



International Association
of Dental Traumatology

Κατευθυντήριες οδηγίες Διεθνούς Ένωσης Οδοντικού Τραύματος για την διαχείριση των οδοντικών τραυματισμών: 3. Τραυματισμοί στη νεογιλή οδοντοφυΐα.

Peter Day¹ | Marie Therese Flores² | Anne C O'Connell³ | Paul Abbott⁴ | Georgios Tsilingaridis^{5,6} | Ashraf F. Fouad⁷ | Nestor Cohenca⁸ | Eva Lauridsen⁹ | Cecilia Bourguignon¹⁰ | Lamar Hicks¹⁵ | Jens Ove Andreasen¹² | Zafer C Cehreli¹³ | Stephen Harlamb¹⁴ | Bill Kahler¹⁵ | Adeleke Oginni¹⁶ | Marc Semper¹⁷ | Liran Levin¹⁸

¹School of Dentistry, University of Leeds and Community Dental Service Bradford District Care NHS Trust, Leeds, UK

²Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

³Paediatric Dentistry, Dublin Dental University Hospital, Trinity College Dublin, The University of Dublin, Dublin, Ireland

⁴UWA Dental School, University of Western Australia, Nedlands, WA, Australia

⁵Division of Orthodontics and Pediatric Dentistry, Department of Dental Medicine, Karolinska Institutet, Huddinge, Sweden

⁶Center for Pediatric Oral Health Research, Stockholm, Sweden

⁷Adams School of Dentistry, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, USA

⁸Department of Pediatric Dentistry, University of Washington and Seattle Children's Hospital, Seattle, WA, USA

⁹Resource Center for Rare Oral Diseases, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark

¹⁰Specialist Private Practice, Paris, France

¹¹Division of Endodontics, University of Maryland School of Dentistry, UMB, Baltimore, MD, USA

¹²Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Resource Centre for Rare Oral Diseases, University Hospital in Copenhagen (Rigshospitalet), Copenhagen, Denmark

¹³Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Hacettepe University, Ankara, Turkey

¹⁴Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney, Sydney, NSW, Australia

¹⁵School of Dentistry, The University of Queensland, St Lucia, Qld, Australia

¹⁶Faculty of Dentistry, College of Health Sciences, Obafemi Awolowo University, Ile-Ife, Nigeria

¹⁷Specialist Private Practice, Bremen, Germany

¹⁸Faculty of Medicine and Dentistry, University of Alberta, Edmonton, AB, Canada

Διεύθυνση αλληλογραφίας

Liran Levin, Chair of the IADT Guidelines Committee, Faculty of Medicine & Dentistry, University of Alberta, 5-468 Edmonton Clinic Health Academy, 11405 - 87 Avenue NW, 5th Floor, Edmonton, AB T6G 1C9, Canada.

Email: liran@ualberta.ca

Greek Translation

Nestor Tzimpoulas, DDS, PGDiploma Endodontics, Fellow of the IADT

Περίληψη

Οι οδοντικοί τραυματισμοί (ΟΤ) στη νεογιλή οδοντοφυΐα παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα και συχνά απαιτούν πολύ διαφορετική αντιμετώπιση συγκριτικά με την μόνιμη οδοντοφυΐα. Η IADT ανέπτυξε αυτές τις οδηγίες ως μία δήλωση ομοφωνίας μετά από μια ολοκληρωμένη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και των συζητήσεων ειδικής ομάδας εργασίας. Στην ομάδα εργασίας συμπεριλαμβάνονται έμπειροι ερευνητές, κλινικοί από διάφορες ειδικότητες και γενικοί οδοντίατροι. Σε περιπτώσεις που τα δημοσιευμένα ευρήματα δεν ήταν αντικειμενικά εμπεριστατωμένα οι συστάσεις βασίστηκαν σε απόψεις ομοφωνίας της ομάδας εργασίας. Στη συνέχεια εξετάστηκαν και εγκρίθηκαν από τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου της IADT. Ο πρωταρχικός στόχος αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών είναι να παρέχει στους κλινικούς τις απαραίτητες πληροφορίες για την άμεση και επείγουσα αντιμετώπιση των ΟΤ στη νεογιλή οδοντοφυΐα οι οποίες βασίζονται στα καλύτερα επιστημονικά δεδομένα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και τις γνώμες των ειδικών. Η IADT δεν εγγυάται και δεν μπορεί να εγγυηθεί ευνοϊκά αποτελέσματα από την τήρηση των οδηγιών. Ωστόσο η IADT πιστεύει ότι η εφαρμογή τους μπορεί να μεγιστοποιήσει την πιθανότητα ευνοϊκών αποτελεσμάτων.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Εγκόμφωση, μετακίνηση, πρόληψη, κάταγμα δοντιού, τραύμα

Αυτό είναι ένα άρθρο ανοιχτής πρόσβασης υπό τους όρους της άδειας Creative Commons Attribution-Non Commercial-NoDerivs License, το οποίο επιτρέπει τη χρήση και τη διανομή σε οποιοδήποτε μέσο, υπό την προϋπόθεση ότι το πρωτότυπο έργο αναφέρεται σωστά, η χρήση είναι μη εμπορική και δεν γίνονται τροποποιήσεις ή προσαρμογές.

1 | ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι τραυματισμοί στα παιδιά θεωρούνται μια από τις βασικές απειλές για την υγεία τους και συνήθως δεν δίνεται η απαραίτητη προσοχή από το σύστημα δημόσιας υγείας.¹ Για παιδιά ηλικίας 0-6, οι οδοντικοί τραυματισμοί (ΟΤ) υπολογίζονται στο 18% όλων των τραυματισμών του σώματος και το στόμα είναι η δεύτερη συνηθέστερη περιοχή που προσβάλλεται.² Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι ο παγκόσμιος επιπολασμός ΟΤ των νεογλών δοντιών ανέρχεται στο 22.7%.³ Επίσης επαναλαμβανόμενοι οδοντικοί τραυματισμοί παρατηρούνται πολύ συχνά στα παιδιά.⁴

Αθλήτες πτώσεις, συγκρούσεις και δραστηριότητες αναψυχής είναι οι συνηθέστερες αιτίες ΟΤ ειδικά όταν τα παιδιά μαθαίνουν να μπουσουλάνε, περπατάνε, τρέχουν και αρχίζουν να προσαρμόζονται στο φυσικό τους περιβάλλον.⁵ Συχνότερα συμβαίνουν σε ηλικίες μεταξύ 2-6 ετών^{4,7} με τους τραυματισμούς των περιοδοντικών ιστών να είναι οι πιο συχνοί.^{6,8} Τα παιδιά που παρουσιάζουν τέτοιου είδους τραυματισμούς επισκέπτονται συχνά διάφορους υγειονομικούς φορείς όπως είναι ο γενικός οδοντίατρος, οδοντιατρικά κέντρα με εξειδικευμένους οδοντιάτρους, το τμήμα επειγόντων περιστατικών σε νοσοκομεία και τα φαρμακεία. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό κάθε επιστήμονας/ υγειονομικός φορέας να έχει τις απαραίτητες γνώσεις, ικανότητες και εκπαίδευση για τη σωστή διαχείριση ΟΤ σε παιδιά με νεογιλά δόντια.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν τη νεογιλή οδοντοφυΐα, περιλαμβάνουν συστάσεις για τη σωστή διάγνωση και διαχείριση ΟΤ νεογλών δοντιών, προϋποθέτοντας ότι η γενική υγεία του παιδιού είναι καλή και η οδοντοφυΐα του είναι σε καλή κατάσταση απουσία τερηδόνας. Οι στρατηγικές διαχείρισης μπορούν να αλλάξουν όταν πολλαπλά δόντια τραυματίζονται. Πολλές επιστημονικές έρευνες έχουν συμβάλει για το περιεχόμενο αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών και οι θεραπείες και οι μελέτες που τις υποστηρίζουν δεν αναφέρονται σε κάποιο άλλο σημείο εντός των οδηγιών αυτών.⁹⁻¹⁵

1.1 | Αρχική παρουσίαση και ελαχιστοποίηση του άγχους του παιδιού και του γονέα

Η διαχείριση των ΟΤ σε παιδιά είναι αγχωτική τόσο για το παιδί όσο και για τον γονέα. Μπορεί επίσης να είναι δύσκολη και για όλη την οδοντιατρική ομάδα. Ένας ΟΤ στη νεογιλή οδοντοφυΐα, συχνά αποτελεί την αιτία για την πρώτη επίσκεψη του παιδιού στον οδοντίατρο. Η ελαχιστοποίηση του άγχους τόσο του παιδιού όσο και των γονέων ή άλλων υγειονομικών φορέων παροχής υπηρεσιών κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης είναι πολύ σημαντική. Σε νεαρή ηλικία το παιδί μπορεί να μην είναι συνεργάσιμο για μία ενδεδειγμένη κλινική και ακτινογραφική εξέταση ή την πραγματοποίηση οποιασδήποτε οδοντιατρικής θεραπείας. Μία γόνατο με γόνατο εξέταση μπορεί να είναι βοηθητική για την αξιολόγηση του περιστατικού. Πληροφορίες για το πώς πρέπει να γίνεται η αξιολόγηση ενός παιδιού στη νεογιλή οδοντοφυΐα μπορείτε να βρείτε σε πρόσφατα συγγράμματα¹⁶⁻¹⁸ ή μπορείτε να παρακολουθήσετε στο ακόλουθο βίντεο: (<https://tinyurl.com/kneetokneeexamination>). Προτείνεται η επείγουσα συνεδρία και οι επανέλεγχοι να παρέχονται από παιδοδοντίατρο ή από οδοντίατρο με εμπειρία και γνώσεις στη διαχείριση οδοντικού τραύματος σε παιδιά αν αυτό είναι εφικτό. Οι οδοντίατροι αυτοί συνήθως μπορούν να έχουν πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες διάγνωσης και θεραπείας όπως είναι η καταστολή ή η γενική αναισθησία και διαχείριση του πόνου με σκοπό την ελαχιστοποίησή του και την καλύτερη πρόληψη.

1.2 | Δομημένη προσέγγιση

Είναι πολύ σημαντικό οι οδοντίατροι να υιοθετήσουν μια δομημένη προσέγγιση για τη διαχείριση των ΟΤ. Αυτό συμπεριλαμβάνει τη λήψη ιστορικού, την κλινική εξέταση, τη συλλογή των αποτελεσμάτων των κλινικών δοκιμασιών και ο τρόπος που γίνεται η καταγραφή τους. Η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι η χρήση μιας δομημένης καταγραφής του ιστορικού κατά την πρώτη συνεδρία οδηγεί σε σημαντική βελτίωση της ποιότητας της καταγραφής ΟΤ συμπεριλαμβανομένου και της μόνιμης οδοντοφυΐας.^{5,20} Υπάρχει μια ποικιλία από διάφορες φόρμες λήψης ιστορικού ΟΤ στα βιβλία⁶⁻¹⁸ ή φόρμες που έχουν χρησιμοποιηθεί σε διάφορα ειδικά κέντρα.^{21,22} Οι εξωστοματικές και ενδοστοματικές φωτογραφίες αποτελούν ένα σημαντικό μόνιμο αρχείο των ΟΤ και συνιστώνται ανεπιφύλακτα.

1.3 | Αρχική εξέταση

Ξεκινήστε με τη λήψη ενός προσεκτικού ιατρικού, κοινωνικού (συμπεριλαμβανομένου και όσων συνοδεύουν το παιδί) οδοντιατρικού ιστορικού και ιστορικού του ατυχήματος. Εξετάστε διεξοδικά το κεφάλι τον λαιμό και ενδοστοματικά για πιθανούς οστικούς τραυματισμούς ή τραυματισμούς σε μαλακούς ιστούς.^{17,18} Να είστε προσεκτικοί για πιθανούς ταυτόχρονους τραυματισμούς στο κεφάλι, κατάγματα στην προσωπική χώρα, απώλεια δοντιών ή τραυματισμούς των μαλακών ιστών. Αναζητήστε ιατρική εξέταση αν το κρίνετε απαραίτητο.

1.4 | Τραυματισμός των μαλακών ιστών

Είναι απαραίτητο να εντοπίσετε, να καταγράψετε και να διαγνώσετε εξωστοματικούς ή ενδοστοματικούς τραυματισμούς των μαλακών ιστών.^{18,23} Τα χείλη, ο στοματικός βλεννογόνο, τα ελεύθερα ούλα πρέπει να ελέγχονται για ρήξεις, εκχυμώσεις ή αιματώματα. Τα χείλη πρέπει να ελέγχονται για πιθανή ενσφήνωση θραυσμάτων των δοντιών. Η παρουσία τραυματισμών των μαλακών ιστών πρέπει να συνδέεται με την αναζήτηση άμεσης περίθαλψης. Τέτοιοι τραυματισμοί συναντώνται συνήθως σε ηλικίες 0-3 ετών²⁴ Η διαχείριση των τραυματισμών των μαλακών ιστών πρέπει να παρέχεται από παιδοδοντίατρο ή από οδοντίατρο με εμπειρία και γνώσεις στη διαχείριση οδοντικών τραυματισμών σε παιδιά. Η γονική συνεισφορά στη φροντίδα των μαλακών ιστών στο σπίτι παίζει σημαντικό ρόλο και μπορεί να βοηθήσει στην επούλωσή τους. Οι οδηγίες προς τους γονείς περιγράφονται στη συνέχεια στις κατευθυντήριες οδηγίες (βλ πίνακες).

1.5 | Δοκιμασίες, αποχρωματισμός μύλης και ακτινογραφίες

Συνιστώνται ιδιαίτερα η λήψη εξωστοματικών και ενδοστοματικών φωτογραφιών.

Οι δοκιμασίες ζωτικότητας δεν είναι αξιόπιστες στα νεογιλά δόντια και για αυτό το λόγο δεν συνιστώνται.

Η κινητικότητα του δοντιού, το χρώμα, η ευαισθησία κατά την ψηλάφηση και η θέση ή μετατόπιση του δοντιού πρέπει να καταγράφονται.

