

4

Ηλικία και φύλο

ΠΑΙΔΙΑ – ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ως παιδιά ορίζονται οι άνθρωποι που δεν υπερβαίνουν το 16ο έτος της ηλικίας τους.

Πρόωρα βρέφη

Αν η χρονική πορεία της κύησης ενός βρέφους είναι μικρότερη από 37 εβδομάδες, τότε αυτό χαρακτηρίζεται ως πρόωρο. Τα νεογένητα που κυοφορούνται για χρονικό διάστημα από 37 έως 42 εβδομάδες θεωρείται ότι έχουν πλήρη κύηση. Τέλος, τα νεογένητα που έχουν ξεπεράσει τις 42 εβδομάδες κύησης χαρακτηρίζονται ως «νεογνά σε παρατεταμένη κύηση». Τα νεογένητα που έχουν γεννηθεί πρόωρα εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων. Σε ποσοστό πάνω από το 10% των πρόωρων γεννήσεων, τα νεογένητα εμφανίζουν χαμηλό βάρος (<2.500 g). Το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση μπορεί να προκληθεί από επιβράδυνση της ενδομήτριας ανάπτυξης: μπορεί να προκύψουν νεογνά με χαμηλό δείκτη νοημοσύνης και μικρότερο ανάστημα. Επιπρόσθετα, τα πρόωρα νεογένητα έχουν δυσκολία στο να μπορούν να διατηρούν τη θερμοκρασία του σώματος σταθερή, καθώς και την αιμόσταση, με συνέπεια αυτό να έχει αρκετές επιπτώσεις στην υγεία τους. Πάνω από τα μισά πρόωρα νεογνά, μακροπρόθεσμα, θα εμφανίσουν χαμηλό δείκτη νοημοσύνης, διαταραχές συμπεριφοράς, προβλήματα συντονισμού των κινήσεων, προβλήματα του αναπνευστικού, όπως και δυσκολίες στη λήψη της τροφής. Τα αίτια του πρόωρου τοκετού είναι άγνωστα στο 40% των περιπτώσεων. Τα πιο γνωστά αίτια είναι: 1. οι πολλαπλές (προηγηθείσες) κυήσεις, 2. η λοίμωξη, 3. το κάπνισμα, 4. η προεκλαμψία, 5. η σοβαρή αναιμία, 6. η καρδιακή και 7. η νεφρική ανεπάρκεια. Η περιοδοντική νόσος της μητέρας έχει προταθεί ως ένας παράγοντας κινδύνου για τη εμφάνιση πρόωρου τοκετού.

Νεογνά

Ως νεογνό ορίζεται το βρέφος μέχρι να συμπληρώσει τον πρώτο μήνα της ζωής του.

Αυτή τη χρονική περίοδο, οι περισσότερες συγγενείς διαμαρτίες (π.χ. συγγενείς καρ-

διακές παθήσεις) μπορούν να ανιχνευθούν. Μπορεί επίσης να εμφανιστούν οι επιπτώσεις μιας συγγενούς λοίμωξης (π.χ. σύνδρομο TORCH – συμπτώματα από τοξοπλάσμωση, ερυθρά, λοίμωξη από ιούς όπως του κυτταρομεγαλοϊού ή του έρπητα).

Η ανωριμότητα του ανοσολογικού συστήματος, επίσης, προδιαθέτει θετικά για την εμφάνιση καντιντίασης, αλλά και στοματικών λοιμώξεων, που ενδέχεται να μεταδοθούν στο νεογνό από τους γονείς, τους φροντιστές ή το περιβάλλον. Ακόμη και η χρήση γλωσσοπίεστρου μπορεί να είναι αιτία λοίμωξης στη στοματική κοιλότητα.

Όσον αφορά το νεογνό, αυτή η χρονική περίοδος αποτελεί ένα διάστημα έντονης ανάπτυξης και εξέλιξης. Η ανάπτυξη του κρανιακού συμπλέγματος, καθώς και του προσωπικού κρανίου των γνάθων και των οδοντικών σπερμάτων μπορούν να επηρεαστούν από τη θεραπεία ανοσοκαταστολής, αλλά και από πιθανές ακτινοθεραπείες και χημειοθεραπείες, οδηγώντας σε ελάττωση του ρυθμού ανάπτυξης.

Βρέφη

Ο πρώτος χρόνος της ζωής ενός παιδιού ονομάζεται βρεφική ηλικία.

