

## ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η περίοδος εγκυμοσύνης απαιτεί ειδική διαχείριση και εκτίμηση από τον οδοντίατρο, καθώς αποτελεί περίοδο ποικίλων μεταβολών στον οργανισμό της εγκύου. Η οδοντιατρική φροντίδα εγκύων είναι γενικά ασφαλής. Ωστόσο, πρέπει να λαμβάνονται επιπλέον μέτρα ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ακτινοβολίας, χορήγησης φαρμάκων ή ακόμα και επεμβατικών διαδικασιών, με σκοπό την αποφυγή αρνητικών επιδράσεων στην ανάπτυξη του εμβρύου αλλά και στην κυοφορούσα.

Μεταξύ των μεταβολών που προκαλούνται στη φυσιολογία της γυναίκας, οι σημαντικότερες αφορούν ενδοκρινικές αλλαγές που προκύπτουν από την αυξημένη παραγωγή μητρικών και πλακουντιακών ορμονών και από την τροποποιημένη δραστηριότητα των τελικών οργάνων στόχων των ανωτέρω ορμονών. Εντούτοις, επηρεάζονται και πολλά άλλα συστήματα, όπως το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό, το αιμοποιητικό, το ανοσοποιητικό και το γαστρεντερικό.

Στο καρδιαγγειακό σύστημα της εγκύου, παρατηρείται πτώση της αρτηριακής πίεσης στο πρώτο και κυρίως στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης, ενώ αυξάνεται πάλι στο τρίτο τρίμηνο. Όταν η έγκυος είναι σε ύπτια θέση, η πτώση της αρτηριακής πίεσης μπορεί να είναι σημαντική λόγω μειωμένης επαναφοράς του φλεβικού αίματος στον δεξιό κόλπο της καρδιάς, ως αποτέλεσμα της συμπίεσης της κάτω κοίλης φλέβας (σύνδρομο κάτω κοίλης φλέβας). Επιπλέον, η συμπίεση της κάτω κοίλης φλέβας από την κυοφορούσα μήτρα προκαλεί επακόλουθη φλεβική στάση και αύξηση του κινδύνου εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης. Επιπροσθέτως, τα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων διευρύνονται, με σκοπό την ταχύτερη κυκλοφορία του αίματος και την τροφοδοσία του εμβρύου και των ζωτικών οργάνων με περισσότερο οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες, ενώ από την ένατη εβδομάδα, η καρδιά αυξάνει κατά 40% την ποσότητα του αίματος που εξωθεί ανά λεπτό στη μήτρα, στον πλακούντα και στα ζωτικά όργανα. Οι μεταβολές αυτές οδηγούν σε αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της καρδιακής παροχής, καθώς και σε μείωση της κολλοειδωσμοτικής πίεσης του πλάσματος, προκαλώντας επακόλουθο οίδημα στα κάτω άκρα.

Στο αναπνευστικό σύστημα παρατηρείται αυξημένη ευθραυστότητα του βλεννογόνου των αεροφόρων οδών, με συνακόλουθο κίνδυνο οιδήματος. Η μεγεθυμένη μήτρα της εγκύου προκαλεί άνοδο του διαφράγματος κατά 4 cm και παράλληλα αυξάνει την εγκάρσια διάμετρο του θώρακα κατά 2 cm εμποδίζοντας την πλήρη έκπτυξη των πνευμόνων, ενώ σε ύπτια θέση ελαττώνεται η αρτηριακή πίεση οξυγόνου με επακόλουθο αυξημένο κίνδυνο υποξαιμίας. Ακόμα, η αύξηση της προγεστερόνης κατά την εγκυμοσύνη διεγείρει τα αναπνευστικά κέντρα στον εγκέφαλο, προκαλώντας υπεραερισμό και αίσθημα δύσπνοιας.

