

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ – ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

2^ο Εξάμηνο Σπουδών

Ασθενείς με Ενδοκρινολογικά προβλήματα στο Οδοντιατρείο



Νάντια Θεολόγη-Λυγιδάκη
Επίκουρη Καθηγήτρια
Κλινική Στοματικής και
Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

- Σας υπενθυμίζουμε ότι το σύνολο της εξ αποστάσεως εκπαίδευσης και του αντίστοιχου υλικού έχουν δημιουργηθεί αποκλειστικά για την εκπαίδευση των φοιτητών της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ.
- Συνεπώς θα πρέπει να επιδείξετε ιδιαίτερη προσοχή όσον αφορά στην προστασία των πνευματικών δικαιωμάτων και των προσωπικών δεδομένων που αφορούν στις ηλεκτρονικές διαλέξεις και στο υλικό που είναι αναρτημένο στο η-τάξη.
- Δικαίωμα πρόσβασης σε αυτά έχουν μόνο οι φοιτητές που είναι εγγεγραμμένοι στο μάθημα. Ως εκ τούτου η βιντεοσκόπηση, αναπαραγωγή υλικού (π.χ. σε μέσα κοινωνικής δικτύωσης) και προώθηση υλικού σε άτομα, ομάδες και πλατφόρμες πέραν των διδασκομένων, χωρίς προηγούμενη άδεια του διδάσκοντα/συγγραφέα, εγείρει συνέπειες και κυρώσεις.

ΜΙΚΤΟΙ ΑΔΕΝΕΣ	ΑΜΙΓΕΙΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ
Ήπαρ	Υπόφυση
<u>Πάγκρεας</u> Σακχαρώδης Διαβήτης	Επίφυση
Ωοθήκες	<u>Θυροειδής</u> Υπερ και υπό θυροειδισμός
Όρχεις	Παραθυροειδείς
Θύμος	<u>Επινεφρίδια</u> Φλοιεπινεφριδική ανεπάρκεια

Ενδοκρινείς είναι οι αδένες που παράγουν και εκκρίνουν ορμόνες στην κυκλοφορία του αίματος



Ασθενείς με παθήσεις του θυρεοειδή αδένος

Ο θυρεοειδής αδέννας

- Βρίσκεται στην πρόσθια περιοχή του τραχήλου, στην μέση γραμμή, μπροστά από την τραχεία και αντίστοιχα με τον κρικοειδή χόνδρο του λάρυγγα.
- Αποτελείται από 2 λοβούς που ενώνονται μεταξύ τους με στενό ισθμό στο κάτω τμήμα των λοβών.
- Περιβάλλεται από περιτονία και το βάρος του είναι περίπου 20 gr.
- Εμβρυολογικά δημιουργείται αρχικά στην βάση της γλώσσας και καταδύεται στην τελική θέση του. Στην διάρκεια της μετακίνησης, η γλώσσα και ο αδέννας στην νέα του θέση, συνδέονται με το θυρεογλωσσικό πόρο που εν τέλει εκφυλίζεται (παθολογικά: έκτοπος θυρεοειδής;)

Ο θυροειδής αδένας

- Εκκρίνει την θυροξίνη (T4), την τριιωδοθυρονίνη (T3) και την καλσιτονίνη
- Οι T3 και T4 συμμετέχουν ενεργά στην ανάπτυξη και ωρίμανση των ιστών, τον μεταβολισμό και την λειτουργία κυττάρων και θρεπτικών συστατικών, στην παραγωγή ενέργειας και θερμότητας.
- Η T4 παράγεται μόνον από το θυροειδή, ενώ η T3, που είναι και η δραστική θυροειδική ορμόνη, παράγεται τόσο από τον θυροειδή, όσο και από περιφερική μετατροπή της T4 (κυρίως στο ήπαρ και τους νεφρούς).
- Για την παραγωγή των ορμονών του θυροειδή είναι απαραίτητο το ιχνοστοιχείο ιώδιο (ημερήσιες ανάγκες ενήλικου σε ιώδιο: 150μg).