Το χρώμα των τραυματισμένων και μη τραυματισμένων δοντιών πρέπει να καταγράφεται σε κάθε συνεδρία. Η δυσχρωμία είναι μία συνηθισμένη μετατραυματική επιπλοκή.^{8,25-27} Η δυσχρωμία αυτή μπορεί να είναι προσωρινή και το δόντι να

ανακτήσει το φυσιολογικό του χρώμα σε μερικές βδομάδες ή μήνες.^{8,28-30} Δόντια με αμετάβλητη δυσχρωμία χρώματος σκούρο γκρι, μπορεί να παραμένουν ασυμπτωματικά κλινικά και ακτινογραφικά ή να παρουσιάσουν στην πορεία περιακρορριζική αλλοίωση (με ή χωρίς συμπτώματα).^{31,32} Δεν ενδείκνυται η έναρξη ενδοδοντικής θεραπείας σε δόντια με δυσχρωμία, εκτός αν συνυπάρχουν κλινικά και ακτινογραφικά σημεία μικροβιακής μόλυνσης του συστήματος του ριζικού σωλήνα.^{18,33}

Στις οδηγίες αυτές έχει γίνει κάθε προσπάθεια μείωσης του αριθμού των ακτινογραφιών για ακριβή και σωστή διάγνωση με σκοπό την ελαχιστοποίηση της έκθεσης των παιδιών στην ακτινοβολία. Για τις βασικές ακτινογραφίες, η ακτινοπροστασία περιλαμβάνει τη χρήση ειδικού κολάρου για τον θυρεοειδή όταν αυτός βρίσκεται στην πορεία της ακτινοβολίας³⁴ και μία ποδιά μολύβδου όταν οι γονείς κρατούν το παιδί. Οι κίνδυνοι που σχετίζονται με την ακτινοβολία στα παιδιά είναι ανησυχητικοί, καθώς αυτά είναι πολύ πιο ευαίσθητα στις επιπτώσεις από την έκθεση στην ακτινοβολία και στην ανάπτυξη περισσότερων καρκίνων συγκριτικά με τους ενήλικες. Αυτό οφείλεται στο μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής και στην μεγαλύτερη ραδιοευαισθησία ορισμένων αναπτυσσόμενων οργάνων και ιστών.^{35,36} Για αυτό το λόγο ο κλινικός πρέπει να διερωτάται αν η κάθε επιπρόσθετη ακτινογραφία που λαμβάνει επηρεάζει θετικά την τελική του διάγνωση και το θεραπευτικό σχέδιο. Οι κλινικοί πρέπει να ακολουθούν τις αρχές του ALARA (As Low As Reasonably Achievable) ελαχιστοποιώντας τη δόση της ακτινοβολίας. Η χρήση της CBCT μετά από ΟΤ στα παιδιά ενδείκνυται σπάνια.³⁷

1.6 | Διάγνωση

Μία προσεκτική και συστηματική προσέγγιση για σωστή διάγνωση είναι απαραίτητη. Οι κλινικοί πρέπει να μπορούν να εντοπίζουν όλους τους τραυματισμούς σε όλα τα δόντια συμπεριλαμβανομένων των σκληρών ιστών (π.χ. κατάγματα) και περιοδοντικών ιστών (π.χ. μετατοπίσεις). Όταν υπάρχουν ταυτόχρονοι τραυματισμοί στη νεογιλή οδοντοφυΐα μαζί με μερική εκγόμεωση ή πλάγια μετατόπιση, αυτό επηρεάζει δυσμενώς την πρόγνωση και διάσωση του πολφού.²⁷ Ο ακόλουθος Πίνακας (1-12) και η ιστοσελίδα οδοντικού τραύματος (www.dentaltraumaguide.org) μπορεί να βοηθήσουν τους κλινικούς να αναγνωρίσουν κλινικά όλους τους πιθανούς τραυματισμούς για κάθε τραυματισμένο δόντι.

1.7 | Τραυματισμοί με πρόθεση (που δεν έγιναν από ατύχημα)

Το οδοντικό τραύμα και το τραύμα στο πρόσωπο μπορεί να συμβούν και από πρόθεση. Οι κλινικοί πρέπει μέσα από το ιστορικό του ατυχήματος και των τραυματισμών που εντοπίζουν να είναι σε θέση να διακρίνουν αν ταιριάζουν οι πληροφορίες με την κλινική εικόνα των τραυματισμών. Σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία για σωματική κακοποίηση ή ενδοοικογενειακή βία θα πρέπει να γίνεται άμεση παραπομπή για πλήρη σωματική εξέταση του παιδιού και διερεύνηση του συμβάντος. Η παραπομπή πρέπει να ακολουθήσει το πρωτόκολλο βάσει της τρέχουσας νομοθεσίας και είναι εκτός πεδίου αυτών των οδηγιών.

1.8 | Επιπτώσεις του οδοντικού τραύματος σε νεογιλά δόντια στη μόνιμη οδοντοφυΐα

Υπάρχει μία στενή σχέση μεταξύ του ακρορριζίου του νεογιλού δοντιού και του υπό ανατολή μόνιμου οδοντικού σπέρματος. Δυσμορφία δοντιού, έγκλειστα δόντια και διαταραχές κατά την ανατολή και ανάπτυξη των μόνιμων δοντιών είναι μερικές από τις επιπτώσεις που μπορεί να προκύψουν μετά από έναν τραυματισμό στη νεογιλή οδοντοφυΐα και στο φατνιακό οστό.³⁸⁻⁴⁴ Η εμβύθιση και η ολική εκγύμνωση σχετίζονται περισσότερο με την ανάπτυξη ανωμαλιών στη μόνιμη οδοντοφυΐα.³⁸⁻⁴³

Στην εμβύθιση και στην πλάγια μετατόπιση οι προηγούμενες κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούσαν την άμεση εξαγωγή του νεογιλού δοντιού όταν η κατεύθυνση της μετατόπισης ήταν προς το μόνιμο οδοντικό σπέρμα. Αυτή η ενέργεια δεν συστήνεται πλέον εξαιτίας 1) των αποδεδειγμένων επιστημονικά δεδομένων για αυθόρμητη ανατολή των εμβυθισμένων νεογιλών δοντιών^{8,10,26,44-46}, 2) την ανησυχία ότι μεγαλύτερη βλάβη μπορεί να προκληθεί στο οδοντικό σπέρμα κατά την εξαγωγή του νεογιλού και 3) την απουσία αποδεικτικών στοιχείων ότι η άμεση εξαγωγή θα ελαχιστοποιήσει περαιτέρω βλάβες στο οδοντικό σπέρμα του μόνιμου δοντιού.

Είναι πολύ σημαντικό οι γονείς πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι για πιθανές μετατραυματικές επιπλοκές στην ανάπτυξη των μόνιμων δοντιών ειδικά σε περιπτώσεις μετά από εμβύθιση, ολική εκγύμνωση ή κατάγματα της φατνιακής απόφυσης.

1.9 | Στρατηγικές διαχείρισης για οδοντικό τραύμα στη νεογιλή οδοντοφυΐα

Γενικά, δεν υπάρχουν αρκετά αποδεικτικά επιστημονικά δεδομένα που να υποστηρίζουν επαρκώς τις θεραπευτικές επιλογές στη νεογιλή οδοντοφυΐα. Η παρακολούθηση είναι συνήθως ή πιο κατάλληλη επιλογή κατά την επείγουσα συνεδρία εκτός αν ο κίνδυνος εισπνοής ή κατάποσης του δοντιού ή παρεμβολές στη σύγκλειση δεν το συνιστούν. Η συντηρητική προσέγγιση τέτοιων περιστατικών απαλλάσσει το παιδί από πρόσθετη ταλαιπωρία¹⁸ και μειώνει τον κίνδυνο για βλάβη στη μόνιμη οδοντοφυΐα.^{18,47,48}

Συνοπτικά η διαχείριση του ΟΤ στη νεογιλή οδοντοφυΐα περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Την ωριμότητα και ικανότητα ενός παιδιού να ανταπεξέλθει σε έκτακτες καταστάσεις, ο χρόνος άμεσης αντιμετώπισης του περιστατικού από τον οδοντίατρο και η σύγκλειση είναι όλοι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη θεραπεία.
- Είναι σημαντικό οι γονείς να είναι ενημερωμένοι πώς να διαχειρίζονται τα οξέα συμπτώματα ώστε να αποφευχθεί περαιτέρω δυσφορία στο παιδί.^{49,50} Μετακινήσεις των δοντιών όπως εμβύθιση ή πλάγια μετατόπιση και κατάγματα ρίζας μπορεί να προκαλέσουν πολύ πόνο. Συνίσταται η χρήση αναλγητικών όπως ιβουπροφένη ή/ και ακεταμινοφαίνη (παρακεταμόλη) όταν αναμένεται πόνος.
- Η ελαχιστοποίηση του άγχους/ φόβου για τον οδοντίατρο είναι απαραίτητη. Η παροχή οδοντιατρικής θεραπείας εξαρτάται από την ωριμότητα του παιδιού και την ικανότητά του να συνεργαστεί. Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις συμπεριφοράς⁵¹⁻⁵³ οι οποίες έχει αποδειχτεί ότι είναι αποτελεσματικές στη διαχείριση έκτακτων περιστατικών σε παιδιά.^{54,55} Οι ΟΤ και οι θεραπείες τους έχουν το μειονέκτημα ότι μπορεί να προκαλέσουν μετατραυματικό στρες στα παιδιά και φόβο για τον οδοντίατρο. Η ανάπτυξη τέτοιων καταστάσεων στα παιδιά είναι περίπλοκες, όπως επίσης οι σχετικές έρευνες αναφορικά με το θέμα αυτό είναι ελάχιστες^{56,57}. Ωστόσο, μελέτες στη βιβλιογραφία έχουν δείξει ότι η

πολυπαραγοντική φύση του φόβου για τον οδοντίατρο και ο ρόλος των εξαγωγών των δοντιών είναι επιβαρυντικοί παράγοντες.⁵⁸⁻⁶⁰ Μία λογική στρατηγική προσέγγιση, εφόσον αυτό είναι εφικτό, είναι η αποφυγή εξαγωγών ειδικά κατά την επείγουσα συνεδρία.

- Όπου ενδείκνυται και με την προϋπόθεση ότι η συνεργασία του παιδιού το επιτρέπει η διατήρηση της νεογιλής οδοντοφυΐας πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα.⁶² Πρέπει να διευκρινίζεται στους γονείς ότι οι διάφορες θεραπευτικές επιλογές απαιτούν περισσότερες από μία επισκέψεις στον οδοντίατρο προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις που μπορεί να προκαλέσει ο τραυματισμός στην επερχόμενη μόνιμη οδοντοφυΐα.⁶²
- Σε κατάγματα μύλης ή μύλης/ρίζας που εμπλέκεται ο πολφός, κατάγματα ρίζας και μετατοπίσεις δοντιών προτείνεται η άμεση παραπομπή σε παιδοδοντίατρο ή σε οδοντίατρο που έχει εμπειρία και γνώσεις στη διαχείριση οδοντικών τραυματισμών σε παιδιά.
- Η ακινητοποίηση χρησιμοποιείται για κατάγματα της φατνιακής απόφυσης^{41,63}, και σε ορισμένες περιπτώσεις σε περιστατικά κατάγματος ρίζας ή πλάγιας μετατόπισης.⁶⁴

1.10 | Ολική εκγύμνωση σε νεογιλά δόντια

Ένα εκγομφωμένο νεογιλό δόντι δεν πρέπει να επαναφυτεύεται. Οι λόγοι είναι ένας σημαντικός αριθμός θεραπειών στις οποίες πρέπει να υποβληθεί το παιδί (αναφύτευση, τοποθέτηση ακινητοποίησης και αφαίρεσής της και σε δεύτερο χρόνο πραγματοποίηση ενδοδοντικής θεραπείας) και ο κίνδυνος να τραυματιστεί το οδοντικό σπέρμα του μόνιμου δοντιού ή να επηρεαστεί η ανατολή του.^{41,42,65,66} Ο κυριότερος λόγος όμως που δεν συνίσταται η αναφύτευση είναι η αποφυγή επείγουσας ιατρικής αναζήτησης σε περίπτωση εισπνοής ή κατάποσης του δοντιού. Τακτικοί επανέλεγχοι είναι απαραίτητοι για την παρακολούθηση της φυσιολογικής ανατολής του μόνιμου δοντιού.

1.11 | Αντιβιοτικά και τέτανος

Δεν υπάρχουν επαρκή επιστημονικά δεδομένα για τη συστηματική χρήση αντιβιοτικών στη διαχείριση ΟΤ της νεογιλής οδοντοφυΐας. Ωστόσο, η χρήση των αντιβιοτικών είναι στο σχέδιο θεραπείας των περισσότερων οδοντιάτρων όταν μαζί με το ΟΤ υπάρχει και τραυματισμός των μαλακών ιστών και όταν ενδείκνυται χειρουργική παρέμβαση. Τέλος, το ιατρικό ιστορικό του ασθενή πιθανώς να αιτιολογεί τη χρήση αντιβιοτικών. Ο κλινικός μπορεί να έρθει σε επικοινωνία με τον παιδίατρο όταν προκύπτουν απορίες σχετικά με τη γενική υγεία του παιδιού.

Ο αντιτετανικός ορός μπορεί να χρειάζεται όταν υπάρχει επιμόλυνση της τραυματισμένης περιοχής κατά τη διάρκεια του ατυχήματος/τραύματος. Σε περίπτωση αμφιβολίας παραπέμψτε στον παιδίατρο μέσα στις πρώτες 48 ώρες.

1.12 | Οδηγίες για τους γονείς

Η επιτυχημένη επούλωση μετά από έναν τραυματισμό στα δόντια και τους μαλακούς ιστούς εξαρτάται και από την καλή στοματική υγιεινή. Για την καλύτερη δυνατή επούλωση οι γονείς πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με την παροχή της κατάλληλης φροντίδας του τραυματισμένου δοντιού και την πρόληψη επιπλέον τραυματισμών μέσω της επίβλεψης επικίνδυνων δραστηριοτήτων των παιδιών. Οι γονείς μπορούν να συνεισφέρουν με τον καθαρισμό της περιοχής με μια μαλακή οδοντόβουρτσα ή μία

γάζα εμποτισμένη σε μη αλκοολούχο διάλυμα 0.1-0.2% χλωρεξιδίνης 2 φορές τη μέρα για 1 εβδομάδα ώστε να αποφευχθεί η συσσώρευση οδοντικής πλάκας στην περιοχή.

Οι γονείς πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με πιθανές επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν μετά από ένα ΟΤ, όπως οίδημα, αυξημένη κινητικότητα ή συρίγγιο. Τα παιδιά μπορεί να μην παραπονεθούν για πόνο αλλά ωστόσο να υπάρχει μόλυνση. Οι γονείς πρέπει ανά τακτά διαστήματα να ελέγχουν τα ούλα του παιδιού για πιθανά σημεία μόλυνσης όπως η παρουσία οιδήματος ή συριγγίου. Αν παρατηρήσουν κάποιο από αυτά πρέπει να μεταφέρουν το παιδί στον παιδοδοντίατρο ή στον οδοντίατρό τους το συντομότερο δυνατόν. Παραδείγματα αρνητικής έκβασης μπορείτε να δείτε στους πίνακες για κάθε τραύμα ξεχωριστά (Πίνακες 1-12).