Παιδί άνω του ενός έτους (προσχολική περίοδος)

Τα παιδιά της ηλικιακής αυτής ομάδας προσπαθούν διαρκώς να ανεξαρτητοποιηθούν, υιοθετώντας απειθαρχη συμπεριφορά. Προκαλούν συνεπώς στους συνοδούς τους ανησυχίες, σχετικά με την ασφάλειά τους. Η συμπεριφορά αυτή μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμό της περιοχής του κρανιακού συμπλέγματος, είτε από ατύχημα, είτε από κακοποίηση.

Παιδί ηλικίας 5-12 χρόνων (σχολική περίοδος)

Η διάρκεια συγκέντρωσης της προσοχής αυξάνεται από δεκαπέντε λεπτά, σε ένα πεντάχρονο παιδί, σε μια ώρα, όταν το παιδί γίνει δέκα χρονών. Στην ηλικία των δέκα ετών το παιδί μπορεί να ακολουθήσει πέντε εντολές στη σειρά. Διαταραχή του χρόνου (ελάττωση) συγκέντρωσης της προσοχής μπορεί να είναι ένδειξη για διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (Attention Deficit Hyperactivity Syndrome – ADHS).

Ήβη

Η ήβη ορίζεται ως η χρονική περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας παρατηρούνται (κυρίως) σωματικές αλλά και ψυχολογικές αλλαγές ωρίμανσης και μετάβασης του ατόμου σε ενήλικη κατάσταση, κατάλληλη για αναπαραγωγή. Εκδηλώνεται με την ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου, και ξεκινάει κατά τη χρονική περίοδο μεταξύ 9 και 16 ετών, αλλά εμφανίζοντας διαφορές από παιδί σε παιδί. Κατά μέσο όρο

τα κορίτσια μπαίνουν στην εφηβεία 2 χρόνια νωρίτερα από τα αγόρια.

Ο υποθάλαμος και η υπόφυση παράγουν σε μεγαλύτερο βαθμό ορμόνες, αυξάνοντας τον σωματικό ρυθμό ανάπτυξης, καθώς και την ωρίμανση. Παρατηρείται αύξηση του ύψους και του βάρους, καθώς και των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου, οδηγώντας σε αύξηση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος. Το ενδιαφέρον για τη στοματική υγεία αυξάνεται κατά την περίοδο της εφηβείας.

Εφηβεία

Εφηβεία είναι οι ([ΣΤΜ.] κυρίως ψυχολογικές και κοινωνικές) μεταβολές που οδηγούν στη μετάβαση του παιδιού σε ενήλικα. Η σεξουαλική ωρίμανση του νεαρού ασθενή οδηγεί σε συναισθηματικές και συμπεριφορικές αλλαγές, που επηρεάζουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις του.

Παράγοντες κινδύνου σε αυτή την ηλικία αποτελούν:

- Τραυματισμοί από ατυχήματα (κύριος λόγος θανάτου 70%): αυτοκινητιστικά δυστυχήματα, πνιγμός ή δηλητηρίαση (λόγω χρήσης ναρκωτικών ουσιών ή/και οινοπνευματωδών ποτών).
- Οι επιθέσεις (συμπλοκές μεταξύ συμμοριών).
- Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.
- Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Το στρες, η κατάθλιψη, οι διατροφικές διαταραχές.
- Η κατάχρηση ουσιών.
- Οι αυτοκτονίες (ο τρίτος κυριότερος λόγος θανάτου).
- Οι δολοφονίες, οι οποίες συνδέονται συχνά με συμμετοχή σε συμμορίες (η δεύτερη στη κατάταξη αιτία θανάτου).

Βασική οδοντιατρική διαχείριση

Για την οδοντιατρική περίθαλψη των παιδιών και των εφήβων υπάρχουν εκτενείς αναφορές σε συγγράμματα παιδοδοντιατρικής. Παρακάτω αναφέρονται επιλεκτικά κάποια σημεία ιδιαίτερου ενδιαφέροντος, που πρέπει να γνωρίζει ο κλινικός οδοντίατρος.

Τα πρόωρα βρέφη μπορεί να εμφανίσουν υποπλασία αδαμαντίνης, η οποία ενδέχεται να προέρχεται: 1. από τραυματισμό κατά τη γέννηση, 2. από λοιμώξεις, καθώς και 3. από μεταβολικές ή διατροφικές διαταραχές.

Οι διαταραχές στην ανάπτυξη του κρανιακού συμπλέγματος και της οδοντογένεσης στην παιδική ηλικία μπορεί να οφείλονται σε ποικίλους αιτιολογικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων: 1. της ακτινοθεραπείας, 2. της χημειοθεραπείας, 3. των φαρμάκων, 4. των λοιμώξεων και 5. των τοξινών.