Ο θυρεοειδής αδένας

- Το ιώδιο που συγκεντρώνεται στον θυρεοειδή, προσλαμβάνεται από τροφές πλούσιες σε ιώδιο (τα ψάρια, τα οστρακοειδή, τα φύκια, το ιωδιούχο αλάτι, το γιαούρτι, τα φασόλια, το σουσάμι, το σπανάκι)
- Η **καλσιτονίνη** ελέγχει τα επίπεδα ασβεστίου και φωσφόρου στο αίμα, ρυθμίζοντας την δράση των οστεοκλαστών και οστεοβλαστών στα οστά.
- Η δράση της είναι αντίθετη με εκείνη της παραθορμόνης που παράγουν οι παραθυρεοειδείς αδένες. Πάντως επικρατεί η δράση της παραθορμόνης γιατί ο μεταβολισμός του ασβεστίου δε διαταράσσεται σε αφαίρεση του θυρεοειδή αδένα.
- Η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη της υπόφυσης (TSH) ρυθμίζει την έκκριση ορμονών του θυρεοειδή

Διαγνωστικές αιματολογικές εξετάσεις

T₄	4,5-12,5mg/ml	Θυροξίνη
T₃	0,7- 2,0 ng/ml	Τριϊωδοθυρονίνη
TSH	0,4 - 4,0 mIU/lt	Θυρεοειδοτρόπος ορμόνη ή θυρεοτροπίνη

Οι T₃ και T₄ αλληλεπιδρούν με την TSH της Υπόφυσης, που ρυθμίζει την σύνθεση και την έκκρισή τους. Εξάλλου η TSH επηρεάζεται από την TRH (θυρεοεκλυτική ορμόνη), που παράγεται στον Υποθάλαμο.

Όταν T₃ και T₄  τότε η έκκριση της TSH  και αντίστροφα.

Υπερθυρεοειδισμός

Αύξηση της παραγωγής των ορμονών και της λειτουργίας του αδένου. Ο μεταβολισμός επιταχύνεται και καταναλώνεται πολύ περισσότερη ενέργεια.

Αιτιολογία

- Νόσος του Graves: πρόκειται για αυτοάνοσο νόσημα, στο οποίο αντισώματα ενεργοποιούνται εναντίον του θυρεοειδή. Η δυσλειτουργία προκύπτει από την TSH, έχει σαν αποτέλεσμα αυξημένη σύνθεση T₃ και T₄ και ανάπτυξη βρογχοκήλης
- Οζώδης βρογχοκήλη: όζοι στον αδένου που παράγουν επιπλέον ορμόνη ανεξέλεγκτα
- Θυρεοειδίτιδα, που προκύπτει χωρίς εμφανή αιτία
- Αδένωμα στην υπόφυση κ.α.

Υπερθυρεοειδισμός

- Η εκδήλωση του νοσήματος μπορεί να κυμαίνεται από ήπια σε κάποιους πάσχοντες (έως και αδιάγνωστη), μέτρια ή βαρεία σπανιότερα
- Στον εργαστηριακό έλεγχο η TSH είναι μειωμένη και οι T₃ και T₄ αυξημένες

Επιπτώσεις του υπερθυρεοειδισμού:

- Καρδιακή δυσλειτουργία, ταχυκαρδία, υπέρταση
- Οστεοπόρωση λόγω διαταραχής στην πρόσληψη ασβεστίου
- Οφθαλμολογικά ευρήματα, ιδιαίτερα στη Graves
- Κούραση, νευρική κατάσταση, λογόρροια, αυπνία
- Απώλεια βάρους, πολυφαγία

Θεραπεία υπερθυρεοειδισμού

Εξαρτάται από την αιτία και τη βαρύτητα της κατάστασης του ασθενούς.

- **Φαρμακευτική αντιμετώπιση**

Τα συνήθη φάρμακα είναι η μεθιμαζόλη, η καρβιμαζόλη και η προπιλοθειουρακίλη, που στοχεύουν στην μείωση της παραγωγής των T₃ και T₄.

Συμπληρωματικά χορηγούνται β-αναστολείς (beta-blockers) για τον έλεγχο της ταχυκαρδίας.