1.13 | Εκπαίδευση, ικανότητες και εμπειρίες για τους οδοντιάτρους/ παιδοδοντιάτρους που αναλαμβάνουν την παρακολούθηση του παιδιού

Κατά τη διάρκεια των επανελέγχων, οι οδοντίατροι ή η ομάδα οδοντιάτρων/ παιδοδοντιάτρων που αναλαμβάνουν την παρακολούθηση του παιδιού πρέπει να έχουν ειδική εκπαίδευση, εμπειρία και ικανότητες. Αυτά τα χαρακτηριστικά τους επιτρέπουν να ανταποκρίνονται έγκαιρα και κατάλληλα στις ιατρικές, φυσικές, συναισθηματικές και αναπτυξιακές ανάγκες του παιδιού και της οικογένειάς του. Επίσης, στις αρμοδιότητές τους περιλαμβάνονται η πρόσβαση σε υπηρεσίες εξειδικευμένων οδοντιάτρων/ παιδοδοντιάτρων για τη σωστή διάγνωση του περιστατικού και αν χρειαστεί καταστολή ή ολική αναισθησία για την καλύτερη διαχείριση του πόνου και ελαχιστοποίηση και πρόληψη του φόβου του παιδιού στον οδοντίατρο.¹⁹

1.14 | Πρόγνωση


Οι παράγοντες που σχετίζονται με τον τραυματισμό και τη θεραπεία μπορεί να επηρεάσουν την επώλωση του πολφού και των περιοδοντικών ιστών και πρέπει να καταγράφονται με προσοχή. Οι προγνωστικοί παράγοντες πρέπει να συλλέγονται με προσοχή τόσο κατά την αρχική εξέταση όσο και κατά τους επανελέγχους. Αυτό επιτυγχάνεται καλύτερα χρησιμοποιώντας την δομημένη προσέγγιση που περιεγράφηκε παραπάνω. Η βιβλιογραφία και ειδικές ιστοσελίδες(www.dentaltraumaguide.org) παρέχουν απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την πρόγνωση του πολφού και των περιοδοντικών ιστών. Οι πληροφορίες αυτές είναι μεγάλης σημασίας ειδικά όταν πρέπει να γίνουν συζητήσεις με τους γονείς του παιδιού.

1.15 | Προγνωστικά αποτελέσματα έκβασης – Core Outcome Set

Η διεθνής ένωση οδοντικού τραύματος (International Association of Dental Traumatology- IADT) πρόσφατα ανέπτυξε έναν πυρήνα προγνωστικών αποτελεσμάτων έκβασης (Core Outcome Set-COS) μετά από ΟΤ σε παιδιά και ενήλικες.⁶⁵ Αυτό είναι ένα από τα πρώτα COS που έχουν αναπτυχθεί στην οδοντιατρική και υποστηρίζεται ύστερα από τη συστηματική ανασκόπηση των αποτελεσμάτων που έχουν βρεθεί στην βιβλιογραφία του οδοντικού τραύματος με ισχυρή μεθοδολογία.⁶⁶ Μερικά αποτελέσματα έκβασης εμφανίζονται να επαναλαμβάνονται ανάμεσα στους διάφορους τύπους ΟΤ. Τα αποτελέσματα αυτά αναγνωρίζονται ως «Γενικά» (σχετικά με όλους τους τύπους ΟΤ). «Ειδικά» αποτελέσματα προσδιορίστηκαν εκείνα που εντοπίστηκαν σε έναν ή μόνο σε μερικούς τύπους ΟΤ. Επιπλέον, η μελέτη διαπίστωσε το τι, πώς, πότε και από ποιον πρέπει να γίνει η καταγραφή αυτών των αποτελεσμάτων. Ο Πίνακας 1 στη Γενική Εισαγωγή⁶⁷ των κατευθυντήριων οδηγιών παρουσιάζει τα γενικά και ειδικά


αποτελέσματα που πρέπει να καταγράφονται κατά τους επανελέγχους για τους διάφορους τύπους ΟΤ. Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε στο αντίστοιχο άρθρο⁶⁵ και επιπρόσθετο υλικό στην ιστοσελίδα του περιοδικού *Dental Traumatology Journal*.

Πίνακας 1. Κατευθυντήριες οδηγίες στη νεογιλή οδοντοφυΐα: Κάταγμα αδαμαντίνης

				Τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν μερικά, αλλά όχι απαραίτητα όλα, από τα ακόλουθα	
Κάταγμα αδαμαντίνης	Προτεινόμενες ακτινογραφίες	Θεραπεία	Παρακολούθηση	Θετικά αποτελέσματα	Αρνητικά αποτελέσματα
 <p>Κλινικά ευρήματα: Κάταγμα που περιορίζεται στην αδαμαντίνη μόνο</p>	<ul style="list-style-type: none"> Δεν απαιτείται ακτινογραφικός έλεγχος 	<ul style="list-style-type: none"> Μπορεί να γίνει λείανση οξύαιχμων επιφανειών Εκπαίδευση γονέα/ασθενή <ul style="list-style-type: none"> Άσκηση ώστε κατά τη διάρκεια της μάσησης να μην προκαλείται επιπλέον τραυματισμός του ήδη τραυματισμένου δοντιού, ενώ ταυτόχρονα να γίνεται προσπάθεια για σταδιακή επιστροφή στη φυσιολογική λειτουργία το συντομότερο δυνατόν Ενθάρρυνση για εφαρμογή καλής στοματικής υγιεινής και επούλωση των περιοδοντικών ιστών . Οι γονείς μπορούν να συνεισφέρουν με τον καθαρισμό της περιοχής με μια μαλακή οδοντόβουρτσα ή μία γάζα εμποτισμένη σε μη αλκοολούχο διάλυμα 0.1-0.2% χλωρεξιδίνης 2 φορές τη μέρα για 1 εβδομάδα ώστε να αποφευχθεί η συσσώρευση οδοντικής πλάκας στην περιοχή 	<ul style="list-style-type: none"> Δεν απαιτείται κλινικός και ακτινογραφικός επανέλεγχος 	<ul style="list-style-type: none"> Ασυμπτωματικό δόντι Επούλωση πολφού με : <ul style="list-style-type: none"> Κλινικά φυσιολογικό χρώμα της μύλης του δοντιού Απουσία σημείων νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης Συνεχιζόμενη ανάπτυξη των ριζών σε δόντια με αδιάπλαστο ακρορρίζιο και εναπόθεση ενασβεστωμένου ιστού 	<ul style="list-style-type: none"> Συμπτωματικό δόντι Σημεία περιακρορριζικής φλεγμονής και μικροβιακής μόλυνσης όπως : <ul style="list-style-type: none"> Συρίγγιο, οίδημα στα ούλα, απόστημα ή αυξημένη κινητικότητα Σκούρος γκρι αποχρωματισμός της μύλης με ένα ή περισσότερα σημεία μικροβιακής μόλυνσης Ακτινογραφικά σημεία πολφικής νέκρωσης και μόλυνσης Μη συνεχιζόμενη διάπλαση της ρίζας σε αδιάπλαστα δόντια με ανοιχτό ακρορρίζιο


--	--	--	--	--	--

Πίνακας 2. Κατευθυντήριες οδηγίες στη νεογιλή οδοντοφυΐα: Κάταγμα μύλης (χωρίς αποκάλυψη πολφού)

				Τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν μερικά, αλλά όχι απαραίτητα όλα, από τα ακόλουθα	
Κάταγμα μύλης (χωρίς αποκάλυψη πολφού)	Προτεινόμενες ακτινογραφίες	Θεραπεία	Παρακολούθηση	Θετικά αποτελέσματα	Αρνητικά αποτελέσματα
 <p>Κλινικά ευρήματα: Κάταγμα που περιορίζεται στην αδαμαντίνη και την οδοντίνη. Δεν γίνεται αποκάλυψη του πολφού</p> <ul style="list-style-type: none"> Πρέπει να γίνεται έλεγχος για την ανεύρεση του 	<ul style="list-style-type: none"> Η λήψη ακτινογραφίας είναι προαιρετική Μπορεί να γίνει λήψη ακτινογραφίας των μαλακών μορίων σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία για ενσφήνωση του θραύσματος στα χείλη/παρειά/γλώσσα 	<ul style="list-style-type: none"> Προτείνεται να γίνει κάλυψη της εκτεθειμένης οδοντίνης με υαλοϊονομερή ή ρητίνη Η μόνιμη αποκατάσταση του δοντιού με σύνθετη ρητίνη μπορεί να γίνει άμεσα ή αργότερα σε άλλη συνεδρία Εκπαίδευση γονέα/ασθενή: Άσκηση ώστε κατά τη διάρκεια της μάσησης να μην προκαλείται επιπλέον τραυματισμός του ήδη τραυματισμένου δοντιού, ενώ ταυτόχρονα 	<ul style="list-style-type: none"> Κλινική αξιολόγηση μετά από 6-8 εβδομάδες Ακτινογραφικός επανέλεγχος προτείνεται μόνο όταν τα κλινικά ευρήματα υποδεικνύουν παθολογία (σημεία ή συμπτώματα πολφικής νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης) Οι γονείς πρέπει να παρακολουθούν τον ασθενή για τυχόν επιπλοκές. Σε περίπτωση που αυτές παρατηρηθούν, το παιδί πρέπει να επισκεφτεί 	<ul style="list-style-type: none"> Ασυμπτωματικό δόντι Επούλωση πολφού με : <ul style="list-style-type: none"> Κλινικά φυσιολογικό χρώμα της μύλης του δοντιού Απουσία σημείων νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης Συνεχιζόμενη ανάπτυξη των ριζών σε δόντια με αδιάπλαστο ακρορρίζιο και εναπόθεση ενασβεστωμένου ιστού 	<ul style="list-style-type: none"> Συμπτωματικό δόντι Σημεία περιακρορριζικής φλεγμονής και μικροβιακής μόλυνσης όπως : <ul style="list-style-type: none"> Συρίγγιο, οίδημα στα ούλα, απόστημα ή αυξημένη κινητικότητα Αποχρωματισμός της μύλης (σκούρο γκρι χρώμα) με ένα ή περισσότερα σημεία μικροβιακής μόλυνσης Ακτινογραφικά σημεία πολφικής νέκρωσης και μόλυνσης

<p>κατεαγόντος τμήματος του δοντιού κατά την αρχική εξέταση ιδιαίτερα όταν κατά το ατύχημα δεν ήταν παρόν κάποιος ενήλικας ή υπήρχε απώλεια συνείδησης</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σημείωση: Ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις το θραύσμα βρίσκεται εκτός στόματος, υπάρχει πιθανότητα αυτό να εντοπίζεται σφηνωμένο εντός των μαλακών μορίων, να το έχει εισπνεύσει ή καταπιεί ο ασθενής 		<p>να γίνεται προσπάθεια για σταδιακή επιστροφή στη φυσιολογική λειτουργία το συντομότερο δυνατόν</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ενθάρρυνση για εφαρμογή καλής στοματικής υγιεινής και επούλωση των περιοδοντικών ιστών . Οι γονείς μπορούν να συνεισφέρουν με τον καθαρισμό της περιοχής με μια μαλακή οδοντόβουρτσα ή μία γάζα εμποτισμένη σε μη αλκοολούχο διάλυμα 0.1-0.2% χλωρεξιδίνης 2 φορές τη μέρα για 1 εβδομάδα ώστε να αποφευχθεί η συσσώρευση οδοντικής πλάκας στην περιοχή 	<p>άμεσα τον οδοντίατρο. Η εμφάνιση επιπλοκών συνήθως απαιτεί θεραπευτική αντιμετώπιση</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οι θεραπευτικές ενέργειες στο στάδιο της παρακολούθησης του παιδιού πρέπει να γίνονται από παιδοδοντίατρο και είναι εκτός πεδίου των συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών 		
---	--	---	--	--	--

Πίνακας 3. Κατευθυντήριες οδηγίες στη νεογιλή οδοντοφυΐα: Κάταγμα μύλης (με αποκάλυψη πολφού)

				Τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν μερικά, αλλά όχι απαραίτητως όλα, από τα ακόλουθα	
Κάταγμα μύλης (με αποκάλυψη πολφού)	Προτεινόμενες ακτινογραφίες	Θεραπεία	Παρακολούθηση	Θετικά αποτελέσματα	Αρνητικά αποτελέσματα
 <p>Κλινικά ευρήματα Κάταγμα που περιλαμβάνει την αδαμαντίνη την οδοντίνη και επιπλέον έχει γίνει αποκάλυψη πολφού</p> <ul style="list-style-type: none"> • Πρέπει να γίνεται έλεγχος για την ανεύρεση του κατεαγόντος τμήματος του δοντιού κατά την 	<ul style="list-style-type: none"> • Πρέπει να γίνεται λήψη μιας οπισθοφανιακής ακτινογραφίας (χρησιμοποιώντας # 0 πλακίδιο και την τεχνική της παραλλήλου) ή μιας ακτινογραφίας δήξεως (χρησιμοποιώντας #2 πλακίδιο) κατά την αρχική εξέταση για διαγνωστικούς σκοπούς και τη δημιουργία σημείου αναφοράς για σύγκριση κατά τους επανελέγχους • Λήψη ακτινογραφίας των μαλακών μορίων 	<ul style="list-style-type: none"> - Προτείνεται να γίνει διατήρηση της ζωτικότητας του πολφού με μερική πολφοτομή. Γίνεται τοποθέτηση υδροξειδίου του ασβεστίου στον αποκαλυμμένο πολφό, κάλυψη με υαλοϊονομερή και τοποθέτηση ρητίνης. Η πολφοτομή στο αυχενικό τριτημόριο ενδείκνυται σε δόντια με μεγάλη αποκάλυψη του 	<ul style="list-style-type: none"> • Κλινική αξιολόγηση: <ul style="list-style-type: none"> - Σε 1 εβδομάδα - Σε 6-8 εβδομάδες - Σε 1 χρόνο • Ακτινογραφική εξέταση σε ένα χρόνο μετά την πολφοτομή ή ενδοδοντική θεραπεία. Λήψη άλλων ακτινογραφιών συνίσταται μόνο όταν υπάρχουν ενδείξεις κλινικών σημείων που υποδεικνύουν παθολογία (βλ. αρνητικά αποτελέσματα) • Οι γονείς πρέπει να παρακολουθούν τον ασθενή για τυχόν επιπλοκές. Σε περίπτωση που αυτές παρατηρηθούν, το παιδί πρέπει να επισκεφτεί άμεσα τον οδοντίατρο. Η εμφάνιση επιπλοκών συνήθως απαιτεί 	<ul style="list-style-type: none"> • Ασυμπτωματικό δόντι • Επούλωση πολφού με : <ul style="list-style-type: none"> - Κλινικά φυσιολογικό χρώμα της μύλης του δοντιού - Απουσία σημείων νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης - Συνεχιζόμενη ανάπτυξη των ριζών σε δόντια με αδιάπλαστο ακρορρίζιο και εναπόθεση ενασβεστωμένου ιστού 	<ul style="list-style-type: none"> • Συμπτωματικό δόντι • Δυσχρωμία μύλης • Σημεία περιακρορριζικής φλεγμονής και μικροβιακής μόλυνσης όπως : <ul style="list-style-type: none"> - Συρίγγιο, οίδημα στα ούλα, απόστημα ή αυξημένη κινητικότητα - Αποχρωματισμός της μύλης (σκούρο γκρι χρώμα) με ένα ή περισσότερα σημεία μικροβιακής μόλυνσης - Ακτινογραφικά σημεία πολφικής νέκρωσης και μόλυνσης • Μη συνεχιζόμενη διάπλαση της ρίζας σε αδιάπλαστα δόντια με ανοιχτό ακρορρίζιο


