έπασχαν από δυσφαγία, 31% από αϋπνία,27% σταμάτησαν το παιγνίδι και 11% δεν πήγαν σχολείο. Levine, et al. Br Dent J 2002, Shepherd, et al.Br Dent J 2002, Milsom, et al. Br Dent J 2002, Slade Community Dent Health 2001

2. Σήψη – Μόλυνση – Σοβαρό οίδημα, με επέκταση στον σηραγγώδη κόλπο και από εκεί στον εγκέφαλο ή απόφραξη αναπνευστικής οδού με κίνδυνο πνιγμού . Παιδιά που παθαίνουν σοβαρές μολύνσεις είναι αυτά με ψηλό δείκτη τερηδόνας (DMFT 6.7) σε σχέση με τα παιδιά χωρίς σήψη (DMFT 2.36) Η οδοντική σήψη

μπορεί να οδηγήσει σε κυτταρίτιδα και από εκεί σε Ludwig's angina μία γρήγορα εξελισσόμενη κυτταρίτιδα του εδάφους του στόματος που οδηγεί σε κλείσιμο της αεροφόρου οδού. Μία στις τρεις περιπτώσεις Ludwig's angina συμβαίνει σε παιδιά και εφήβους και είναι θανατηφόρος στο 8-10 % των περιπτώσεων. – Pine, et al. Br Dent J 2006, Unkel, et al. Pediatr Dent 1997, Lin Clin Pediatr 2009, Davies, et al. Clinical Intensive Care 2002

3. Απώλεια χώρου στα οδοντικά τόξα ,το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε σταυροειδή σύγκλιση ,συνωστισμό δοντιών,έκτροπη ανατολή δοντιών κτλ.-Northway. J Am Dent Assoc 2000, Laing, et al. Int J Paediatr Dent 2009, Lin and Chang. J Clin Pediatr Dent 1998, Rao and Sarkar. J Indian Soc Pedod Prev Dent 1999, Padma Kumari, et al. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2006, Lin, et al. J Am Dent Assoc 2007

4. Επηρεάζει την ποιότητα ζωής λόγω δυσφαγίας, πόνου ,αυπνοίας και γενικά κακουχίας και αρνητικής συμπεριφοράς ,αλλά και την εμφάνιση– Low, et al. Pediatr Dent 1999, Acs, et al. Pediatr Dent 2001, Cunnion, et al. J Dent Child 2010, Filstrup, et al. Pediatr Dent 2003, Sheiham. Br Dent J 2006, Casamassimo, et al. J Am Dent Assoc 2009

5. Επηρεάζει την σωματική ανάπτυξη και δημιουργεί λιποβαρή παιδιά, λόγω της δυσφαγίας και του πόνου που οδηγεί σε μειωμένη λήψη τροφής .Έρευνα 115 παιδιών ηλικίας 2-4 ετών με σοβαρή τερηδόνα νηπιακής ηλικίας που θεραπεύτηκαν με γενική νάρκωση ,έδειξε ότι τα παιδιά αυτά ζύγιζαν σημαντικά λιγότερο σε σχέση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου. Παιδιά που ζύγιζαν κάτω του 10% του κανονικού βάρους ,ήταν παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας κάτι το οποίο δείχνει ότι η εξέλιξη της τερηδόνας στο παιδί και η μη θεραπεία της οδηγεί σε δραματική μείωση βάρους και δημιουργία λιποβαρή παιδιών. Elice and Field, Pediatr Dent 1990, Acs,et al.,Pediatric Dent 1992, Ayhan et al.,J Clin Pediatric Dent 1996.