- **Χειρουργική αντιμετώπιση**

Ολική ή τμηματική αφαίρεση του αδένου στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στη συντηρητική θεραπεία ή σε υποψία κακοήθειας

Θεραπεία υπερθυρεοειδισμού

- **Χειρουργική αντιμετώπιση (συνέχεια)**
Μετεγχειρητικά ο ασθενής λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή με συνθετικές ορμόνες
- **Θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο ($I-131$)**, εφαρμόζεται επιλεκτικά στις περιπτώσεις που τα φάρμακα έχουν αποτύχει ή όταν ο ασθενής δεν μπορεί να χειρουργηθεί. Το φάρμακο λαμβάνεται από το στόμα και συγκεντρώνεται στον θυρεοειδή αδένα, τον οποίο καταστρέφει σταδιακά. Ο ασθενής μετά την λήψη ακολουθεί αυστηρό πρωτόκολλο για την προστασία των γύρω του από την ραδιενέργεια που εκπέμπει.
- Η χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου έχει επίσης ένδειξη στην θεραπεία του καρκίνου του θυρεοειδή, μετά την χειρουργική αφαίρεση του αδένα.

Θυρεοτοξική κρίση – πρόληψη

- Εμφανίζεται σε υπερθυρεοειδικούς σαν οξεία εκδήλωση των συμπτωμάτων της πάθησης
- **Εκλυτικοί παράγοντες:** λοίμωξη, τραυματισμός, χειρουργική επέμβαση, έντονο stress, διακοπή της λήψης των φαρμάκων, οξεία ψυχιατρική νόσος, καρδιαγγειακό επεισόδιο, έντονη επιβάρυνση του ατόμου, ψυχική ή σωματική κ.α.
- Πρόληψη με λήψη λεπτομερούς ιστορικού
- Αποφυγή άγχους, φόβου, πόνου
- Αποφυγή χορήγησης αδρεναλίνης στο τοπικό αναισθητικό

Υπερθυρεοειδισμός – τοπική αναισθησία

- Με ή χωρίς αδρεναλίνη?
- Ρυθμισμένος – σταθεροποιημένος με χορήγηση φαρμάκων: τοπικό αναισθητικό και με αδρεναλίνη με προϋπόθεση την αναρρόφηση, την αργή έγχυση και ποσότητα μέχρι 2 φύσιγγες (ADA -American Dental Association)
- Αρρυθμιστος: τοπική αναισθησία χωρίς αδρεναλίνη

Η θυρεοτοξική κρίση- κλινική εικόνα

- Η θυρεοτοξική κρίση απαιτεί επείγουσα αντιμετώπιση σε νοσοκομείο γιατί μπορεί να απειλήσει ακόμη και τη ζωή του ασθενή
- Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει σημαντική ταχυκαρδία, υψηλό πυρετό με οξεία έναρξη, έντονη εφίδρωση, θερμό και υγρό δέρμα, ανησυχία, σύγχυση και μεγάλη υπερένταση, τρόμο, ψύχωση και κώμα.

Η θυρεοτοξική κρίση- αντιμετώπιση

Τα ενδεικνυόμενα βήματα (στο νοσοκομείο)

- Αντιθυρεοειδικό φάρμακο (προπυλθειουρακίλη, μεθιμαζόλη)
- β- αδρενεργικοί αποκλειστές (προπρανολόλη- Inderal)
- Γλυκοκορτικοειδές - (δεξαμεθαζόνη) περιορίζει την απελευθέρωση θυρεοειδικών ορμονών και έχει ισχυρή αντιφλεγμονώδη δράση
- Αντιβίωση σε λοίμωξη
- Παρακεταμόλη για την υπερπυρεξία (όχι σαλικυλικά γιατί αυξάνουν τα επίπεδα των ελεύθερων θυρεοειδικών ορμονών)
- Αντιαρρυθμική αγωγή και αντιπηκτική αγωγή
- Επαρκής ενυδάτωση
- Χορήγηση οξυγόνου και παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας

Θυρεοτοξική κρίση – αντιμετώπιση στο ιατρείο

- Με τα πρώτα συμπτώματα διακοπή εργασίας
- Έλεγχος ζωτικών σημείων: πίεση, σφύξεις
- Χορήγηση οξυγόνου και σε απώλεια συνείδησης αρχικά αντιμετώπιση σαν απλή λιποθυμία
- Αν δεν ανταποκρίνεται, άμεση κλήση βοήθειας για μεταφορά σε νοσοκομείο
- Έναρξη ΚΑΡΠΑ
- Χορήγηση υδροκορτιζόνης iv ή im

Προπυλθειουρακίλη (200 mg/4ωρο p.o.)