<p>αρχική εξέταση ιδιαίτερα όταν κατά το ατύχημα δεν ήταν παρόν κάποιος ενήλικας ή υπήρχε απώλεια συνείδησης</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σημείωση: Ενώ τις περισσότερες φορές το θραύσμα δοντιού βρίσκεται εκτός στόματος υπάρχει πιθανότητα αυτό να βρίσκεται σφηνωμένο εντός των μαλακών μορίων ή να το έχει καταπιεί ο ασθενής 	<p>σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία για ενσφήνωση του θραύσματος δοντιού στα χείλη/παρειά/γλώσσα</p>	<p>πολφού. Υπάρχουν επίσης ανερχόμενα βιοκεραμικά υλικά με βάση το πυριτικό ασβέστιο που δεν προκαλούν δυσχρωμία. Οι οδοντίατροι δεν πρέπει να επικεντρώνονται τόσο στο υλικό εκλογής όσο στην τεχνική διαδικασία εφαρμογής του και τη σωστή επιλογή του περιστατικού</p> <ul style="list-style-type: none"> - Η θεραπεία εξαρτάται από τον βαθμό ωριμότητας και συνεργασίας του παιδιού. Για τον λόγο αυτό οι γονείς πρέπει να ενημερώνονται για όλες τις θεραπευτικές επιλογές (συμπεριλαμβανόμενης της πολφοτομής). 	<p>θεραπευτική αντιμετώπιση</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οι θεραπευτικές ενέργειες στο στάδιο της παρακολούθησης του παιδιού πρέπει να γίνονται από παιδοδοντίατρο και είναι εκτός πεδίου των συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών 		
---	---	---	---	--	--

		<p>Κάθε επιλογή είναι παρεμβατική και μπορεί προκαλέσει στον ασθενή μακροχρόνια φόβο για τον οδοντίατρο. Η θεραπεία είναι προτιμότερο να γίνεται από παιδοδοντιάτρος ή οδοντιάτρους που έχουν εμπειρία και γνώση στη διαχείριση παιδικών οδοντικών τραυματισμών. Τις περισσότερες φορές είναι προτιμότερο να μην γίνεται καμία θεραπευτική ενέργεια κατά την επείγουσα συνεδρία μόνο όταν είναι εφικτή η άμεση παραπομπή (μέσα σε λίγες μέρες) στον</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>παιδοδοντίατρο. Σε περίπτωση που δεν μπορεί να επιτευχθεί συνεργασία προτείνεται εξαγωγή του τραυματισμένου δοντιού</p> <ul style="list-style-type: none">- Εκπαίδευση γονέα/ασθενή- Άσκηση ώστε κατά τη διάρκεια της μάσησης να μην προκαλείται επιπλέον τραυματισμός του ήδη τραυματισμένου δοντιού ενώ ταυτόχρονα να γίνεται προσπάθεια για σταδιακή επιστροφή στην φυσιολογική λειτουργία το συντομότερο δυνατόν- Ενθάρρυνση για εφαρμογή καλής στοματικής υγιεινής και επούλωση των περιοδοντικών ιστών . Οι γονείς			
--	--	---	--	--	--

		<p>μπορούν να συνεισφέρουν με τον καθαρισμό της περιοχής με μια μαλακή οδοντόβουρτσα ή μία γάζα εμποτισμένη σε μη αλκοολούχο διάλυμα 0.1- 0.2% χλωρεξιδίνης 2 φορές τη μέρα για 1 εβδομάδα ώστε να αποφευχθεί η συσσώρευση οδοντικής πλάκας στην περιοχή</p>			
--	--	--	--	--	--

Πίνακας 4. Κατευθυντήριες οδηγίες στη νεογλή οδοντοφυΐα: Κάταγμα μύλης-ρίζας

				Τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν μερικά, αλλά όχι απαραίτητως όλα, από τα ακόλουθα	
Κάταγμα μύλης-ρίζας	Προτεινόμενες ακτινογραφίες	Θεραπεία	Παρακολούθηση	Θετικά αποτελέσματα	Αρνητικά αποτελέσματα
	<ul style="list-style-type: none"> • Πρέπει να γίνεται λήψη μιας οπισθοφανιακής ακτινογραφίας (χρησιμοποιώντας # 0 πλακίδιο και την τεχνική της παραλλήλου) ή μιας ακτινογραφίας δήξεως (χρησιμοποιώντας #2 πλακίδιο) κατά την αρχική εξέταση για διαγνωστικούς σκοπούς και τη δημιουργία σημείου 	<ul style="list-style-type: none"> - Τις περισσότερες φορές είναι προτιμότερο να μην γίνεται καμία θεραπευτική ενέργεια κατά την επείγουσα συνεδρία παρά μόνο όταν είναι εφικτή η άμεση παραπομπή (μέσα σε λίγες ημέρες) στον παιδοδοντίατρο. Σε περίπτωση που δεν μπορεί να 	<ul style="list-style-type: none"> • Στις περιπτώσεις που έγινε διατήρηση του δοντιού προτείνεται κλινική αξιολόγηση: <ul style="list-style-type: none"> - Σε 1 εβδομάδα - Σε 6-8 εβδομάδες - Σε 1 χρόνο • Ακτινογραφική εξέταση σε ένα χρόνο μετά την πολφοτομή ή ενδοδοντική θεραπεία. Λήψη άλλων ακτινογραφιών συνίσταται μόνο όταν υπάρχουν ενδείξεις κλινικών σημείων που υποδεικνύουν παθολογία (βλ. αρνητικά αποτελέσματα) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ασυμπτωματικό δόντι • Επούλωση πολφού με : <ul style="list-style-type: none"> - Κλινικά φυσιολογικό χρώμα της μύλης του δοντιού - Απουσία σημείων νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης - Συνεχιζόμενη ανάπτυξη των ριζών σε δόντια με αδιάπλαστο ακρορρίζιο και εναπόθεση ενασβεστωμένου ιστού 	<ul style="list-style-type: none"> • Συμπτωματικό δόντι • Δυσχρωμία μύλης • Σημεία περιακρορριζικής φλεγμονής και μικροβιακής μόλυνσης όπως : <ul style="list-style-type: none"> - Συρίγγιο, οίδημα στα ούλα, απόστημα ή αυξημένη κινητικότητα - Αποχρωματισμός της μύλης (σκούρο γκρι χρώμα) με ένα ή περισσότερα σημεία μικροβιακής μόλυνσης

<p>Κλινικά ευρήματα: Κάταγμα που περιλαμβάνει την αδαμαντίνη την οδοντίνη και την οστεΐνη, μπορεί να υπάρχει αποκάλυψη του πολφού μπορεί και όχι</p> <ul style="list-style-type: none"> • Πρόσθετα ευρήματα μπορεί να είναι η χαλάρωση τμήματος του δοντιού 	<p>αναφοράς για σύγκριση κατά τους επανελέγχους</p>	<p>επιτευχθεί συνεργασία με το παιδί προτείνεται η εξαγωγή του τραυματισμένου δοντιού</p> <ul style="list-style-type: none"> - Αν αποφασιστεί ότι θα γίνει θεραπεία κατά την επείγουσα συνεδρία, η χρήση τοπικής αναισθησίας είναι απαραίτητη - Αφαίρεση του μυλικού τμήματος ώστε να γίνει αξιολόγηση αν το δόντι είναι αποκαταστάσιμο - Αναλόγως των κλινικών ευρημάτων δύο είναι τα θεραπευτικά σενάρια - Επιλογή Α: - Αν το δόντι είναι αποκαταστάσιμο και δεν υπάρχει εμπλοκή του πολφού προτείνεται κάλυψη της εκτεθειμένης οδοντίνης με 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι γονείς πρέπει να παρακολουθούν τον ασθενή για τυχόν επιπλοκές. Σε περίπτωση που αυτές παρατηρηθούν, το παιδί πρέπει να επισκεφτεί άμεσα τον οδοντίατρο. Η εμφάνιση επιπλοκών συνήθως απαιτεί θεραπευτική αντιμετώπιση • Οι θεραπευτικές ενέργειες στο στάδιο της παρακολούθησης του παιδιού πρέπει να γίνονται από παιδοδοντίατρο και είναι εκτός πεδίου των συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών 		<ul style="list-style-type: none"> - Ακτινογραφικά σημεία πολφικής νέκρωσης και μόλυνσης • Μη συνεχιζόμενη διάπλαση της ρίζας σε αδιάπλαστα δόντια με ανοιχτό ακρορρίζιο.
---	---	--	---	--	---

		<p>υαλοϊονομερή</p> <ul style="list-style-type: none">- Αν το δόντι είναι αποκαταστάσιμο και εμπλέκεται ο πολφός προτείνεται να γίνει πολφοτομή (βλ. κατάγμα μύλης με αποκάλυψη πολφού) ή ενδοδοντική θεραπεία αναλόγως το στάδιο διάπλαση της ρίζας και το ύψος/επίπεδο του κατάγματος- Επιλογή Β:- Αν το δόντι δεν είναι αποκαταστάσιμο, προτείνεται να γίνει προσεκτική αφαίρεση όλων των χαλαρών τμημάτων που έχουν κινητικότητα χωρίς να τραυματιστεί το υπό ανατολή μόνιμο δόντι και να διατηρηθεί το εναπομείναν ριζικό τμήμα εντός			
--	--	---	--	--	--

		<p>φατνίου (in situ) ή να γίνει εξαγωγή του</p> <ul style="list-style-type: none">- Η θεραπεία εξαρτάται από τον βαθμό ωριμότητας και συνεργασίας του παιδιού. Για το λόγο αυτό πρέπει να γίνεται συζήτηση με τους γονείς όλες οι θεραπευτικές επιλογές (συμπεριλαμβανομένης της πολυτομής). Κάθε επιλογή είναι παρεμβατική και μπορεί να προκαλέσει στον ασθενή μακροχρόνια φόβο για τον οδοντίατρο. Η θεραπεία είναι προτιμότερο να γίνεται από παιδοδοντιάτρους ή οδοντιάτρους που έχουν εμπειρία και γνώση στη διαχείριση παιδικών οδοντικών			
--	--	--	--	--	--

		<p>τραυματισμών</p> <ul style="list-style-type: none">- Εκπαίδευση γονέα/ασθενή: Άσκηση ώστε κατά τη διάρκεια της μάσησης να μην προκαλείται επιπλέον τραυματισμός του ήδη τραυματισμένου δοντιού ενώ να γίνεται προσπάθεια για σταδιακή επιστροφή στη φυσιολογική λειτουργία το συντομότερο δυνατόν- Ενθάρρυνση για εφαρμογή καλής στοματικής υγιεινής και επούλωση των περιοδοντικών ιστών . Οι γονείς μπορούν να συνεισφέρουν με τον καθαρισμό της περιοχής με μια μαλακή οδοντόβουρτσα ή μία γάζα εμποτισμένη σε μη αλκοολούχο			
--	--	---	--	--	--

		διάλυμα 0.1-0.2% χλωρεξιδίνης 2 φορές τη μέρα για 1 εβδομάδα ώστε να αποφευχθεί η συσσώρευση οδοντικής πλάκας στην περιοχή			
--	--	--	--	--	--

Πίνακας 5. Κατευθυντήριες οδηγίες στη νεογλή οδοντοφυΐα: Κάταγμα ρίζας

				Τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν μερικά, αλλά όχι απαραίτητως όλα, από τα ακόλουθα	
Κάταγμα ρίζας	Προτεινόμενες ακτινογραφίες	Θεραπεία	Παρακολούθηση	Θετικά αποτελέσματα	Αρνητικά αποτελέσματα



Κλινικά ευρήματα:
Εξαρτάται από την θέση του κατάγματος

- Το μυλικό τμήμα μπορεί να έχει κινητικότητα και να έχει μετατοπιστεί
- Μπορεί να υπάρχει μασητική παρεμβολή με τους ανταγωνιστές εξαιτίας της μετατόπισης του μυλικού τμήματος

- Πρέπει να γίνεται λήψη μιας οπισθοφανιακής ακτινογραφίας (χρησιμοποιώντας # 0 πλακίδιο και την τεχνική της παραλλήλου) ή μιας ακτινογραφίας δήξεως (χρησιμοποιώντας #2 πλακίδιο) κατά την αρχική εξέταση για διαγνωστικούς σκοπούς και τη δημιουργία σημείου αναφοράς για σύγκριση κατά τους επανελέγχους
- Συνήθως το κάταγμα εντοπίζεται στο μέσο ή ακρορριζικό τριτημόριο της ρίζας.

- Σε περιπτώσεις που το μυλικό τμήμα δεν έχει μετατοπιστεί δεν απαιτείται κάποια θεραπεία
- Σε περιπτώσεις που παρατηρείται μετατόπιση του μυλικού τμήματος αλλά χωρίς μεγάλη κινητικότητα, προτείνεται να μην γίνει παρέμβαση και αναμένεται αυθόρμητη επαναφορά του τμήματος ακόμα και στις περιπτώσεις που υπάρχουν μασητικές παρεμβολές με τους ανταγωνιστές
- Σε περιπτώσεις που παρατηρείται μετατόπιση του μυλικού τμήματος αλλά με μεγάλη κινητικότητα και μασητικές παρεμβολές, υπάρχουν 2 επιλογές πάντα με τη χορήγηση τοπικής αναισθησίας:
 - **Επιλογή Α:** Γίνεται αφαίρεση μόνο του χαλαρού μυλικού τμήματος. Το

- **Κάταγμα χωρίς μετατόπιση:** του μυλικού τμήματος προτείνεται κλινικός επανέλεγχος
 - Σε 1 εβδομάδα
 - Σε 6-8 εβδομάδες
 - Σε 1 χρόνο και όταν υπάρχει υποψία για αρνητική έκβαση
 - Κάθε χρόνο μέχρι την ανατολή του μόνιμου δοντιού
- Σε κάταγμα που έγινε επανατοποθέτηση και ακινητοποίηση προτείνεται κλινικός επανέλεγχος:
 - Σε 1 εβδομάδα
 - Σε 4 εβδομάδες αφαίρεση ακινητοποίησης
 - Σε 8 εβδομάδες
 - Σε ένα χρόνο
 - Αν υπάρχει ανησυχία για αρνητική έκβαση προτείνεται παρακολούθηση κάθε χρόνο μέχρι την ανατολή του μόνιμου δοντιού
- Αν έχει γίνει εξαγωγή του μυλικού τμήματος προτείνεται κλινικός επανέλεγχος:
 - Σε 1 χρόνο
 - Αν υπάρχει ανησυχία για αρνητική έκβαση προτείνεται παρακολούθηση κάθε χρόνο μέχρι την ανατολή του μόνιμου δοντιού