Σημαντικά θέματα που αφορούν άτομα αυτής της ηλικίας είναι η λήψη έγγραφης συγκατάθεσης από τους γονείς για περιστατικά τραυματισμού, αποκατάστασης τερηδονικών βλαβών και δυσπλασιών, καθώς για θέματα που σχετίζονται με την καταστολή και τη γενική αναισθησία. Η συναίνεση είναι αρκετά δύσκολο να διασφαλιστεί από ασθενείς παιδικής και εφηβικής ηλικίας, λόγω της ελλιπούς κατανόησης. Μερικές φορές είναι εφικτό να αποσπαστεί η συναίνεση του ασθενή, όταν ο ασθενής είναι κάτω από 16 χρονών (επάρκεια Gillick) ([ΣΤΜ.] Βρετανικό Ιατρονομικό πλαίσιο για την ικανότητα των εφήβων να αποφασίζουν οι ίδιοι για τη θεραπεία τους).

Τα παιδιά, επίσης, μπορεί να εμφανίσουν αλλαγές στη συμπεριφορά τους κατά τη διαδικασία ολοκλήρωσης της οδοντιατρικής θεραπείας. Οι αλλαγές σχετίζονται, κυρίως, με την αναλγησία και την τοπική αναισθησία, κάνοντας τη διαδικασία χορήγησης δύσκολη έως και αδύνατη.

Πρέπει να αναφερθεί επιπροσθέτως πως τα φάρμακα που χορηγούνται, πρέπει να συνταγογραφούνται σε χαμηλότερες δοσολογίες. Επίσης, τα μη φαρμακευτικά σκευάσματα που παρέχονται καλό είναι να μην περιέχουν ζάχαρη. Η χορήγηση μερικών φαρμάκων αντενδείκνυται σε παιδιά, καθώς μπορεί να εμφανίσουν ασυνήθιστες αντιδράσεις (π.χ. χορήγηση διαζεπάμης και χρήση ενδοφλέβιων αναισθητικών).

Ιδιαίτερα σημαντικά είναι επιπλέον η οδοντιατρική πρόληψη και η καθοδήγηση της διαίτας. Η στοματική υγιεινή μπορεί να αποτυγχάνει σε περιπτώσεις που ο έφηβος ξε-



Εικόνα 4.1 Μώλωπες του προσώπου που προκλήθηκαν από ατύχημα.



Εικόνα 4.2 Σοβαρή κυτταρίτιδα του προσώπου, 24 ώρες μετεγχειρητικά.

φεύγει από την καθοδήγηση των γονέων του και στρέφεται σε διατροφή πλούσια σε υδατάνθρακες.



Εικόνα 4.3 Εκδορές στο πρόσωπο.



Εικόνα 4.4 Παιδί με κάταγμα της άνω γνάθου, Le Fort II.



Εικόνα 4.5 Εκδορές και εκχυμώσεις στη δεξιά πλευρά του προσώπου.

Τα παιδιά όλων των ηλικιών εξαρτώνται από τους γονείς τους για παροχή σωστής καθοδήγησης, προστασίας από κινδύνους και για να μένουν πειθαρχημένα. Τα ατυχήματα είναι ένας σημαντικός λόγος αύξησης της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Τα παιδιά εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμπλοκής σε ατυχήματα. Αιτιολογικοί παράγοντες είναι η ανάγκη τους για εντατική σωματική άσκηση, αλλά και η επιθυμία τους για αποδοχή από τους συνομήλικους και για αυξημένη περιπετειώδη συμπεριφορά.

Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η συχνή παρουσία τραυμάτων στην περιοχή του προσωπικού κρανίου. Τα παιδιά θα πρέπει να διδάσκονται να συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες σε κατάλληλες, οργανωμένες και επιβλεπόμενες περιοχές. Αυτοί οι χώροι είναι αναγκαίο να διαθέτουν τον αντίστοιχο εξοπλισμό ασφαλείας, ακολουθώντας τους ανάλογους κανόνες. Ακόμα, πρέπει να ακολουθούνται οι οδηγίες ασφαλείας στις αθλητικές δραστηριότητες επαφής, στα σπορ στο νερό, στη χρήση αναπτήρων, σπρίττων, φωτιάς και στο μαγείρεμα.

Όταν επιβαίνουν σε ιδιωτικό όχημα, καλό είναι να φοράνε τις ζώνες ασφαλείας για την αποφυγή ατυχήματος. Τα παιδιά, τέλος, μπορεί να έχουν πέσει θύμα κακοποίησης.