Επίσης,χρόνια φλεγμονή του πολφού ή οδοντικές μολύνσεις επηρεάζουν την αύξηση μέσω μεταβολικών καναλιών.Οι κυτοκίνες που είναι πρωτεΐνες,πεπτιδία ή γλυκοπρωτεΐνες,απελευθερώνονται από το ανοσοποιητικό σύστημα και διεγείρουν την κυτταρική απελευθέρωση ειδικών ουσιών που πέρνουν μέρος στην φλεγμονή. Οι κυτοκίνες λοιπόν μπορεί να προκαλέσουν αναστολή της ερυθροποίησης και να οδηγήσουν σε" χρόνια αναιμία".Mears and Krantz,1992; Mears,2003;Sheihman,2006. Elice and Fields.Pediatr Dent 1990, Acs, et al. Pediatr Dent 1992, Ayhan, et al. J Clin Pediatr Dent 1996, Clarke, et al. Pediatr Dent 2006

6.Αυτή η χρόνια αναιμία πιθανόν να έχει επίδραση στη νοητική ανάπτυξη του παιδιού εφόσον υπάρχει σύνδεση της πρώιμης τερηδόνας με τη δημιουργία αναιμίας ,όπως προαναφέραμε,η οποία ως γνωστόν στα βρέφη παρεμ βάλλεται με τη φυσιολογική ανάπτυξη και λειτουργία του εγκεφάλου. Αυτό προκαλεί

μείωση των επιδόσεων του παιδιού στα νοητικά τεστ που έχει ως επακόλουθο και μειωμένες σχολικές επιδόσεις. Αυτή η δυσλειτουργία στην ανάπτυξη του εγκεφάλου δεν αναστρέφεται με συμπληρώματα σιδήρου στη μετέπειτα ζωή του παιδιού, εάν η αρχή της χρόνιας αναιμίας γίνει στη βρεφική ηλικία. Lozoff et al,1991,2000, Pollitt 2000,Saloojee and Pettifor,2001, Blumenshine, et al. J Publ Health Dent 2008, Jackson, et al. Am J Public Health. 2011

7. Αυξημένη πιθανότητα σοβαρής μόλυνσης και ανάγκη για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία ,Fleming, et al. Int J Paediatr Dent 1991, Wilson, et al. Clin Paediatr 1997, Sheller, et al. Pediatr Dent 1997, Oliva, et al. Pediatr Emerg Care 2008.

8. Αυξημένο κόστος οδοντιατρικής περίθαλψης - Thikkurissy, et al.Am J Emerg Med 2010

9. Αυξημένος κίνδυνος για νέες τερηδόνες στη νεογιλή αλλά κυρίως στη μόνιμη οδοντοφυΐα μετέπειτα, δηλ. δημιουργία της λεγόμενης προδιάθεσης στην τερηδόνα η οποία είναι και ο ισχυρότερος παράγοντας της τερηδόνας ενηλίκων. **Στην ουσία η τερηδόνα της νεογιλής οδοντοφυΐας είναι ο πιο αξιόπιστος παράγοντας πρόβλεψης της τερηδόνας της μόνιμης οδοντοφυΐας εφόσον όποιο δόντι ανατέλλει στο ίδιο νοσηρό στοματικό περιβάλλον που προκάλεσε την τερηδόνα της νεογιλής οδοντοφυΐας μπορεί να προκαλέσει και την τερηδόνα στην μόνιμη οδοντοφυΐα.**

Johnsen, et al.Pediatr Dent 1986, Grindefjord, et al.Caries Res 1995, O'Sullivan and Tinanoff. J Public Health Dent 1996, Al – Shalan, et al. Pediatr Dent 1997, Skeie, et al. Int J Paed Dent 2006, Mejare, et al .,caries res 2001