Στο αιμοποιητικό σύστημα συμβαίνουν επίσης μεταβολές, όπως αύξηση των παραγόντων πήξης I, VII, VIII, IX, X και ελάττωση της ενεργότητας του ινωδολυτικού μηχανισμού, αυξάνοντας τον κίνδυνο θρομβώσεων. Στις αιματολογικές διαταραχές της εγκυμοσύνης συμπεριλαμβάνονται επίσης η αύξηση του όγκου των ερυθρών

αιμοσφαιρίων, με επακόλουθη ελάττωση του αιματοκρίτη, και η λευκοκυττάρωση, αύξηση δηλαδή του αριθμού των πολυμορφοπύρηνων ουδετερόφιλων λευκοκυττάρων. Ωστόσο, στην εγκυμοσύνη καταγράφεται, μία ήπια ανοσοκαταστολή στην κυοφορούσα εξαιτίας ελαττωμένης χημειοταξίας των πολυμορφοπύρηνων ουδετερόφιλων, αλλά και λόγω ελαττωμένης ανοσιακής απάντησης και δραστηριότητας των κυττάρων φυσικών φονέων, ενώ παρατηρείται και μείωση των επιπέδων των ανοσοσφαιρινών IgG, IgA και IgM στον ορό.

Στο γαστρεντερικό, μειώνεται ο τόνος του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα με επακόλουθη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, ελαττώνεται η κινητικότητα του στομάχου και αυξάνεται η ενδογαστρική πίεση.

Σημαντική μεταβολή κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης παρατηρείται και στα επίπεδα σακχάρου στον ορό, μία κατάσταση που καλείται Διαβήτης Κύησης και εμφανίζεται στο 5-7% των εγκύων, συχνότερα την 24<sup>η</sup> με 28<sup>η</sup> βδομάδα.

Στις σημαντικότερες επιπλοκές της κύησης, εντάσσονται η προεκλαμψία και η εκλαμψία. Η προεκλαμψία είναι οξεία επιπλοκή και χαρακτηρίζεται από την αύξηση της αρτηριακής πίεσης της κυκλοφορίας, λευκωματουρία και εκδήλωση οιδημάτων. Μπορεί να εξελιχθεί σε εκλαμψία, που είναι πιο επικίνδυνη επιπλοκή και χαρακτηρίζεται επιπλέον των ανωτέρω σημείων και συμπτωμάτων, από εκδηλώσεις σπασμών και σε ορισμένες περιπτώσεις και από απώλεια συνείδησης.

Η ορθή οδοντιατρική διαχείριση μίας εγκύου ασθενούς, προϋποθέτει τη λήψη λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού, ενώ όλες οι προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις πρέπει να αναβάλλονται για τουλάχιστον 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Επιτρέπονται μόνο επείγουσες μικρές χειρουργικές επεμβάσεις με λήψη προφυλάξεων.

Η ιδανική **θέση της εγκύου στην οδοντιατρική έδρα** είναι με κλίση προς τα αριστερά, καθώς ανυψώνεται ο δεξιός γλουτός και το δεξιό ισχίο κατά 15 μοίρες περίπου. Είναι σημαντικό να αποφεύγεται η ύπτια θέση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε λιποθυμική κρίση (ύπτιο υποτασικό σύνδρομο, λόγω ελάττωσης της φλεβικής επανόδου στην καρδιά, ελάττωσης της καρδιακής παροχής, και ελάττωσης της μικροπλακούντιας κυκλοφορίας), καθώς και σε δυσπεψία (λόγω της ανεπάρκειας του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα και της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης) και σε εν τω βάθει φλεβικές θρομβώσεις (λόγω συμπίεσης της κάτω κοίλης φλέβας και της φλεβικής στάσης που προδιαθέτουν για σχηματισμό θρόμβου).