- Ασυμπτωματικό δόντι
- Επούλωση πολφού με :
 - Κλινικά φυσιολογικό χρώμα της μύλης του δοντιού
 - Απουσία σημείων νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης
 - Συνεχιζόμενη ανάπτυξη των ριζών σε δόντια με αδιάπλαστο ακρορρίζιο και εναπόθεση ενασβεστιωμένου ιστού
- Αυθόρμητη επαναφορά του μυλικού τμήματος
- Απουσία κινητικότητας
- Απορρόφηση του ακρορριζικού τμήματος


- Συμπτωματικό δόντι
- Σημεία πολφικής νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης όπως :
 - Συρίγγιο, οίδημα στα ούλα, απόστημα ή αυξημένη κινητικότητα
 - Αποχρωματισμός της μύλης (σκούρο γκρι χρώμα) με ένα ή περισσότερα σημεία μικροβιακής μόλυνσης
 - Ακτινογραφικά σημεία πολφικής νέκρωσης και μόλυνσης
 - Ακτινογραφικά σημεία φλεγμονώδους απορρόφησης (μικροβιακής αιτιολογίας)
- Μη συνεχιζόμενη διάπλαση της ρίζας σε αδιάπλαστα δόντια με ανοιχτό ακρορρίζιο.
- Καμία βελτίωση στην θέση του δοντιού

		<p>ακρορριζικό τμήμα μπορεί να παραμείνει στη θέση του εντός φατνίου και να απορροφηθεί στο μέλλον</p> <ul style="list-style-type: none"> - Επιλογή Β: Με πολύ ήπιες κινήσεις γίνεται επανατοποθέτηση του μυλικού τμήματος. Σε περίπτωση που το μυλικό τμήμα δεν μπορεί να σταθεί στη νέα του θέση προτείνεται εύκαμπτη ακινητοποίηση με τα παρακείμενα μη τραυματισμένα δόντια για 4 βδομάδες - Η θεραπεία εξαρτάται από τον βαθμό ωριμότητας και συνεργασίας του παιδιού. Για το λόγο αυτό πρέπει να γίνεται συζήτηση με τους γονείς όλες οι θεραπευτικές επιλογές (συμπεριλαμβανομένης της πολφοτομής). Κάθε επιλογή είναι παρεμβατική και μπορεί προκαλέσει στον ασθενή μακροχρόνια φόβο για 	<ul style="list-style-type: none"> • Ακτινογραφικός επανέλεγχος προτείνεται όταν υπάρχουν κλινικές ενδείξεις παθολογίας (βλ. αρνητικά αποτελέσματα) • Οι γονείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι και να παρακολουθούν για τυχόν αρνητική έκβαση του περιστατικού που χρήζει άμεσης επίσκεψης στον οδοντίατρο. Όταν υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα αρνητικής έκβασης τις περισσότερες φορές απαιτείται θεραπευτική αντιμετώπιση • Οι θεραπευτικές ενέργειες στο στάδιο της παρακολούθησης του παιδιού πρέπει να γίνονται από παιδοδοντίατρο και είναι εκτός πεδίου των συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών 		
--	--	---	---	--	--

		<p>τον οδοντίατρο. Η θεραπεία είναι προτιμότερο να γίνεται από παιδοδοντιάτρους ή οδοντιάτρους που έχουν εμπειρία και γνώση στη διαχείριση παιδικών οδοντικών τραυματισμών</p> <ul style="list-style-type: none">- Εκπαίδευση γονέα/ασθενή: Άσκηση ώστε κατά τη διάρκεια της μάσησης να μην προκαλείται επιπλέον τραυματισμός του ήδη τραυματισμένου δοντιού ενώ να γίνεται προσπάθεια για σταδιακή επιστροφή στη φυσιολογική λειτουργία το συντομότερο δυνατόν- Ενθάρρυνση για εφαρμογή καλής στοματικής υγιεινής και επούλωση των περιοδοντικών ιστών . Οι γονείς μπορούν να συνεισφέρουν με τον καθαρισμό της περιοχής με μια μαλακή οδοντόβουρτσα ή μία γάζα εμποτισμένη σε			
--	--	--	--	--	--

		μη αλκοολούχο διάλυμα 0.1-0.2% χλωρεξιδίνης 2 φορές τη μέρα για 1 εβδομάδα ώστε να αποφευχθεί η συσσώρευση οδοντικής πλάκας στην περιοχή			
--	--	--	--	--	--

Πίνακας 6. Κατευθυντήριες οδηγίες στη νεογιλή οδοντοφυΐα: Κάταγμα φατνιακής απόφυσης


				Τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν μερικά, αλλά όχι απαραίτητα όλα, από τα ακόλουθα	
Κάταγμα φατνιακής απόφυσης	Προτεινόμενες ακτινογραφίες	Θεραπεία	Παρακολούθηση	Θετικά αποτελέσματα	Αρνητικά αποτελέσματα
 <p>Κλινικά ευρήματα: Κάταγμα που περιλαμβάνει το φατνιακό οστό (παραϊακά και γλωσσικά/υπερωϊα) και μπορεί να εκτείνεται στο παρακείμενο οστό</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Πρέπει να γίνεται λήψη μιας οπισθοφατνιακής ακτινογραφίας (χρησιμοποιώντας # 0 πλακίδιο και την τεχνική της παραλλήλου) ή μιας ακτινογραφίας δήξεως (χρησιμοποιώντας #2 πλακίδιο) κατά την αρχική εξέταση για διαγνωστικούς σκοπούς και τη δημιουργία σημείου αναφοράς για 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση τοπικής αναισθησίας - Ξεπλένεται ή περιοχί με φυσιολογικό ορό και επανατοποθετείται το τμήμα της φατνιακής απόφυσης μαζί με τα δόντια που βρίσκονται σε έκτοπη θέση με τη χρήση οδοντάγρας ή ήπιων δακτυλικών κινήσεων πίσω στη φυσική τους θέση 	<ul style="list-style-type: none"> • Κλινική αξιολόγηση: <ul style="list-style-type: none"> - Σε 1 εβδομάδα - Σε 4 εβδομάδες αφαίρεση της ακινητοποίησης - Σε 8 εβδομάδες - Σε 1 χρόνο • Περαιτέρω επανέλεγχος πρέπει να γίνεται στην ηλικία των 6 ετών για την παρακολούθηση της ανατολής του μόνιμου δοντιού • Ακτινογραφική εξέταση στις 4 βδομάδες και στον 1 χρόνο για να γίνει αξιολόγηση πιθανής 	<ul style="list-style-type: none"> • Ασυμπτωματικό δόντι • Επούλωση πολφού με : <ul style="list-style-type: none"> - Κλινικά φυσιολογικό χρώμα της μύλης του δοντιού ή παρωδική δυσχρωμία (κόκκινη/γκρι/κίτρινη και ενασβεστίωση πολφού) - Απουσία σημείων νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης - Συνεχιζόμενη ανάπτυξη των ριζών 	<ul style="list-style-type: none"> • Συμπτωματικό δόντι • Σημεία περιακρορριζικής φλεγμονής και μικροβιακής μόλυνσης όπως : <ul style="list-style-type: none"> - Συρίγγιο, οίδημα στα ούλα, απόστημα ή αυξημένη κινητικότητα - Αποχρωματισμός της μύλης (σκούρο γκρι χρώμα) με ένα ή περισσότερα σημεία μικροβιακής μόλυνσης - Ακτινογραφικά σημεία πολφικής

<ul style="list-style-type: none"> • Συνήθως παρατηρείται έκτοπη θέση του οστού και κινητικότητα πολλών δοντιών ταυτοχρόνως ως μονάδα. • Αλλαγές στη σύγκλιση και μασητικές παρεμβολές μπορεί να παρατηρηθούν 	<p>σύγκριση κατά τους επανελέγχους</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μία ακτινογραφία υπό γωνία μπορεί να δώσει πληροφορίες για την σχέση του κατάγματος με τη νεογιλή και μόνιμη οδοντοφυΐα και να υποδείξει τυχόν παρέκκλιση παρειακά • Η κατακόρυφη γραμμή του κατάγματος μπορεί να εκτείνεται κάθετα κατά μήκος της περιοδοντικής μεμβράνης ή του διαφράγματος. Η οριζόντια γραμμή του κατάγματος μπορεί να βρίσκεται στα ακρορρίζια των νεογιλών δοντιών και στις μύλες των υπό ανατολή μόνιμων δοντιών • Επιπλέον ακτινογραφίες ή άλλες απεικονιστικές μέθοδοι (CBCT) είναι χρήσιμες για την ακριβή 	<ul style="list-style-type: none"> - Εύκαμπτη ακινητοποίηση με τα παρακείμενα δόντια που δεν είναι τραυματισμένα για τουλάχιστον 4 εβδομάδες - Η θεραπεία πρέπει να γίνεται κατά προτίμηση από παιδοδοντίατρο ή από οδοντίατρο με εμπειρία και γνώσεις στη διαχείριση οδοντικών τραυματισμών σε παιδιά - Εκπαίδευση γονέα/ασθενή: Άσκηση ώστε κατά τη διάρκεια της μάσησης να μην προκαλείται επιπλέον τραυματισμός του ήδη τραυματισμένου δοντιού ενώ να γίνεται προσπάθεια για σταδιακή επιστροφή στη φυσιολογική λειτουργία το συντομότερο δυνατόν - Ενθάρρυνση για 	<p>πρόσκρουσης του νεογιλού δοντιού με τον μόνιμο οδοντικό σπέρμα στο επίπεδο του κατάγματος. Η ακτινογραφία αυτή μπορεί να υποδείξει την ανάγκη για συχνότερους επανελέγχους ή θεραπευτικές ενέργειες. Λήψη επιπλέον ακτινογραφιών συνίσταται μόνο όταν υπάρχουν ενδείξεις κλινικών σημείων που υποδεικνύουν παθολογία (βλ. αρνητικά αποτελέσματα)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αν η γραμμή του κατάγματος εντοπίζεται στο ακρορρίζιο του νεογιλού δοντιού μπορεί να παρατηρηθεί σχηματισμός αποστήματος και ακτινογραφικά περιακρορριζική αλλοίωση • Οι γονείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι και να παρακολουθούν για τυχόν αρνητική έκβαση του περιστατικού που χρήζει άμεσης επίσκεψης στον οδοντίατρο. Όταν υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα αρνητικής έκβασης τις περισσότερες φορές απαιτείται θεραπευτική αντιμετώπιση 	<p>σε δόντια με αδιάπλαστο ακρορρίζιο και εναπόθεση ενασβεστωμένου ιστού</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επούλωση περιοδοντικών ιστών • Ευθυγράμμιση του φατνιακού τμήματος και φυσιολογική αποκατάσταση της σύγκλισης • Καμία διατάραξη στη φυσιολογική ανατολή του μόνιμου δοντιού 	<p>νέκρωσης και μόλυνσης</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μη συνεχιζόμενη διάπλωση της ρίζας σε αδιάπλαστα δόντια με ανοιχτό ακρορρίζιο. • Ελάχιστη ή καμία βελτίωση στη θέση του μετατοπισμένου φατνιακού τμήματος και δεν έχει επιτευχθεί φυσιολογική σύγκλιση • Αρνητική επίδραση στη φυσιολογική ανάπτυξη και ανατολή του μόνιμου δοντιού
---	---	--	---	--	--

	<p>διάγνωση της έκτασης του κατάγματος, ωστόσο πρέπει να εφαρμόζεται μόνο όταν υπάρχει πιθανότητα να αλλάξει το σχέδιο θεραπείας</p>	<p>εφαρμογή καλής στοματικής υγιεινής και επούλωση των περιοδοντικών ιστών . Οι γονείς μπορούν να συνεισφέρουν με τον καθαρισμό της περιοχής με μια μαλακή οδοντόβουρτσα ή μία γάζα εμποτισμένη σε μη αλκοολούχο διάλυμα 0.1-0.2% χλωρεξιδίνης 2 φορές τη μέρα για 1 εβδομάδα ώστε να αποφευχθεί η συσσώρευση οδοντικής πλάκας στην περιοχή</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Οι θεραπευτικές ενέργειες στο στάδιο της παρακολούθησης του παιδιού πρέπει να γίνονται από παιδοδοντίατρο και είναι εκτός πεδίου των συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών 		
--	--	---	---	--	--


Πίνακας 7. Κατευθυντήριες οδηγίες για νεογιλή οδοντοφυΐα: Διάσειση

Τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν μερικά, αλλά όχι απαραίτητα όλα, από τα ακόλουθα

Διάσειση	Προτεινόμενες ακτινογραφίες	Θεραπεία	Παρακολούθηση	Θετικά αποτελέσματα	Αρνητικά αποτελέσματα
 <p>Κλινικά ευρήματα: Το δόντι είναι ευαίσθητο με την επαφή αλλά δεν παρουσιάζει μετατόπιση</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έχει φυσιολογική κινητικότητα και δεν παρουσιάζει αιμορραγία από την ουλοδοντική σχισμή 	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν απαιτείται ακτινογραφικός έλεγχος 	<ul style="list-style-type: none"> - Δεν ενδείκνυται καμία θεραπευτική παρέμβαση - Παρακολούθηση - Εκπαίδευση γονέα/ασθενή: Άσκηση ώστε κατά τη διάρκεια της μάσησης να μην προκαλείται επιπλέον τραυματισμός του ήδη τραυματισμένου δοντιού ενώ να γίνεται ενθάρρυνση για σταδιακή επιστροφή στη φυσιολογική λειτουργία το συντομότερο δυνατόν - Ενθάρρυνση για εφαρμογή καλής στοματικής υγιεινής και επούλωση των περιοδοντικών ιστών . Οι γονείς μπορούν να συνεισφέρουν με τον καθαρισμό της περιοχής με μια μαλακή οδοντόβουρτσα ή μία γάζα εμποτισμένη σε μη αλκοολούχο διάλυμα 0.1-0.2% χλωρεξιδίνης 2 φορές τη μέρα για 1 εβδομάδα ώστε να αποφευχθεί η συσσώρευση οδοντικής πλάκας στην περιοχή 	<ul style="list-style-type: none"> • Κλινική αξιολόγηση: <ul style="list-style-type: none"> - Σε 1 εβδομάδα - Σε 6-8 εβδομάδες • Ακτινογραφική εξέταση ενδείκνυται μόνο όταν υπάρχουν κλινικές ενδείξεις παθολογίας(βλ αρνητικά αποτελέσματα) • Οι γονείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι και να παρακολουθούν για τυχόν αρνητική έκβαση του περιστατικού που χρήζει άμεσης επίσκεψης στον οδοντίατρο. Όταν υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα αρνητικής έκβασης τις περισσότερες φορές απαιτείται θεραπευτική αντιμετώπιση • Οι θεραπευτικές ενέργειες στο στάδιο της παρακολούθησης του παιδιού πρέπει να γίνονται από παιδοδοντίατρο και είναι εκτός πεδίου των συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών 	<ul style="list-style-type: none"> • Ασυμπτωματικό δόντι • Επούλωση πολφού με : <ul style="list-style-type: none"> - Κλινικά φυσιολογικό χρώμα της μύλης του δοντιού ή παρωδική δυσχρωμία (κόκκινη/γκρι/κίτρινη και ενασβεστίωση πολφού) - Απουσία σημείων νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης • Συνεχιζόμενη ανάπτυξη των ριζών σε δόντια με αδιάπλαστο ακρορρίζιο • Καμία διατάραξη στη φυσιολογική ανατολή του μόνιμου δοντιού 	<ul style="list-style-type: none"> • Συμπτωματικό δόντι • Σημεία πολφικής νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης όπως : <ul style="list-style-type: none"> - Συρίγγιο, οίδημα στα ούλα, απόστημα ή αυξημένη κινητικότητα - Αποχρωματισμός της μύλης (σκούρο γκρι χρώμα) με ένα ή περισσότερα σημεία μικροβιακής μόλυνσης - Ακτινογραφικά σημεία πολφικής νέκρωσης και μόλυνσης • Μη συνεχιζόμενη διάπλαση της ρίζας σε αδιάπλαστα δόντια με ανοιχτό ακρορρίζιο • Αρνητική επίδραση στη φυσιολογική ανάπτυξη και ανατολή του μόνιμου δοντιού