Προπρανολόλη (1-2 mg i.v.) και

Δεξαμεθαζόνη (2 mg/12ωρο)

Υποθυρεοειδισμός

- Ελλιπής παραγωγή των ορμονών του αδένα και υπολειτουργία του
- Επηρεάζει αρνητικά τον μεταβολισμό, τον καρδιακό ρυθμό, την θερμοκρασία του σώματος
- Οι υποθυρεοειδικοί ασθενείς συχνά έχουν διογκωμένο θυρεοειδή αδένα (βρογχοκήλη)

Αιτιολογία

- Ιδιοπαθής
- Ολική θυρεοειδεκτομή
- Θεραπεία υπερθυρεοειδισμού
- Αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα (Hashimoto)
- Ακτινοθεραπεία
- Κάποια φάρμακα (λίθιο)
- Πρόβλημα στην υπόφυση

Υποθυρεοειδισμός

- Μπορεί να είναι ήπιος και αδιάγνωστος
- Εξελίσσεται και επιδεινώνεται αργά
- Μπορεί η εικόνα του πάσχοντα να είναι βαρεία

Κλινικά: Κόπωση, ευαισθησία στο κρύο, ξηρό δέρμα, μυϊκή υποτονία, αύξηση βάρους, παχυσαρκία, αρθραλγίες, καρδιοπάθεια, αργός καρδιακός ρυθμός, υπογονιμότητα, κατάθλιψη

Στα παιδιά επιπρόσθετα επηρεάζεται η σωματική και νοητική ανάπτυξη, η οδοντοφυΐα καθυστερεί, το ίδιο και η εφηβεία

Υποθυρεοειδισμός

Μυξοίδημα: η πιο σοβαρή μορφή υποθυρεοειδισμού με εκφύλιση του αδένου.

- Επικίνδυνη κατάσταση, σπάνια, με γενικευμένο οίδημα, βυθιότητα, λήθαργο, απώλεια αισθήσεων.
- Παρατηρείται εναπόθεση βλεννοπολυσακχαριτών στο δέρμα.
- Μπορεί να ενεργοποιηθεί από λήψη ηρεμιστικών, λοίμωξη, stress.
- Αντιμετωπίζεται ως επείγον περιστατικό στο Νοσοκομείο

Πρόληψη συμβάματος:

Γενικά μείωση των εξωγενών ερεθισμάτων διότι οι πάσχοντες δεν ανταποκρίνονται με τον αναμενόμενο τρόπο

- Τοπικό αναισθητικό χωρίς αδρεναλίνη
- Αποφυγή χορήγησης ηρεμιστικών
- Χορήγηση ήπιων αναλγητικών

Βιβλιογραφία

- Akamizu T, Satoh T, Isozaki O, et al.:** Diagnostic criteria, clinical features, and incidence of thyroid storm based on nationwide surveys. *Thyroid* 2012; 22: 661–79.
- Ασημακοπούλου Α., Τζανέλα Μ.:** Επείγουσες Θυρεοειδοπάθειες, Κεφ. 32, 385-389, 2015
- Bahn RS, Burch HB Cooper DS et al:** Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Endocrine Practice* 2011; 17(3): 456-520.
- Burch HB, Wartofsky L.:** Life-threatening thyrotoxicosis. Thyroid storm. *Endocrinol. Metab. Clin. North Am.* 1993; 22: 263–77.
- Cury, A. N.; Meira, V. T.; Monte, O.; Marone, M.:** Clinical experience with radioactive iodine in the treatment of childhood and adolescent Graves' disease. *Endocrine Connections.* 2012, 2 (1): 32–37. doi:10.1530/EC-12-0049. PMC 3680965. PMID 23781316.
- Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, et al:** Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Thyroid.* 2012, 22 (12): 1200–35. doi:10.1089/thy.2012.0205.
- Klubo-Gwiedzinska J, Wartofsky L.:** Thyroid emergencies. *Med. Clin. North Am.* 2012; 96: 385–403.
- Papi G, Corsello SM, Pontecorvi A.:** Clinical concepts on thyroid emergencies. *Front. Endocrinol. (Lausanne).* 2014; 5: 102.
- Vissenberg R, van den Boogaard E, van Wely M, et al:** Treatment of thyroid disorders before conception and in early pregnancy: a systematic review. *Human Reproduction Update (Review).* 2012, 18 (4): 360–73. doi:10.1093/humupd/dms007. PMID 22431565.