Οι **οδοντιατρικές ακτινογραφίες** είναι ένας από τους πιο αμφιλεγόμενους τομείς στη διαχείριση των εγκύων ασθενών. Έγκυες που χρειάζονται ακτινογραφίες έχουν πολύ συχνά άγχος για τις επιπτώσεις των ακτινογραφιών στο έμβρυο. Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις που αφορούν την ανάγκη λήψης οδοντιατρικής ακτινογραφίας, αυτοί οι φόβοι είναι αβάσιμοι, καθώς οι οδοντιατρικές ακτινογραφίες στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ασφαλείς, εφόσον τηρηθούν τα απαραίτητα μέτρα ακτινοπροστασίας. Σαν γενική αρχή, η ιονίζουσα ακτινοβολία θα πρέπει να αποφεύγεται, εάν είναι δυνατόν, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ειδικά κατά το

πρώτο τρίμηνο επειδή τα αναπτυσσόμενα έμβρυα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στην ακτινοβολία. Κατά την περίοδο της οργανογένεσης (από το τέλος της 2<sup>ης</sup> έως την 8η εβδομάδα μετά τη σύλληψη), αλλά και μεταξύ της 8<sup>ης</sup> και 15<sup>ης</sup> εβδομάδας κύησης τα έμβρυα είναι εξαιρετικά ευαίσθητα στην επίδραση της ιονίζουσας ακτινοβολίας και ιδιαίτερα το Κεντρικό Νευρικό τους Σύστημα (ΚΝΣ). Από την 16<sup>η</sup> έως την 25<sup>η</sup> εβδομάδα, μειώνεται η ευαισθησία του ΚΝΣ και πολλών άλλων οργάνων, ενώ μετά την 25<sup>η</sup> εβδομάδα, το ΚΝΣ γίνεται σχετικά ανθεκτικό στην επίδραση της ιονίζουσας ακτινοβολίας. Η American Academy of Pediatrics (AAP) και το American College of Obstetricians and Gynecologists έχουν δημοσιεύσει οδηγίες που αναφέρουν ότι **«δεν πρέπει να γίνονται διαγνωστικές ακτινολογικές εξετάσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εκτός και εάν οι πληροφορίες που πρέπει να ληφθούν από αυτές είναι απαραίτητες για τη φροντίδα της ασθενούς και δεν μπορούν να αποκτηθούν με άλλα μέσα»**. Σύμφωνα με το National Council for Radiation Protection (NCRP) εκθέσεις μικρότερες από 5 cGy κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο δυσπλασιών και δεν υπάρχει αύξηση σε σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες ή ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, ωστόσο η έκθεση του θυρεοειδή με διαγνωστική ακτινοβολία σε εγκύους άνω των 0,4 mGy (1 cGy = 10 mGy) έχει συσχετιστεί με ελαφρά μείωση του βάρους γέννησης. Οι ακτινογραφικές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται στην οδοντιατρική χρησιμοποιούν πολύ χαμηλές δόσεις ακτινοβολίας. Ενδεικτικά, η έκθεση που αντιστοιχεί στη λήψη μίας οπισθοφατνιακής ακτινογραφίας υπολογίζεται στα 5 μSv (1 cGy = 10.000 μSv). Ο οδοντίατρος πρέπει να κατανοήσει τους κινδύνους της ιονίζουσας ακτινοβολίας και να προχωρήσει στη λήψη τους μόνο σε περίπτωση που κριθούν αναγκαίες και να αποφεύγονται αυτές που μπορεί να αναβληθούν για μετά το τέλος της εγκυμοσύνης. Απαραίτητο είναι να τηρούνται όλα τα μέτρα ακτινοπροστασίας, όπως η χρήση μολύβδινης ποδιάς, κολάρου θυρεοειδή, η χρήση ψηφιακών συστημάτων και η προτίμηση ενδοστοματικών ακτινογραφιών (οπισθοφατνιακές) έναντι εξωστοματικών ακτινογραφιών. Σε κάθε περίπτωση η λήψη ακτινογραφιών πρέπει να γίνεται σε συνεννόηση με το γυναικολόγο.