Πίνακας 8. Κατευθυντήριες οδηγίες στη νεογιλή οδοντοφυΐα: Κινητικότητα χωρίς μετατόπιση

Τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν μερικά, αλλά όχι απαραίτητα όλα, από τα ακόλουθα

Υπεξάρθρωση-Χαλάρωση	Προτεινόμενες ακτινογραφίες και ευρήματα	Θεραπεία	Παρακολούθηση	Θετικά αποτελέσματα	Αρνητικά αποτελέσματα
 <p>Κλινικά ευρήματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Το δόντι είναι ευαίσθητο στην επαφή και έχει μεγάλη κινητικότητα αλλά δεν έχει μετατοπιστεί • Αιμορραγία από την ουλοδοντική σχισμή 	<ul style="list-style-type: none"> • Πρέπει να γίνεται λήψη μιας οπισθοφανιακής ακτινογραφίας (χρησιμοποιώντας # 0 πλακίδιο και την τεχνική της παραλλήλου) ή μιας ακτινογραφίας δήξεως (χρησιμοποιώντας #2 πλακίδιο) κατά την αρχική εξέταση για διαγνωστικούς σκοπούς και τη δημιουργία σημείου αναφοράς για σύγκριση κατά τους επανελέγχους • Φυσιολογικός ή ελαφρώς διευρυμένος περιριζικός χώρος 	<ul style="list-style-type: none"> - Συνήθως δεν απαιτείται καμία θεραπευτική παρέμβαση - Παρακολούθηση - Εκπαίδευση γονέα/ασθενή: Άσκηση ώστε κατά τη διάρκεια της μάσησης να μην προκαλείται επιπλέον τραυματισμός του ήδη τραυματισμένου δοντιού ενώ να γίνεται προσπάθεια για σταδιακή επιστροφή στη φυσιολογική λειτουργία το συντομότερο δυνατόν - Ενθάρρυνση για εφαρμογή καλής στοματικής υγιεινής και επούλωση των περιοδοντικών ιστών . Οι γονείς μπορούν να συνεισφέρουν με τον καθαρισμό της περιοχής με μια μαλακή 	<ul style="list-style-type: none"> • Κλινική αξιολόγηση: <ul style="list-style-type: none"> - Σε 1 εβδομάδα - Σε 6-8 εβδομάδες • Όταν υπάρχουν υποψίες για αρνητική έκβαση του περιστατικού προτείνεται συνέχιση των κλινικών επανελέγχων κάθε χρόνο μέχρι την ανατολή του μόνιμου δοντιού. • Ακτινογραφική εξέταση ενδείκνυται μόνο όταν υπάρχουν κλινικές ενδείξεις παθολογίας (βλ αρνητικά αποτελέσματα) • Οι γονείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι και να παρακολουθούν για τυχόν αρνητική έκβαση του περιστατικού που χρήζει άμεσης επίσκεψης στον οδοντίατρο. Όταν υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα αρνητικής έκβασης τις περισσότερες φορές απαιτείται θεραπευτική αντιμετώπιση • Οι θεραπευτικές ενέργειες 	<ul style="list-style-type: none"> • Ασυμπτωματικό δόντι • Επούλωση πολφού με : <ul style="list-style-type: none"> - Κλινικά φυσιολογικό χρώμα της μύλης του δοντιού ή παρωδική δυσχρωμία (κόκκινη/γκρι/κίτρινη και ενασβεστίωση πολφού) - Απουσία σημείων νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης • Συνεχιζόμενη ανάπτυξη των ριζών σε δόντια με αδιάπλαστο ακρορρίζιο • Καμία διατάραξη στη φυσιολογική ανατολή του μόνιμου δοντιού 	<ul style="list-style-type: none"> • Συμπτωματικό δόντι • Σημεία πολφικής νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης όπως : <ul style="list-style-type: none"> - Συρίγγιο, οίδημα στα ούλα, απόστημα ή αυξημένη κινητικότητα - Αποχρωματισμός της μύλης του δοντιού (σκούρο γκρι χρώμα) με ένα ή περισσότερα σημεία μικροβιακής μόλυνσης - Ακτινογραφικά σημεία πολφικής νέκρωσης και μόλυνσης • Μη συνεχιζόμενη διάπλαση της ρίζας σε αδιάπλαστα δόντια με ανοιχτό ακρορρίζιο • Αρνητική επίδραση στη φυσιολογική ανάπτυξη και ανατολή του μόνιμου δοντιού

		<p>οδοντόβουρτσα ή μία γάζα εμποτισμένη σε μη αλκοολούχο διάλυμα 0.1-0.2% χλωρεξιδίνης 2 φορές τη μέρα για 1 εβδομάδα ώστε να αποφευχθεί η συσσώρευση οδοντικής πλάκας στην περιοχή</p>	<p>στο στάδιο της παρακολούθησης του παιδιού πρέπει να γίνονται από παιδοδοντίατρο και είναι εκτός πεδίου των συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών.</p>		
--	--	---	---	--	--

Πίνακας 9. Κατευθυντήριες οδηγίες στη νεογιλή οδοντοφυΐα: Μερική εκγύμνωση

				<p>Τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν μερικά, αλλά όχι απαραίτητα όλα, από τα ακόλουθα</p>	
Μερική εκγύμνωση	Προτεινόμενες ακτινογραφίες και ευρήματα	Θεραπεία	Παρακολούθηση	Θετικά αποτελέσματα	Αρνητικά αποτελέσματα



Κλινικά ευρήματα:

Μερική μετατόπιση του δοντιού εκτός φατνίου

- Το δόντι παρατηρείται επιμηκυμένο και μπορεί να έχει μεγάλη κινητικότητα
- Μπορεί να παρατηρούνται μασητικές παρεμβολές σύγκλεισης

- Πρέπει να γίνεται λήψη μιας οπισθοφατνιακής ακτινογραφίας (χρησιμοποιώντας # 0 πλακίδιο και την τεχνική της παραλλήλου) ή μιας ακτινογραφίας δήξεως (χρησιμοποιώντας #2 πλακίδιο) κατά την αρχική εξέταση για διαγνωστικούς σκοπούς και τη δημιουργία σημείου αναφοράς για σύγκριση κατά τους επανελέγχους
- Ελαφρώς διευρυμένος περιριζικός χώρος ακρορριζικά

- Οι θεραπευτικές αποφάσεις βασίζονται στον βαθμό της μετατόπισης, κινητικότητας, παρεμβολές σύγκλεισης, στάδιο διάπλασης της ρίζας και την ικανότητα το παιδιού να συνεργαστεί κατά την επείγουσα συνεδρία
- Αν το δόντι δεν έχει πρόωρη επαφή με τους ανταγωνιστές-αναμένεται να επανέλθει αυθόρμητα στη φυσιολογική του θέση
- Αν το δόντι έχει μεγάλη κινητικότητα ή έχει μερική εκγύμωση >3mm προτείνεται εξαγωγή με τοπική αναισθησία
- Όλες οι θεραπευτικές ενέργειες είναι προτιμότερο να γίνονται από παιδοδοντίατρο ή από οδοντίατρο με εμπειρία και γνώσεις στη διαχείριση οδοντικών τραυματισμών στα παιδιά. Οι εξαγωγές νεογίων δοντιών έχουν πιθανότητα να αναπτύξουν μακροπρόθεσμα φόβο για

- Κλινική αξιολόγηση:
 - Σε 1 εβδομάδα
 - Σε 6-8 εβδομάδες
 - Σε 1 χρόνο
- Σε περιπτώσεις που αναμένεται αρνητική έκβαση του περιστατικού προτείνεται επανέλεγχος κάθε χρόνο μέχρι την ανατολή του μόνιμου δοντιού στο φραγμό
- Ακτινογραφική εξέταση ενδείκνυται μόνο όταν υπάρχουν κλινικές ενδείξεις παθολογίας (βλ αρνητικά αποτελέσματα)
- Οι γονείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι και να παρακολουθούν για τυχόν αρνητική έκβαση του περιστατικού που χρήζει άμεσης επίσκεψης στον οδοντίατρο. Όταν υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα αρνητικής έκβασης τις περισσότερες φορές απαιτείται θεραπευτική αντιμετώπιση
- Οι θεραπευτικές ενέργειες στο στάδιο της παρακολούθησης του παιδιού πρέπει να γίνονται από


- Ασυμπτωματικό δόντι
- Επούλωση πολφού με :
 - Κλινικά φυσιολογικό χρώμα της μύλης του δοντιού ή παρωδική δυσχρωμία (κόκκινη/γκρι/κίτρινη και ενασβεστίωση πολφού)
 - Απουσία σημείων νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης
- Συνεχιζόμενη ανάπτυξη των ριζών σε δόντια με αδιάπλαστο ακρορριζίο
- Αυθόρμητη επαναφορά του μερικώς εκγομφωμένου δοντιού
- Απουσία μασητικής παρεμβολής
- Καμία διατάραξη στην ανάπτυξη και φυσιολογική ανατολή του μόνιμου δοντιού

- Συμπτωματικό δόντι
- Σημεία πολφικής νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης όπως :
 - Συρίγγιο, οίδημα στα ούλα, απόστημα ή αυξημένη κινητικότητα
 - Αποχρωματισμός της μύλης του δοντιού (σκούρο γκρι χρώμα) με ένα ή περισσότερα σημεία μικροβιακής μόλυνσης
 - Ακτινογραφικά σημεία πολφικής νέκρωσης και μόλυνσης
- Μη συνεχιζόμενη διάπλαση της ρίζας σε αδιάπλαστα δόντια με ανοιχτό ακρορριζίο.
- Καμία βελτίωση στη θέση του μερικώς εκγομφωμένου δοντιού
- Αρνητική επίδραση στη φυσιολογική ανάπτυξη και ανατολή του μόνιμου δοντιού

		<p>τον οδοντίατρο στα παιδιά</p> <ul style="list-style-type: none">- Εκπαίδευση γονέα/ασθενή: Άσκηση ώστε κατά τη διάρκεια της μάσησης να μην προκαλείται επιπλέον τραυματισμός του ήδη τραυματισμένου δοντιού ενώ να γίνεται προσπάθεια για σταδιακή επιστροφή στη φυσιολογική λειτουργία το συντομότερο δυνατόν- Ενθάρρυνση για εφαρμογή καλής στοματικής υγιεινής και επούλωση των περιοδοντικών ιστών . Οι γονείς μπορούν να συνεισφέρουν με τον καθαρισμό της περιοχής με μια μαλακή οδοντόβουρτσα ή μία γάζα εμποτισμένη σε μη αλκοολούχο διάλυμα 0.1-0.2% χλωρεξιδίνης 2 φορές τη μέρα για 1 εβδομάδα ώστε να αποφευχθεί η συσσώρευση οδοντικής πλάκας στην περιοχή	<p>παιδοδοντίατρο και είναι εκτός πεδίου των συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών</p>		
--	--	---	---	--	--


Πίνακας 10. Κατευθυντήριες οδηγίες στη νεογιλή οδοντοφυΐα: Πλάγια μετατόπιση

Τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν μερικά, αλλά όχι απαραίτητα όλα, από τα ακόλουθα

Πλάγια μετατόπιση	Προτεινόμενες ακτινογραφίες και ευρήματα	Θεραπεία	Παρακολούθηση	Θετικά αποτελέσματα	Αρνητικά αποτελέσματα
 <p>Κλινικά ευρήματα: Το δόντι είναι μετατοπισμένο σε υπερώϊα/γλωσσική ή παρειακή κατεύθυνση</p> <ul style="list-style-type: none"> • Δεν έχει κινητικότητα • Μπορεί να παρατηρούνται μασητικές παρεμβολές σύγκλεισης 	<ul style="list-style-type: none"> • Πρέπει να γίνεται λήψη μιας οπισθοφανιακής ής ακτινογραφίας (χρησιμοποιώντας #0 πλακίδιο και την τεχνική της παραλλήλου) ή μιας ακτινογραφίας δήξεως (χρησιμοποιώντας #2 πλακίδιο) κατά την αρχική εξέταση για διαγνωστικούς σκοπούς και τη δημιουργία 	<ul style="list-style-type: none"> • Αν υπάρχει πολύ μικρή ή απουσία πρόωρης επαφής το δόντι πρέπει να αφήνεται να επανέλθει αυθόρμητα στη φυσιολογική του θέση <ul style="list-style-type: none"> - Αυτόματη επαναφορά παρατηρείται συνήθως μέσα σε 6 μήνες • Σε περιπτώσεις μεγαλύτερης μετατόπισης, υπάρχουν 2 επιλογές (με τη χρήση τοπικής αναισθησίας) • Επιλογή Α: <ul style="list-style-type: none"> - Εξαγωγή όταν υπάρχει κίνδυνος κατάποσης του δοντιού • Επιλογή Β: <ul style="list-style-type: none"> - Επανατοποθέτηση του δοντιού με ήπιες κινήσεις - Αν το δόντι δεν είναι σταθερό στη θέση του, εύκαμπτη ακινητοποίηση για 4 εβδομάδες στηριζόμενη στα παρακείμενα γιγία δόντια • Όλες οι θεραπευτικές ενέργειες είναι προτιμότερο να γίνονται από παιδοδοντίατρο ή από οδοντίατρο με 	<ul style="list-style-type: none"> • Κλινική αξιολόγηση: <ul style="list-style-type: none"> - Σε 1 εβδομάδα - Σε 6-8 εβδομάδες - Σε 6 μήνες - Σε 1 χρόνο • Αν γίνει επανατοποθέτηση και ακινητοποίηση επανέλεγχος: <ul style="list-style-type: none"> - Σε 1 εβδομάδα - Σε 4 εβδομάδες αφαίρεση ακινητοποίησης - Σε 8 εβδομάδες - Σε 6 μήνες - Σε 1 χρόνο • Όταν υπάρχουν υποψίες για αρνητική έκβαση του περιστατικού προτείνεται συνέχιση των κλινικών επανελέγχων κάθε 	<ul style="list-style-type: none"> • Ασυμπτωματικό δόντι • Επούλωση πολφού με : <ul style="list-style-type: none"> - Κλινικά φυσιολογικό χρώμα της μύλης του δοντιού ή παρωδική δυσχρωμία (κόκκινη/γκρι/κίτρινη και ενασβεστίωση πολφού) - Απουσία σημείων νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης • Συνεχιζόμενη ανάπτυξη των ριζών σε δόντια με αδιάπλαστο ακρορρίζιο • Επούλωση περιοδοντικών ιστών • Ευθυγράμμιση του μετατοπισμένου δοντιού • Απουσία πρόωρων επαφών και διαταραχή της σύγκλεισης-φυσιολογική σύγκλειση 	<ul style="list-style-type: none"> • Σημεία πολφικής νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης όπως : <ul style="list-style-type: none"> - Συρίγγιο, οίδημα στα ούλα, απόστημα ή αυξημένη κινητικότητα - Αποχρωματισμός της μύλης του δοντιού (σκουρό γκρι χρώμα) με ένα ή περισσότερα σημεία μικροβιακής μόλυνσης - Ακτινογραφικά σημεία πολφικής νέκρωσης και μόλυνσης • Αγκύλωση • Μη συνεχιζόμενη διάπλαση της ρίζας σε αδιάπλαστα δόντια με ανοιχτό ακρορρίζιο. • Καμία βελτίωση στη θέση του μετατοπισμένου δοντιού