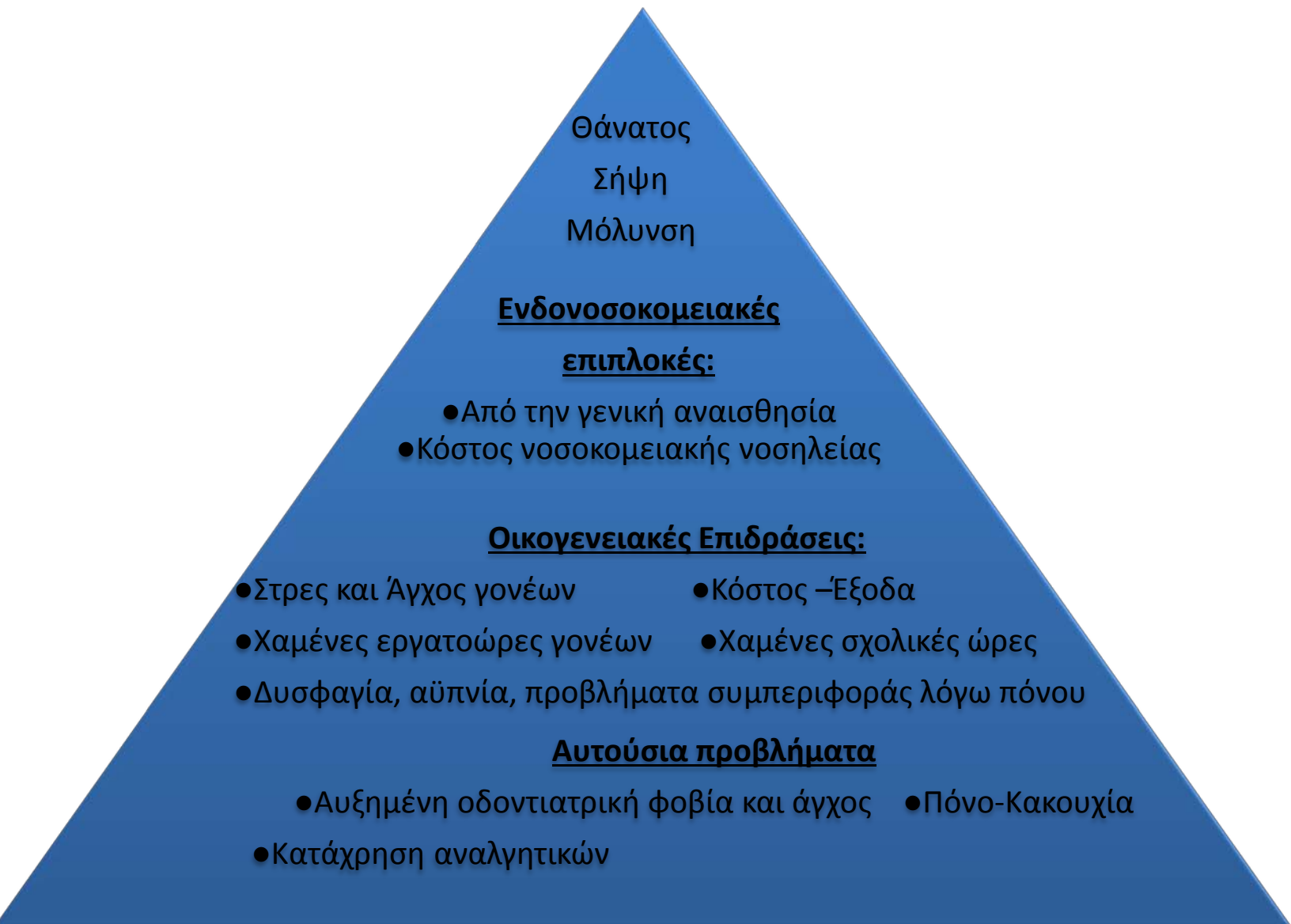
Έρευνα(Mejare et al.2001) 374 παιδιών από 6-12 ετών όπου αξιολογήθηκε η επίδραση της τερηδόνας της άπω επιφάνειας του δεύτερου νεογιλού γομφίου στην εγγύς επιφάνεια του πρώτου μόνιμου γομφίου ,έδειξε ότι υπάρχει άμεση σχέση .Συγκεκριμένα , σε τέτοια περίπτωση η εγγύς επιφάνεια του πρώτου μόνιμου γομφίου έχει 15 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθει τερηδόνα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Έρευνα από τον Vanderas et al.,2004 επιβαιβεώνει τα πιο πάνω .