(ΣΤΜ.) Η κακοποίηση θα πρέπει να εντοπίζεται και να αναφέρεται. Το οδοντοφατνικό τραύμα είναι στην παιδική και την εφηβική ηλικία συχνό, για τους λόγους που αναφέρονται παραπάνω. Ο Οδοντίατρος θα πρέπει να είναι σε θέση αρχικά να διαγνώσει την έκταση και τη βαρύτητα του τραύματος. Η αντιμετώπισή του στη συνέχεια μπορεί να γίνει στο ιατρείο (κατάγματα ριζών, εκγομφώσεις, οδοντική ακινητοποίηση) ή, όταν ο νέος ασθενής δεν συνεργάζεται και υπάρχουν συνοδές κακώσεις, να παραπέμπεται κατάλληλα.

ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ

Βασική οδοντιατρική διαχείριση

Το πλαίσιο 4.1 δείχνει τις πιο συχνές παθήσεις για τους άνδρες.

Πλαίσιο 4.1 Προβλήματα υγείας που διαγιγνώσκονται πιο συχνά στον ανδρικό πληθυσμό

- Αλκοολισμός
- Βαλανίτιδα
- Πέτρες της ουροδόχου κύστης
- Καρκίνος
 - Ουροδόχου κύστης
 - Προστάτη
 - Όρχεων
- Κατάχρηση ουσιών και εθισμός
- Υδροκήλη και κισσοκήλη
- Ορχίτιδα και επιδιδυμίτιδα
- Ασθένεια Peyronie
- Φίμωση και παραφίμωση
- Προστάτης – προστατίτιδα – καλοήθης υπερπλασία του προστάτη
- Ροχαλητό και αποφρακτική υπνική άπνοια
- Στρέψη του όρχεως
- Τριχοφυτία
- Τραύμα

Υπάρχουν μερικές ασθένειες οι οποίες αφορούν μόνο τον ανδρικό πληθυσμό. Παρατηρούνται, επίσης, κάποιες φυλετικές διαφορές, όσον αφορά την παθολογία μερικών ασθενειών. Γενικότερα οι άνδρες δείχνουν μικρότερο ενδιαφέρον για τη διατήρηση της υγείας τους, σε σχέση με τον γυναικείο πληθυσμό. Επιπρόσθετα, δεν είναι διατεθειμένοι να αλλάξουν συνήθειες, ώστε να βελτιώσουν τον τρόπο ζωής τους (π.χ. αλκοόλ ή την κατάχρηση ουσιών). Διάφοροι όγκοι μπορεί να δώσουν μεταστάσεις στην περιοχή των γνάθων και του στόματος. Τέλος οι αντινεοπλασματικές θεραπείες μπορεί να προκαλέσουν βλεννογονίτιδα (βλ. και κεφ. 9).

(ΣΤΜ.) Οι ειδικές αντινεοπλασματικές θεραπείες, οι οποίες στοχεύουν στον έλεγχο των οστικών μεταστάσεων νεοπλασμάτων που σχετίζονται με το φύλο (τόσο σε άνδρες, όσο και σε γυναίκες), ενδιαφέρουν ιδιαίτερα τον Οδοντίατρο γιατί προκαλούν φαρμακευτική οστεονέκρωση των γνάθων (MRONJ – Medication Related Osteonecrosis of Jaw). Ορμονοθεραπείες, που χρησιμοποιούνται για τον ίδιο λόγο, έχουν επίσης ενοχοποιηθεί (αν και σε μικρότερο βαθμό) για διαταραχή του οστικού μεταβολισμού στις γνάθους. Οι διαταραχές αυτές (οστεονεκρώσεις) συζητούνται σε άλλο κεφάλαιο.

Καρκίνος της ουροδόχου κύστης

Ορισμός

Είναι ο τέταρτος σε σειρά συχνότητας καρκίνος στον ανδρικό πληθυσμό: 90% αποτελείται από μεταβατικά επιθηλιακά κύτταρα και 8% από πλακώδη κύτταρα.