	<p>σημείου αναφοράς για σύγκριση κατά τους επανελέγχους</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αυξημένη διεύρυνση περιρριζικού χώρου ακρορριζικά (παρατηρείται συνήθως στην ακτινογραφία δήξεως όταν το δόντι έχει προστομιακή μετατόπιση) 	<p>εμπειρία και γνώσεις στη διαχείριση οδοντικών τραυματισμών στα παιδιά. Οι εξαγωγές νεογιλών δοντιών έχουν πιθανότητα να αναπτύξουν μακροπρόθεσμα φόβο για τον οδοντίατρο στα παιδιά</p> <ul style="list-style-type: none"> • Εκπαίδευση γονέα/ασθενή <ul style="list-style-type: none"> - Άσκηση ώστε κατά τη διάρκεια της μάσησης να μην προκαλείται επιπλέον τραυματισμός του ήδη τραυματισμένου δοντιού ενώ να γίνεται προσπάθεια για σταδιακή επιστροφή στη φυσιολογική λειτουργία το συντομότερο δυνατόν - Ενθάρρυνση για καλή στοματική υγιεινή και επούλωση των περιοδοντικών ιστών . Οι γονείς μπορούν να συνεισφέρουν με τον καθαρισμό της περιοχής με μια μαλακή οδοντόβουρτσα ή μία γάζα εμποτισμένη σε μη αλκοολούχο διάλυμα 0.1-0.2% χλωρεξιδίνης 2 φορές τη μέρα για 1 εβδομάδα ώστε να αποφευχθεί η συσσώρευση οδοντικής πλάκας στην περιοχή 	<p>χρόνο μέχρι την ανατολή του μόνιμου δοντιού</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ακτινογραφική εξέταση ενδείκνυται μόνο όταν υπάρχουν κλινικές ενδείξεις παθολογίας (βλ αρνητικά αποτελέσματα) • Οι γονείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι και να παρακολουθούν για τυχόν αρνητική έκβαση του περιστατικού που χρήζει άμεσης επίσκεψης στον οδοντίατρο. Όταν υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα αρνητικής έκβασης τις περισσότερες φορές απαιτείται θεραπευτική αντιμετώπιση • Οι θεραπευτικές ενέργειες στο στάδιο της παρακολούθησης του παιδιού πρέπει να γίνονται από παιδοδοντίατρο και είναι εκτός πεδίου των συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών 	<ul style="list-style-type: none"> • Καμία διατάραξη στην ανάπτυξη και φυσιολογική ανατολή του μόνιμου δοντιού 	<ul style="list-style-type: none"> • Αρνητική επίδραση στη φυσιολογική ανάπτυξη και ανατολή του μόνιμου δοντιού
--	---	--	---	---	--


Πίνακας 11. Κατευθυντήριες οδηγίες στη νεογιλή οδοντοφυΐα: Εμβύθιση

				Τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν μερικά, αλλά όχι απαραίτητα όλα, από τα ακόλουθα	
Εμβύθιση	Προτεινόμενες ακτινογραφίες και ευρήματα	Θεραπεία	Παρακολούθηση	Θετικά αποτελέσματα	Αρνητικά αποτελέσματα
 <p>Κλινικά ευρήματα: Το δόντι είναι μετατοπισμένο, συνήθως με ακρορριζική κατεύθυνση, μέσα στο παρειακό οστικό τοίχωμα του φατνίου ή μπορεί να προσκρούει στο οδοντικό σπέρμα του μόνιμου δοντιού</p> <ul style="list-style-type: none"> • Το δόντι μπορεί να έχει εξαφανιστεί εντός του φατνίου και μπορεί να γίνει ψηλάφηση 	<ul style="list-style-type: none"> • Πρέπει να γίνεται λήψη μιας οπισθοφατνιακής ακτινογραφίας (χρησιμοποιώντας # 0 πλακίδιο και την τεχνική της παραλλήλου) ή μιας ακτινογραφίας διέξεως (χρησιμοποιώντας #2 πλακίδιο) κατά την αρχική εξέταση για διαγνωστικούς σκοπούς και τη δημιουργία σημείου αναφοράς για σύγκριση κατά τους επανελέγχους • Όταν το ακρορριζίο είναι εμβυθισμένο με κατεύθυνση το παρειακό οστικό πέταλο, το ακρορριζίο μπορεί να παρατηρηθεί και ακτινογραφικά, το δόντι απεικονίζεται πιο κοντό από το παρακείμενο 	<ul style="list-style-type: none"> • Αυτόματη ανατολή/επαναφορά ανεξαρτήτως της κατεύθυνσης της εμβύθισης. Προκειμένου να εκτιμηθεί στο μέλλον ο βαθμός ανατολής προτείνεται να καταγράφεται η απόσταση μεταξύ της κοπτικής επιφάνειας του εμβυθισμένου δοντιού και της αντίστοιχης του παρακείμενου μη τραυματισμένου <ul style="list-style-type: none"> - Η αυθόρμητη ανατολή συνήθως συμβαίνει μέσα στους πρώτους 6 μήνες - Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί μέχρι και 1 χρόνος • Άμεση παραπομπή (μέσα σε μερικές ημέρες) σε παιδοδοντίατρο ή σε 	<ul style="list-style-type: none"> • Κλινική αξιολόγηση: <ul style="list-style-type: none"> - Σε 1 εβδομάδα - Σε 6-8 εβδομάδες - Σε 6 μήνες - Σε 1 χρόνο • Προτείνεται επανελέγχος στην ηλικία των 6 ετών σε περιπτώσεις μεγάλης εμβύθισης του νεογιλού δοντιού για έλεγχο της ομαλής ανατολής του μόνιμου δοντιού • Όταν υπάρχουν υποψίες για αρνητική έκβαση του περιστατικού προτείνεται συνέχιση των κλινικών επανελέγχων κάθε χρόνο μέχρι την ανατολή του μόνιμου 	<ul style="list-style-type: none"> • Ασυμπτωματικό δόντι • Επούλωση πολφού με : <ul style="list-style-type: none"> - Κλινικά φυσιολογικό χρώμα της μύλης του δοντιού ή παρωδική δυσχρωμία (κόκκινη/γκρι/κίτρινη και ενασβεστίωση πολφού) - Απουσία σημείων νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης • Συνεχιζόμενη ανάπτυξη των ριζών σε δόντια με αδιάπλαστο 	<ul style="list-style-type: none"> • Συμπτωματικό δόντι • Σημεία πολφικής νέκρωσης και μικροβιακής μόλυνσης όπως : <ul style="list-style-type: none"> - Συρίγγιο, οίδημα στα ούλα, απόστημα ή αυξημένη κινητικότητα - Αποχρωματισμός της μύλης του δοντιού (σκουρο γκρι χρώμα) με ένα ή περισσότερα σημεία μικροβιακής μόλυνσης - Ακτινογραφικά σημεία πολφικής νέκρωσης και μόλυνσης • Αγκύλωση • Μη συνεχιζόμενη διάπλαση της ρίζας σε αδιάπλαστα δόντια με

<p>παρειαικά</p>	<p>αντίστοιχο δόντι</p> <ul style="list-style-type: none"> Όταν το ακρορρίζιο είναι εμβυθισμένο με κατεύθυνση προς το οδοντικό σπέρμα του μόνιμου δοντιού, το ακρορρίζιο δεν μπορεί να παρατηρηθεί και ακτινογραφικά το δόντι απεικονίζεται πιο μακρύ. 	<p>οδοντίατρο που έχει εμπειρία και γνώσεις στη διαχείριση οδοντικών τραυματισμών στα παιδιά</p> <ul style="list-style-type: none"> Εκπαίδευση γονέα/ασθενή: <ul style="list-style-type: none"> Άσκηση ώστε κατά τη διάρκεια της μάσησης να μην προκαλείται επιπλέον τραυματισμός του ήδη τραυματισμένου δοντιού ενώ να γίνεται προσπάθεια για σταδιακή επιστροφή στη φυσιολογική λειτουργία το συντομότερο δυνατόν - Ενθάρρυνση για καλή στοματική υγιεινή και επούλωση των περιοδοντικών ιστών . Οι γονείς μπορούν να συνεισφέρουν με τον καθαρισμό της περιοχής με μια μαλακή οδοντόβουρτσα ή μία γάζα εμποτισμένη σε μη αλκοολούχο διάλυμα 0.1-0.2% χλωρεξιδίνης 2 φορές τη μέρα για 1 εβδομάδα ώστε να αποφευχθεί η συσσώρευση οδοντικής πλάκας στην περιοχή 	<p>δοντιού</p> <ul style="list-style-type: none"> Ακτινογραφική εξέταση ενδείκνυται μόνο όταν υπάρχουν κλινικές ενδείξεις παθολογίας (βλ αρνητικά αποτελέσματα) Οι γονείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι και να παρακολουθούν για τυχόν αρνητική έκβαση του περιστατικού που χρήζει άμεσης επίσκεψης στον οδοντίατρο. Όταν υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα αρνητικής έκβασης τις περισσότερες φορές απαιτείται θεραπευτική αντιμετώπιση Οι θεραπευτικές ενέργειες στο στάδιο της παρακολούθησης του παιδιού πρέπει να γίνονται από παιδοδοντίατρο και είναι εκτός πεδίου των συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών 	<p>ακρορρίζιο</p> <ul style="list-style-type: none"> Επούλωση περιοδοντικών ιστών Ευθυγράμμιση του εμβυθισμένου δοντιού Καμία διατάραξη στην ανάπτυξη και φυσιολογική ανατολή του μόνιμου δοντιού 	<p>ανοιχτό ακρορρίζιο.</p> <ul style="list-style-type: none"> Καμία βελτίωση στη θέση του εμβυθισμένου δοντιού Αρνητική επίδραση στη φυσιολογική ανάπτυξη και ανατολή του μόνιμου δοντιού
------------------	---	--	---	--	---

Πίνακας 12. Κατευθυντήριες οδηγίες στη νεογιλή οδοντοφυΐα: Ολική εκγόμφωση

Τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν μερικά, αλλά όχι απαραίτητως όλα, από τα ακόλουθα

Ολική εκγόμφωση	Προτεινόμενες ακτινογραφίες και ευρήματα	Θεραπεία	Παρακολούθηση	Θετικά αποτελέσματα	Αρνητικά αποτελέσματα
 <p>Κλινικά ευρήματα: Το δόντι έχει εξολοκλήρου μετατοπιστεί εκτός του φατνίου</p> <ul style="list-style-type: none"> Κατά τη λήψη του ιστορικού και αξιολόγησης του περιστατικού πρέπει να ερευνηθεί ο τόπος που συνέβη η εκγόμφωση κυρίως όταν κατά τη διάρκεια του ατυχήματος δεν υπήρχε κάποιος ενήλικας αυτόπτης μάρτυρας ή υπήρχε 	<ul style="list-style-type: none"> Πρέπει να γίνεται λήψη μιας οπισθοφανιακής ακτινογραφίας (χρησιμοποιώντας # 0 πλακίδιο και την τεχνική της παραλλήλου) ή μιας ακτινογραφίας δήξεως (χρησιμοποιώντας #2 πλακίδιο) κατά την αρχική εξέταση για διαγνωστικούς σκοπούς και την εξακρίβωση ότι το δόντι δεν έχει ενσφηνωθεί αλλά εκγομφωθεί Η ακτινογραφία είναι σημαντική για τη δημιουργία σημείου αναφοράς σύγκρισης κατά τους επανελέγχους και αξιολόγηση για πιθανή μετατόπιση του υπό ανατολή μόνιμου δοντιού 	<ul style="list-style-type: none"> Τα εκγομφωμένα νεογιλά δόντια δεν πρέπει να επαναφυτεύονται Εκπαίδευση γονέα/ασθενή <ul style="list-style-type: none"> Άσκηση ώστε κατά τη διάρκεια της μάσησης να μην προκαείται επιπλέον τραυματισμός των μαλακών ιστών Ενθάρρυνση για καλή στοματική υγιεινή και επούλωση των περιοδοντικών ιστών . Οι γονείς μπορούν να συνεισφέρουν με τον καθαρισμό της περιοχής με μια μαλακή οδοντόβουρτσα ή μία γάζα εμποτισμένη σε μη αλκοολούχο διάλυμα 0.1-0.2% χλωρεξιδίνης 2 φορές τη μέρα για 1 εβδομάδα ώστε να αποφευχθεί η συσσώρευση οδοντικής πλάκας στην 	<ul style="list-style-type: none"> Κλινική αξιολόγηση: <ul style="list-style-type: none"> Σε 6-8 εβδομάδες Περαιτέρω επανέλεγχος ενδείκνυται στην ηλικία των 6 χρόνων για παρακολούθηση της ανατολής του μόνιμου δοντιού Ακτινογραφική εξέταση ενδείκνυται μόνο όταν υπάρχουν κλινικές ενδείξεις παθολογίας (βλ αρνητικά αποτελέσματα) Οι γονείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι και να παρακολουθούν για τυχόν αρνητική έκβαση του 	<ul style="list-style-type: none"> Καμία διατάραξη στην ανάπτυξη και φυσιολογική ανατολή του μόνιμου δοντιού 	<ul style="list-style-type: none"> Αρνητική επίδραση στη φυσιολογική ανάπτυξη και ανατολή του μόνιμου δοντιού

<p>απώλεια συνείδησης</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ενώ τις περισσότερες φορές τα εκγομφωμένα δόντια βρίσκονται εκτός στόματος, υπάρχει πιθανότητα να έχουν ενσφηνωθεί σε μαλακούς ιστούς όπως το χείλος, η γλώσσα, να έχουν ενσφηνωθεί στη μύτη ή να έχει γίνει κατάποσή τους • Αν το εκγομφωμένο δόντι δεν μπορεί να βρεθεί, το παιδί πρέπει να παραπέμπεται για ιατρική εξέταση σε νοσοκομείο ειδικά όταν υπάρχουν συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα 		<p>περιοχή</p>	<p>περιστατικού που χρήζει άμεσης επίσκεψης στον οδοντίατρο. Όταν υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα αρνητικής έκβασης τις περισσότερες φορές απαιτείται θεραπευτική αντιμετώπιση</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οι θεραπευτικές ενέργειες στο στάδιο της παρακολούθησης του παιδιού πρέπει να γίνονται από παιδοδοντίατρο και είναι εκτός πεδίου των συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών 		
---	--	----------------	---	--	--

ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ

Οι συγγραφείς επιβεβαιώνουν ότι δεν έχουν σύγκρουση συμφερόντων. Δεν έχει γίνει χρηματοδότηση για το έργο που πραγματοποιήθηκε. Οι εικόνες είναι με την ευγενική παραχώρηση του Dental Trauma Guide.