10) Σε σχέση με την οδοντιατρική φοβία έρευνες έδειξαν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Έρευνα για την σχέση του δείκτη τερηδόνας με την ανάπτυξη οδοντιατρικής φοβίας σε παιδιά δέκα ετών με δείκτη τερηδόνας DMFT 10.7 όταν τα παιδιά ήταν 5 ετών ,έδειξε αύξηση της φοβίας .Raadal et al. 2002.Άλλη έρευνα ,έδειξε ότι 75% των παιδιών ηλικίας 10 ετών ,δεν παρουσίασαν αύξηση της φοβίας παρόλο ότι είχαν ψηλό δείκτη τερηδόνας (DMFT 6)στα 5 τους.

Όπως φαίνεται από τις πιο κάτω έρευνες ,η οδοντιατρική φοβία έχει να κάνει περισσότερο όχι με τον δείκτη τερηδόνας αλλά σχετίζεται περισσότερο με τις ακανόνιστες και επείγουσες οδοντιατρικές επισκέψεις για εξαγωγές δοντιών ή και ενδοδοντικές θεραπείες στο οξύ συμπτωματικό στάδιο. Έρευνα 1303 παιδιών

ηλικίας 5-12 ετών έδειξε τα ακόλουθα: παιδιά που πέρασαν από κανονική οδοντιατρική θεραπεία για αποκατάσταση τερηδόνων είχαν λιγότερη οδοντιατρική φοβία σε σχέση με παιδιά που δεν είχαν υποστεί ποτέ κάποια οδοντιατρική θεραπεία (Nicolas et al.,2010). Αυτό δείχνει ότι η πρώιμη οδοντιατρική παρέμβαση σε συνδυασμό με το σωστό χειρισμό της συμπεριφοράς του παιδιού και την δημιουργία συνθηκών μη άγχους στο οδοντιατρείο,έχει θετική επίδραση στην οδοντιατρική φοβία του παιδιού (Wright et al.,1987; Fayle and Tahmassebi 2003 ; Welbury et al.,2005; Ameron and Widmer,2008).

Πινάκας Νοσηρότητας και θνησιμότητας με αιτία την πρώιμη τερηδόνα της νεογιλής οδοντοφυΐας (Casamassimo, etal 2009):



Οφέλη που προκύπτουν από την θεραπεία της πρώιμης τερηδόνας νεογιλής οδοντοφύιας:

Αποκατάσταση δοντιών για σωστή μασητική λειτουργία	Stephenson, et al. Caries Res 2010
Θεραπεία πόνου και κακουχίας.Ανακούφιση παιδιού	Low, et al. Pediatr Dent 1999 Acs, et al. Pediatr Dent 2001
Ο κίνδυνος σηψαιμίας ελαχιστοποιείται	Pine, et al. Br Dent J 2006
Η απώλεια χώρου δεν συμβαίνει	Laing, et al. Int J Peadiatr Dent 2009
Βελτίωση της ποιότητας ζωής του παιδιού	Low, et al. Pediatr Dent 1999 Acs, et al. Pediatr Dent 2001 Cunnion, et al. J Dent Child 2010
Δεν επηρεάζεται η σωματική ανάπτυξη του παιδιού	Acs, et al. Pediatr Dent 1992
Μπορεί να βελτιωθεί η ακαδημαϊκή επίδοση του παιδιού	Blumenshine, et al. J Publ Health Dent 2008 Jackson, et al. Am J Public Health. 2011

Γενικά συμπεράσματα: Η έγκαιρη παρέμβαση στη θεραπεία της τερηδόνας νηπιακής ηλικίας προτού μετατραπεί σε επείγουσα κατάσταση ,προλαμβάνει την δημιουργία της οδοντιατρικής φοβίας στο παιδί.(Folayan et al.,2004) Επίσης, η έγκαιρη επίσκεψη του παιδιού στον οδοντίατρο όπως την εξηγήσαμε πριν,εκτός του ότι αποτρέπει την οδοντιατρική φοβία,θεραπεύει τυχόν πρώιμες τερηδόνες ,μειώνοντας πολύ τόσο το κόστος παροχής υπηρεσιών ,όσο και τις επιπλοκές της αθεράπευτης τερηδόνας μαζί με τις συνέπειές της.