Ασθενείς με ανεπάρκεια του φλοιού των επινεφριδίων -ΦΕΑ

Επινεφρίδια (adrenal glands)

Δύο αδένες που βρίσκονται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, στον άνω πόλο του κάθε νεφρού.

Σε κάθε αδένα διακρίνεται ο φλοιός και η μυελώδης μοίρα.

Μυελώδης μοίρα: η μικρότερη σε όγκο, παράγει και εκκρίνει στην κυκλοφορία του αίματος τις **κατεχολαμίνες** (επινεφρίνη κατά 70-80% και νορεπινεφρίνη).

Ο φλοιός: αποτελείται από 3 στρώματα, καταλαμβάνει το μεγαλύτερο τμήμα των επινεφριδίων

Οι φλοιεπινεφριδικές ορμόνες είναι:

- **τα αλατοκορτικοειδή** (αλδοστερόνη, δεσόξυκορτικοστερόνη)
- **τα γλυκοκορτικοειδή** (υδροκορτιζόλη, κορτιζόλη)
- **τα ανδρογόνα**

Η σύνθεση και η έκκρισή τους βρίσκονται υπό τον έλεγχο του άξονα Υποθάλαμος- Υπόφυση- Επινεφρίδια - ΥΓΕ

Η ανεπάρκεια του φλοιού των επινεφριδίων και μείωση παραγωγής των ορμονών είναι:

Πρωτογενής (νόσος του Addison)

- Λόγω αυτοάνοσης ατροφίας του φλοιού
- Λόγω καταστροφής του από φυματίωση, ιστοπλάσμωση, σαρκοείδωση, αμυλοείδωση, όγκο

Δευτερογενής

- Λόγω επίδρασης της εξωγενούς χορήγησης κορτικοστεροειδών (κορτιζόνης) για αντιμετώπιση ποικίλων νοσημάτων
- Στην περίπτωση αυτή ο φλοιός δεν πάσχει αρχικά αλλά ατροφεί μετά από χρόνια λήψη κορτιζόνης

Η χρόνια λήψη κορτικοστεροειδών έχει και ανεπιθύμητες παρενέργειες

- Οστεοπόρωση
- Πεπτικό έλκος
- Ευαισθησία στις λοιμώξεις
- Απορρύθμιση ΣΔ
- Σύνδρομο Cushing
- Αναστολή της φλοιοεπινεφριδικής λειτουργίας

Κορτικοστεροειδή χορηγούνται χρονίως για την αντιμετώπιση πολλών διαφορετικών παθήσεων

Αλλεργικές καταστάσεις

(βρογχικό άσθμα, δερματίτιδες ρινίτιδες κλπ)

Οφθαλμολογικά νοσήματα

Νοσήματα του γαστρεντερικού (ελκώδης κολίτιδα)

Αιμοποιητικές διαταραχές

(αιμολυτικές αναιμίες, λευχαιμία, λέμφωμα)

Δερματικά νοσήματα (έκζεμα, πολύμορφο ερύθημα, ομαλός λειχήνας, συστηματικός ερυθρηματώδης λύκος)

Αρθρίτιδες (ρευματοειδής κ.α.)

Σαρκοείδωση

Συνήθη κορτικοστεροειδή φάρμακα

Διάρκεια δράσης	Φάρμακο
Βραχεία (8-12 ώρες)	Κορτιζόνη (Cortone [®]) Υδροκορτιζόνη (Solu-Cortef [®])
Μέση (18-36 ώρες)	Πρεδνιζολόνη (Prezolon [®]) Μεθυλο-πρεδνιζολόνη (Medrol [®]) Τριαμσινολόνη (Kenacort [®])
Μακρά (36-54 ώρες)	Δεξαμεθαζόνη (Decadron [®]) Βηταμεθαζόνη Παραμεθαζόνη

Διαγνωστικές εξετάσεις για ΦΕΑ

- **Με εξέταση αίματος:** επίπεδα κορτιζόλης, κορτικοτροπίνης-**ACTH**, αλδοστερόνης, νατρίου, καλίου
- **Με δοκιμασία διέγερσης του επινεφριδικού φλοιού με ACTH:** Μέτρηση των επιπέδων κορτιζόλης πριν και μετά την χορήγηση συνθετικής κορτικοτροπίνης (**ACTH**)
- **Η διάγνωση ΦΕΑ τίθεται όταν ανευρίσκονται:**
 - Χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης
 - Υψηλά επίπεδα κορτικοτροπίνης (**ACTH**)
 - Μη απάντηση στην δοκιμασία διέγερσης του φλοιού
 - Υπονατριαιμία
 - Υπερκαλιαιμία
 - Υπογλυκαιμία
- **Με απεικονιστικές εξετάσεις με CT κυρίως**