ΚΩΔΙΚΑΣ ΗΘΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Δεν απαιτήθηκε κώδικας ηθικής δεοντολογίας για αυτό το άρθρο

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sleet DA. The global challenge of child injury prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(9) pii: E1921. doi: 10.3390/ijerph15091921.
2. Petersson EE, Andersson L, Sorensen S. Traumatic oral vs non-oral injuries. *Swed Dent J*. 1997;21:55-68.
3. Petti S, Glendor U, Andersson L. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis-One billion living people have had traumatic dental injuries. *Dent Traumatol*. 2018;34:71-86.
4. Glendor U. Epidemiology of traumatic dental injuries - a 12 year review of the literature. *Dent Traumatol*. 2008;24:603-11.
5. Andersson L, Petti S, Day P, Kenny K, Glendor U, Andreasen JO. Classification, Epidemiology and Etiology. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, eds. *Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth*. 5th edn. Copenhagen: Wiley Blackwell 2019:252-94.
6. Glendor U, Halling A, Andersson L, Eilert-Petersson E. Incidence of traumatic tooth injuries in children and adolescents in the county of Vastmanland, Sweden. *Swed Dent J*. 1996;20:15-28.
7. Andreasen JO, Ravn JJ. Epidemiology of traumatic dental injuries to primary and permanent teeth in a Danish population sample. *Int J Oral Surg*. 1972;1:235-9.
8. Borum MK, Andreasen JO. Sequelae of trauma to primary maxillary incisors. I. Complications in the primary dentition. *Endod Dent Traumatol*. 1998;14:31-44.
9. Kupietzky A, Holan G. Treatment of crown fractures with pulp exposure in primary incisors. *Pediatr Dent*. 2003;25:241-7.
10. Holan G, Ram D. Sequelae and prognosis of intruded primary incisors: a retrospective study. *Pediatr Dent*. 1999;21:242-7.
11. Assuncao LR, Ferelle A, Iwakura ML, Nascimento LS, Cunha RF. Luxation injuries in primary teeth: a retrospective study in children assisted at an emergency service. *Braz Oral Res*. 2011;25:150-6.

12. Qassem A, Martins Nda M, da Costa VP, Torriani DD, Pappen FG. Long-term clinical and radiographic follow up of subluxated and intruded maxillary primary anterior teeth. *Dent Traumatol.* 2015;31:57-61.
13. Tannure PN, Fidalgo TK, Barcelos R, Primo LG, Maia LC. Analysis of root canal treated primary incisor after trauma: two year outcomes. *J Clin Pediat Dent.* 2012;36:257-62.
14. Cardoso M, Rocha MJ. Federal University of Santa Catarina follow-up management routine for traumatized primary teeth - Part 1. *Dent Traumatol.* 2004;20:307-13.
15. Soporowski NJ, Allred EN, Needleman HL. Luxation injuries of primary anterior teeth-prognosis and related correlates. *Pediatr Dent* 1994;16:96-101.
16. Andreasen JO AF, Bakland LK, Flores, MT. *Traumatic Dental Injuries, A Manual.* 3rd ed. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell 2011.
17. Andreasen FM, Andreasen JO, Tsukiboshi M, Cohenca N. Examination and diagnosis of dental injuries. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, eds. *Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth.* 5th ed. Copenhagen: Wiley Blackwell 2019:295-326.
18. Flores MT, Holan G, Andreasen JO, Lauridsen E. Injuries to the primary dentition. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, eds. *Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth.* 5th edn. Copenhagen: Wiley Blackwell 2019:556-88.
19. World Medical Association. Declaration of Ottawa on Child Health: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-ottawa-on-child-health/>, 2009.
20. Day PF, Duggal MS. A multicentre investigation into the role of structured histories for patients with tooth avulsion at their initial visit to a dental hospital. *Dent Traumatol.* 2003;19:243-7.
21. Day PF, Duggal MS. The role for 'reminders' in dental traumatology: 1. Current practices in the UK and Ireland. *Dent Traumatol.* 2006;22:247-51.
22. Andreasen JO. Appendix 1 and 2. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, eds. *Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth.* 5th edn. Copenhagen: Wiley Blackwell Copenhagen: Wiley 2019:1020-3.
23. Andersson L, Andreasen JO. Soft tissue injuries. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, eds. *Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth.* 5th edn. Copenhagen: Wiley Blackwell 2019:626-44.

24. Soares TR, Barbosa AC, Oliveira SN, Oliveira EM, Risso Pde A, Maia LC. Prevalence of soft tissue injuries in pediatric patients and its relationship with the quest for treatment. *Dent Traumatol.* 2016;32:48-51.
25. Lauridsen E, Blanche P, Amaloo C, Andreasen JO. The risk of healing complications in primary teeth with concussion or subluxation injury - A retrospective cohort study. *Dent Traumatol.* 2017;33:337-44.
26. Lauridsen E, Blanche P, Yousaf N, Andreasen JO. The risk of healing complications in primary teeth with intrusive luxation: A retrospective cohort study. *Dent Traumatol.* 2017;33:329-36.
27. Lauridsen E, Blanche P, Yousaf N, Andreasen JO. The risk of healing complications in primary teeth with extrusive or lateral luxation - A retrospective cohort study. *Dent Traumatol.* 2017;33:307-16.
28. Auslander WP. Discoloration, a traumatic sequela. *NY State Dent J.* 1967;33:534-8.
29. Jacobsen I, Sangnes G. Traumatized primary anterior teeth. Prognosis related to calcific reactions in the pulp cavity. *Acta Odontol Scand.* 1978;36:199-204.
30. Fried I, Erickson P, Schwartz S, Keenan K. Subluxation injuries of maxillary primary anterior teeth: epidemiology and prognosis of 207 traumatized teeth. *Pediatr Dent.* 1996;18:145-51.
31. Holan G, Fuks AB. The diagnostic value of coronal dark-gray discoloration in primary teeth following traumatic injuries. *Pediatr Dent.* 1996;18:224-7.
32. Holan G. Development of clinical and radiographic signs associated with dark discolored primary incisors following traumatic injuries: a prospective controlled study. *Dent Traumatol.* 2004;20:276-87.
33. Holan G. Long-term effect of different treatment modalities for traumatized primary incisors presenting dark coronal discoloration with no other signs of injury. *Dent Traumatol.* 2006;22:14-7.
34. Holroyd J. The use of thyroid shields in dental radiography. <https://www.eualara.net/images/stories/Newsletters/Newsletter37/the%20use%20of%20thyroid%20shields%20in%20dental%20radiography%20v4%20%20external%20pub.pdf> f: European ALARA network; 2016 [accessed 24.11.2019].
35. Law CS, Douglass JM, Farman AG, White SC, Zeller GG, Lurie AG, et al. The image gently in dentistry campaign: partnering with parents to promote the responsible use of x-rays in pediatric dentistry. *Pediatr Dent.* 2014;36:458-9.

36. White SC, Scarfe WC, Schulze RK, Lurie AG, Douglass JM, Farman AG. The Image Gently in Dentistry campaign: promotion of responsible use of maxillofacial radiology in dentistry for children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2014;118:257- 61.
37. Sodhi KS, Krishna S, Saxena AK, Sinha A, Khandelwal N, Lee EY. Clinical application of 'Justification' and 'Optimization' principle of ALARA in pediatric CT imaging: "How many children can be protected from unnecessary radiation?". *Eur J Radiol.* 2015;84:1752-7.
38. Andreasen JO, Flores MT, Lauridsen E. Injuries to developing teeth. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, eds. *Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth.* 5th edn. Copenhagen: Wiley Blackwell 2019:589 -625.
39. Andreasen JO, Ravn JJ. The effect of traumatic injuries to primary teeth on their permanent successors. II. A clinical and radiographic follow-up study of 213 teeth. *Scand J Dent Res.* 1971;79:284-94.
40. Da Silva Assuncao LR, Ferelle A, Iwakura ML, Cunha RF. Effects on permanent teeth after luxation injuries to the primary predecessors: a study in children assisted at an emergency service. *Dent Traumatol.* 2009;25:165-70.
41. Flores MT, Onetto JE. How does orofacial trauma in children affect the developing dentition? Long-term treatment and associated complications. *Dent Traumatol.* 2019;35:312-23.
42. Lenzi MM, da Silva Fidalgo TK, Luiz RR, Maia LC. Trauma in primary teeth and its effect on the development of permanent successors: a controlled study. *Acta Odontol Scand.* 2018 Oct 22:1-6. doi: 10.1080/00016357.2018.1508741.
43. Lenzi MM, Alexandria AK, Ferreira DM, Maia LC. Does trauma in the primary dentition cause sequelae in permanent successors? A systematic review. *Dent Traumatol.* 2015;31:79-88.
44. Altun C, Cehreli ZC, Güven G, Acikel C. Traumatic intrusion of primary teeth and its effects on the permanent successors: a clinical follow-up study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009;107:493-8.
45. Spinis E, Melis A, Savasta A. Therapeutic approach to intrusive luxation injuries in primary dentition. A clinical follow-up study. *Europ J Paed Dent.* 2006;7:179-86.
46. Colak I, Markovic D, Petrovic B, Peric T, Milenkovic A. A retrospective study of intrusive injuries in primary dentition. *Dent Traumatol.* 2009;25:605-10.

47. Flores MT. Traumatic injuries in the primary dentition. *Dent Traumatol.* 2002;18:287- 98.
48. Cunha RF, Pugliesi DM, Percinoto C. Treatment of traumatized primary teeth: a conservative approach. *Dent Traumatol.* 2007;23:360-3.
49. Martens LC, Rajasekharan S, Jacquet W, Vandenbulcke JD, Van Acker JWG, Cauwels RGEC. Paediatric dental emergencies: a retrospective study and a proposal for definition and guidelines including pain management. *Europ Arch Paediat Dent.* 2018;19:245-53.
50. Whiston C, Ali S, Wright B, Wonnacott D, Stang AS, Thompson GC, et al. Is caregiver refusal of analgesics a barrier to pediatric emergency pain management? A cross-sectional study in two Canadian centres. *CJEM* 2018;20:892-902.
51. Campbell C, Soldani F, Busuttill-Naudi A, Chadwick B. UK National Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry - Update of non-pharmacological behaviour management guideline <https://www.bspd.co.uk/Portals/0/Public/Files/Guidelines/Nonpharmacological%20behaviour%20management%20.pdf> British Society of Paediatric Dentistry. 2011 [accessed 24.11.2019].
52. Roberts JF, Curzon ME, Koch G, Martens LC. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. *Europ Arch Paediat Dent.* 2010;11:166-74.
53. American Academy of Pediatric Dentistry. Behaviour guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent.* 2015;40:254-67.
54. Ali S, McGrath T, Drendel AL. An evidence-based approach to minimizing acute procedural pain in the emergency department and beyond. *Pediatr Emerg Care.* 2016;32:36-42.
55. Pancekauskaite G, Jankauskaite L. Paediatric pain medicine: pain differences, recognition and coping acute procedural pain in paediatric emergency room. *Medicina (Kaunas)* 2018;54(6) pii: E94. doi: 10.3390/medicina54060094.
56. De Young AC, Kenardy JA, Cobham VE. Trauma in early childhood: a neglected population. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2011;14:231-50.
57. Stoddard FJ, Jr. Outcomes of traumatic exposure. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014;23:243-56.
58. Tickle M, Jones C, Buchannan K, Milsom KM, Blinkhorn AS, Humphris GM. A prospective study of dental anxiety in a cohort of children followed from 5 to 9 years of age. *Int J Paediatr Dent.* 2009;19:225-32.

59. Milsom KM, Tickle M, Humphris GM, Blinkhorn AS. The relationship between anxiety and dental treatment experience in 5-year-old children. *Br Dent J.* 2003;194:503-6.
60. Soares FC, Lima RA, de Barros MVG, Dahllöf G, Colares V. Development of dental anxiety in schoolchildren: A 2-year prospective study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2017;45:281-8.
61. Holan G, Needleman HL. Premature loss of primary anterior teeth due to trauma--potential short- and long-term sequelae. *Dent Traumatol.* 2014;30:100-6.
62. Holan G, Topf J, Fuks AB. Effect of root canal infection and treatment of traumatized primary incisors on their permanent successors. *Dent Traumatol.* 1992;8:12-5.
63. Akin A, Uysal S, Cehreli ZC. Segmental alveolar process fracture involving primary incisors: treatment and 24-month follow up. *Dent Traumatol.* 2011;27:63-6.
64. Cho WC, Nam OH, Kim MS, Lee HS, Choi SC. A retrospective study of traumatic dental injuries in primary dentition: treatment outcomes of splinting. *Acta Odontol Scand.* 2018;76:253-6.
65. Tewari N, Mathur VP, Singh N, Singh S, Pandey RK. Long-term effects of traumatic dental injuries of primary dentition on permanent successors: A retrospective study of 596 teeth. *Dent Traumatol.* 2018;34:129-34.
66. de Amorim Lde F, da Costa LR, Estrela C. Retrospective study of traumatic dental injuries in primary teeth in a Brazilian specialized pediatric practice. *Dent Traumatol.* 2011;27:368-73.
67. Jafarzadeh H, Sarraf Shirazi A, Andersson L. The most-cited articles in dental, oral, and maxillofacial traumatology during 64 years. *Dent Traumatol.* 2015;31:350-60.
68. Kenny KP, Day PF, Sharif MO, Parashos P, Lauridsen E, Feldens CA. What are the important outcomes in traumatic dental injuries? An international approach to the development of a core outcome set. *Dent Traumatol.* 2018;34:4-11.
69. Sharif MO, Tejani-Sharif A, Kenny K, Day PF. A systematic review of outcome measures used in clinical trials of treatment interventions following traumatic dental injuries. *Dent Traumatol.* 2015, 31:422-8.