Όσον αφορά τις **οδοντιατρικές εργασίες**, το **1ο τρίμηνο της κύησης** είναι ακατάλληλο για παρεμβάσεις, καθώς σε αυτό πραγματοποιείται η οργανογένεση και συμβαίνουν οι περισσότερες αυτόματες αποβολές. Στο **2ο τρίμηνο** έχει ολοκληρωθεί πλέον η οργανογένεση και μειώνεται σημαντικά η επικινδυνότητα για πρόκληση βλάβης στο έμβρυο ή και στην εγκυμονούσα. Συνεπώς, μπορούν να πραγματοποιηθούν μικρές παρεμβάσεις με ήπιους χειρισμούς, όπου κρίνεται ότι το πρόβλημα μπορεί να επιδεινωθεί. Τέλος, στο **3ο τρίμηνο** δεν υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για το έμβρυο, αλλά η έγκυος μπορεί να αντιμετωπίζει δυσκολίες. Αν κριθεί αναγκαία κάποια θεραπευτική παρέμβαση προτιμάται να γίνει στην αρχή του 3ου τριμήνου με μικρής διάρκειας συνεδρίες. Οι προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις πρέπει να αναβάλλονται για τουλάχιστον 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό.

Όσον αφορά τα **φάρμακα** που μπορούν να χορηγηθούν στην εγκυμοσύνη, αυτά κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με την FDA (Food and Drug Administration) σε πέντε κατηγορίες:

- Κατηγορία A: το φάρμακο μπορεί να χορηγηθεί με ασφάλεια, όπως διαπιστώθηκε από μελέτες σε ανθρώπινο δείγμα.
- Κατηγορία B: η χορήγηση σε ανθρώπους είναι μάλλον ασφαλής, συμπέρασμα που εξάγεται από έρευνες σε πειραματόζωα.
- Κατηγορία C: είναι αβέβαιο αν η χορήγηση σε ανθρώπους είναι ασφαλής, αφού μελέτες σε πειραματόζωα δείχνουν την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών.
- Κατηγορία D: υπάρχει σαφής κίνδυνος, αλλά η χορήγηση του φαρμάκου σε ορισμένες κλινικές περιστάσεις μπορεί να δικαιολογείται.
- Κατηγορία X: η χορήγηση του φαρμάκου είναι εξαιρετικά επικίνδυνη και η χρήση του δε δικαιολογείται έναντι οποιουδήποτε οφέλους.

Ορισμένα αναλγητικά όπως η παρακεταμόλη και αντιβιοτικά όπως η αμοξικιλίνη, εμπίπτουν στην κατηγορία B και μπορούν επομένως να χορηγηθούν με σχετική ασφάλεια. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στην αποφυγή λήψης τετρακυκλίνης, η οποία ενοχοποιείται για πρόκληση ηπατικών βλαβών στην κυοφορούσα και για οδοντικές δυσπλασίες και δυσχρωμίες στα παιδιά. Σε κάθε περίπτωση, η συνεννόηση με το γυναικολόγο πρέπει να προηγείται της χορήγησης οποιουδήποτε φαρμάκου.

Η χρήση τοπικών **αναισθητικών** σε εγκύους είναι αποδεκτή. Προσοχή απαιτείται στις στελεχιαίες αναισθησίες για αποφυγή ενδαγγειακής έγχυσης, όπου το αγγειοσυσπαστικό (επινεφρίνη) ενδεχομένως να προκαλέσει αγγειοσύσπαση στη μητροπλακούντια κυκλοφορία με επακόλουθη υποξία του εμβρύου. Η χρήση πρωτοξειδίου του αζώτου είναι αποδεκτή σε εγκύους, αρκεί η συγκέντρωση στο εισπνεόμενο αέριο μείγμα να είναι μικρότερη από 50%.

Οι **γναθοπροσωπικές λοιμώξεις** θα πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα και όσο πιο συντηρητικά γίνεται. Οι έγκυες ασθενείς είναι περισσότερο ευπαθείς στις λοιμώξεις, καθώς οι ορμονικές μεταβολές κατά την κύηση καθιστούν τις βλεννογόνιες επιφάνειες περισσότερο εύθραυστες, με επακόλουθο τη χρόνια φλεγμονή των ούλων, ενώ συνυπάρχει και ήπια ανοσοκαταστολή. Ήπιες φλεγμονές αντιμετωπίζονται με σχάση και παροχέτευση υπό τοπική αναισθησία και αντιβιοτική κάλυψη και χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, πάντα σε συνεννόηση με το γυναικολόγο.