

Kariozne lezije in prva restavrativna obravnava

Vsebina

V letu 2016 je FDI objavil revidirano različico smernic „Minimalno invazivni posegi pri obravnavi zobnega kariesa“ (2002), kjer velja priporočilo, *da se »operativni („kirurški“) pristop pri obravnavi kariesa uporablja le takrat, kadar je posebej indiciran; npr. kadar je kariozna lezija preobsežna ni je ni mogoče zaustaviti ali če obstajajo estetske ali funkcionalne zahteve*¹.« Cilj je spodbuditi obravnavo kariesa, usmerjeno v preventivo². Kljub prizadevanju, je prehod smernic v vsakodnevno prakso počasen.

Obseg

Objavljene so smernice za obravnavo kariesa mlečnih in stalnih zob z razlikovanjem koncepta obvladovanja kariesa ter minimalno invazivnimi restavratorskimi koncepti.

Definicije

(glej sistem ICDAS)

Začetna kariozna lezija – Nekavitirana kariozna lezija, s prostim očesom vidna sprememba barve in teksture sklenine.

Zmerna kariozna lezija – Kariozna lezija je omejena na zunanjo tretjino dentina in mikrokavitirane kariozne lezije.

Obsežna kariozna lezija – Kariozna lezija, ki sega preko zunanje tretjine dentina in kavitirane kariozne lezije.

Aktivna kariozna lezija – Kariozna lezija, ki zaradi demineralizacije progresivno napreduje.

Neaktivna kariozna lezija – Kariozne lezija, kjer je demineralizacija preprečila progresivno napredovanje.

Načela

Za dobro prakso je bistvenega pomena, da dobijo pacienti ustrezna navodila o pravilni prehrani za vzdrževanje biofilma.

S pristopi, kjer ohranjamo čim več zobnega tkiva, tako v mlečnem kot stalnem zobovju, podaljšamo življenjsko dobo zoba, prav tako tudi zmanjšamo ali preprečimo poškodbe sosednjih zob ter pacientu odvzamemo tesnobo in bolečino ob preparaciji.

Odločitev o tem, koliko zobnega tkiva odstraniti, naj upošteva stopnjo kariozne lezije, njeno aktivnost, pacientovo stanje, tveganje za nastanek kariesa ter estetske zahteve. V primerih, ko je odstranjevanje zobnih tkiv potrebno, se naj bi uporabljalo minimalno invazivne pristope.

Smernice

FDI Svetovna zobozdravstvena federacija spodbuja obravnavo kariesa, usmerjeno v preventivo. Namesto restavrativnih tehnik predlaga tehnike, ki ustavljajo in preprečujejo nastanek kariesa s pomočjo koncepta Internationalnega sistema za klasifikacijo in obravnavo kariesa (ICCMS™)².

Vse začetne kariozne lezije naj bi začeli zdraviti s topikalno uporabo fluorida in jih nato spremljali. Nadaljnja možnost je uporaba smol za zalivanje fisur pri okluzalnih lezijah, ter infiltracija smol pri aproksimalnih lezijah, ki segajo v zunanjo tretjino dentina³. Pri pacientih, ki težje sodelujejo, je lahko alternativa Silver diamine fluoride³⁻⁵. V vseh primerih je zelo pomembno nadaljnje spremljanje pacienta.

V primerih progresivne kariozne lezije, ki napreduje v globlje plasti dentina, se priporoča restavrativna obravnava kariesa. Pri tem je potrebno upoštevati minimalno invazivne pristope in stopenjsko odstranjevanje kariesa.

Ob vseh zdravljenjih je potrebno tudi nadzorovati biofilm, topikalno uporabljati fluoride, pacienta spremljati in ga podučiti o ustreznih oralnohigienskih navadah.

Pri klinični diagnostiki, ali je kariozna lezija aktivna/neaktivna, je pomembna lokacija lezije, barva in izgled ter tekstura oz. zaznava ob nežnem sondiranju.

Kako in v kakšen obsegu bo potrebno ukrepati, je odvisno od individualne ocene tveganje za karies pri posamezniku^{4,5}.