Ποιο είναι το πρόβλημα που αφορά τον οδοντίατρο

- Οι ασθενείς που λαμβάνουν χρονίως κορτιζόνη (και έχουν αναπτύξει εξ αυτού ΦΕΑ), σε κατάσταση stress, έχουν πιθανότητα να αναπτύξουν οξεία φλοιο-επινεφριδική κρίση, γιατί δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην αυξημένη ανάγκη για ορμόνη
- Σε φυσιολογικό άτομο το μέγιστο stress προκαλεί έκκριση 300mg υδροκορτιζόνης/24ωρο. Μετά την πάροδο του stress η έκκριση ομαλοποιείται στα 20mg/24ωρο

Ανεπάρκεια του φλοιού των επινεφριδίων -ΦΕΑ

- Ο βαθμός ΦΕΑ εξαρτάται από την χρονίως λαμβανόμενη δόση και τον χρόνο λήψης
- Ανάλογα με την προβλεπόμενη επιβάρυνση (stress) του πάσχοντα κατά την επέμβαση στο οδοντιατρείο, απαιτείται ενίσχυση ή όχι της κυκλοφορούσας κορτιζόνης με αύξηση της καθημερινά λαμβανόμενης δόσης (θεραπεία υποκατάστασης)

Οξεία φλοιο-επινεφριδική κρίση

- Επικίνδυνη κατάσταση που εξελίσσεται γρήγορα
- **Εικόνα:** διανοητική σύγχυση, αδυναμία και κόπωση, ναυτία και έμετος, σοβαρή υπόταση, πόνοι στην κοιλιά, λιποθυμία, κώμα, κάμψη καρδιαγγειακού συστήματος, θάνατος αν δεν αναταχθεί
(Λόγω έλλειψης γλυκοκορτικοειδών, μείωσης εξωκυττάριου υγρού, υπερκαλιαιμία)

Πρόληψη οξείας ΦΕ κρίσης

- Λήψη λεπτομερούς ιστορικού με πληροφορίες για **δοσολογία και διάρκεια θεραπείας**
- Σημαντικό είναι να διευκρινιστεί επίσης αν ο ασθενής **ελάμβανε αλλά διέκοψε** την λήψη κορτιζόνης και πόσο καιρό πριν έγινε αυτό
- Από τις πληροφορίες αυτές μπορεί να υπολογιστεί η απαιτούμενη θεραπεία υποκατάστασης (για τις οδοντιατρικές ανάγκες), σε συνεννόηση με τον θεράποντα παθολόγο

Οξεία φλοιο-επινεφριδική κρίση: αντιμετώπιση

- Με τα πρώτα συμπτώματα διακοπή εργασίας
- Έλεγχος πίεσης (χαμηλή), σφύξεων (αυξημένες)
- Χορήγηση οξυγόνου και σε απώλεια συνείδησης αρχικά αντιμετώπιση σαν απλή λιποθυμία
- Αν δεν ανταποκρίνεται και είναι πιθανή η ΟΦΕ κρίση, χορήγηση υδροκορτιζόνης iv ή im (για ταχεία δράση)
- Κλήση βοήθειας, έναρξη ΚΑΡΠΑ, μεταφορά σε νοσοκομείο

Σημεία προσοχής

- Πρωινά ραντεβού
- Έλεγχος – αποφυγή του stress
- Χρήση τοπικού αναισθητικού με μακρά διάρκεια δράσης
- Όχι χορήγηση ΜΣΑΦ μετεγχειρητικά γιατί σε συνδυασμό με αλκοόλ αυξάνουν την ελκογόνο δράση των κορτικοστεροειδών
- Προσοχή γιατί λόγω οστεοπόρωσης υπάρχει αυξημένη πιθανότητα κατάγματος

Ενδεικτική βιβλιογραφία

- **Gibson N, Ferguson JW: Steroid cover for dental patients on long-term steroid medication. Br Dent J 2004, 197(11): 681-5**
- **Jabbour SA: Steroids and the surgical patient. Med Clin North Am 2001, 85(5): 1311-7**