Αιτιοπαθογένεια

Καρκίνος με αυξητική τάση στη συχνότητα. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν:

- Την αυξημένη ηλικία.
- Το φύλο (άνδρες 2-3 φορές συχνότερα από τις γυναίκες).
- Το οικογενειακό ιστορικό θετικό στο συγκεκριμένο νεόπλασμα.
- Τη φυλή (οι Καυκάσιοι εμφανίζουν διπλάσια ποσοστά σε σχέση με τους Αφρικανούς. Σε χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης κυμαίνονται οι ασιατικοί πληθυσμοί).
- Τη χρήση καρκινογόνων ουσιών που συγκεντρώνονται στην κύστη από: 1. το κάπνισμα (αυξάνει το ρίσκο 2-3 φορές), 2. το επάγγελμα (π.χ. εργάτες σε καουτσούκ, χημικά, δέρματα, μέταλλα, χρώματα, υφαντουργία, βιομηχανία, κομμωτική, μηχανικοί, ζωγράφοι ή οδηγοί φορτηγών), 3. την κυκλοφωσφαμίδη, 4. το αρσενικό.
- Τη λοίμωξη – ιδιαίτερα τη σχιστοσωμίαση.

Κλινική εικόνα και ταξινόμηση

Το συχνότερο σύμπτωμα είναι η ανώδυνη αιματουρία και η δυσουρία, ή η πολουρία, ή/και η απόφραξη της ουροφόρου οδού, συμπτώματα επίσης συχνά στην υπερτροφία του προστάτη.

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης μπορεί να κάνει μετάσταση στα γειτονικά όργανα, όπως στον προστάτη (ή στον κόλλο και τη μήτρα), στους επιχώριους λεμφαδένες, στον πνεύμονα, στο συκώτι ή στα οστά ([ΣΤΜ.] και στα οστά των γνάθων).

Διάγνωση

Κύτταρα με κακοήθεια μπορεί να βρεθούν στα ούρα, με κυτταρολογική εξέταση. Στην ενδοφλέβια πυελογραφία μπορεί να εμφανιστεί έλλειμμα πλήρωσης. Την τελική διάγνωση, πάντως, τη δίνει η κυστεοσκόπηση και η βιοψία.

Θεραπευτική αγωγή

Η χειρουργική αφαίρεση της βλάβης είναι η πιο γνωστή θεραπευτική αντιμετώπιση. Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις, περιλαμβάνουν: 1. τη διουρηθρική εκτομή, για καρκίνο στα αρχικά του στάδια, 2. την τμηματική κυστεκτομή σε περίπτωση που το νεόπλασμα εμφανίζει εντοπισμένα όρια, και 3. τη ριζική κυστεκτομή σε προχωρημένη ασθένεια. Επιπρόσθετα, μπορεί να γίνει ακτινοθεραπεία, ενδοκυστική χημειοθεραπεία ή ανοσοθεραπεία.

Καρκίνος του προστάτη

Ορισμός

Το 90% των περιπτώσεων είναι κυψελοκυτταρικά αδενοκαρκινώματα.

Αιτιοπαθογένεια

Η καλοήγησ υπερτροφία του προστάτη δεν θεωρείται ότι αυξάνει τις πιθανότητες για την εμφάνιση του αντίστοιχου καρκίνου. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν:

- Την ηλικία (κυρίως >55 ετών).
- Τους διατροφικούς παράγοντες (το ζωικό λίπος μπορεί να αυξήσει το ρίσκο εμφάνισης, αντιθέτως τα φρούτα και τα λαχανικά μπορεί να μειώσουν το ποσοστό εμφάνισης της πάθησης).
- Την εθνότητα (πιο συχνή είναι η εμφάνισή του στην αφρικανική φυλή).
- Την ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού με καρκίνο του προστάτη.

Κλινική εικόνα

Οι περισσότεροι καρκίνοι του προστάτη εμφανίζουν μικρό ρυθμό ανάπτυξης στα αρχικά τους στάδια. Είναι αρκετά πιθανό να μην εμφανίσουν καμία άλλη συμπτωματολογία σε αυτό το πρώιμο στάδιο. Σε προχωρημένες περιπτώσεις της νόσου, εμφανίζονται συμπτώματα που μιμούνται την καλοήγησ υπερπλασία του προστάτη ή λοίμωξη, τα οποία μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Αίμα στα ούρα και στο σπέρμα.
- Στυτική δυσλειτουργία, επίπονη εκσπερμάτιση.
- Δυσκολία κατά την έναρξη της ούρησης ή κατά την παύση/διακοπή της.
- Πόνο ή ακαμψία στο κάτω μέρος της πλάτης, στους γοφούς ή στους μηρούς.
- Αδυναμία ούρησης: αδύναμη ή διακοπτόμενη ροή ούρων.
- Πόνος ή καυσαλγία κατά την ούρηση.
- Συχνή ούρηση, ειδικά κατά τη διάρκεια της νύχτας (νυκτουρία).