Začetne do zmerne aktivne ali neaktivne kariozne lezije običajno ne zahtevajo odstranjevanje zobnega tkiva v naslednjih primerih:

- okluzalna površina: karies v fisuri, omejen na sklenino;
- proksimalna površina: nekavitirane kariozne lezije, omejene na sklenino in zunanjo tretjino dentina;
- gladka površina: nekavitirane kariozne lezije, omejene na zunanjo tretjino dentina in mikro kavitirane lezije.

Lezije je potrebno redno spremljati, tako med zdravljenjem kot tudi kasneje, v rednih presledkih.

Zmerne do obsežne neaktivne kariozne lezije ne zahtevajo odstranjevanje zobnega tkiva v naslednjih primerih:

- proksimalna površina: kavitirane kariozne lezije v sklenini, ki niso v stiku z drugim zobom ali zobnim nadomestkom;
- gladka površina: kavitirane kariozne lezije v sklenini in dentinu, kadar ni estetsko pomembno ali kadar zaponka proteze ni v stiku z lezijo.

Zmerne do obsežne aktivne kariozne lezije zahtevajo minimalno invazivno odstranitev zobnih tkiv v naslednjih primerih:

- okluzalna površina: kariozne lezije v dentinu;
- proksimalna površina: kavitirane kariozne lezije v sklenini in dentinu;
- gladka površina: kavitirane kariozne lezije v dentinu.

FDI PS (2018) priporoča zmanjšanje oz. izogibanje uporabe amalgama pri restavracijah karioznih lezij. Priporočajo se materiali, ki so bolj primerni, zlasti pri lezijah, pri katerih gre za prvo restavrativno obravnavo.

Restavrativni materiali, ki se naj bi uporabljali za mlečne zobe, so:

- visoko viskozni ali s smolo modificirani steklasto ionomerni cementi za enoploskovne in manjše večploskovne plombe ter pri atravmatičnim restavratorskim pristopu (ročni instrumenti in steklasto ionomerni cement)⁶
- kompozitni materiali na osnovi smole za večje plombe, če je možna vzpostavitev dobre izolacije in osušitve
- prefabricirane krone (jeklene ali polikarbonatne ipd.) za velike plombe in močno destruirane zobne krone (vključno s Hallovo tehniko).

Restavrativni materiali, ki se naj bi uporabljali za stalne zobe, so:

- materiali na osnovi smole
- visoko viskozni steklasto ionomerni cement ali stekleni hibrid za enoploskovne plombe in manjše plombe II razreda brez velike obremenitve
- inlay/onlay iz zlata, keramike ali materiala na osnovi smol na zobeh, z večjo uničenostjo zobne krone
- polna prevleka iz kovine ali keramike na zobeh z močno uničeno zobno krono

Informacije v teh smernicah so oblikovane po trenutnih najboljših in najbolj razpoložljivih znanstvenih izsledkih.

Viri

1. FDI World Dental Federation. FDI Policy Statement - Minimal Intervention in the Management of Dental Caries, 2002. *Int Dent J.* 2017 Feb;67(1):6-7. doi: 10.1111/idj.12308.
2. Pitts N, Zero D. *White Paper on Dental Caries Prevention and Management. A summary of the current evidence and the key issues in controlling this preventable disease*, 2016. Available from <https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/2016-...>
3. Schwendicke F, Splieth C, Breschi L, Banerjee A, Fontana M, Paris S, Burrow MF, Crombie F, Page LF, Gatón-Hernández P, Giacaman R, Gugnani N, Hickel R, Jordan RA, Leal S, Lo E, Tassery H, Thomson WM, Manton DJ, 2019. *When to intervene in the caries process? An expert Delphi consensus statement.* *Clinical Oral Investigations.* doi: 10.1007/s00784-019-03058-w.
4. O. Urquhart, M.P. Tampi, L. Pilcher, R.L. Slayton, M.W.B. Araujo, M. Fontana, S. Guzmán-Armstrong, M.M. Nascimento, B.B. Nový, N. Tinanoff, R.J. Weyant, M.S. Wolff, D.A. Young, D.T. Zero, R. Brignardello-Petersen, L. Banfield, A. Parikh, G. Joshi, and A. Carrasco-Labra, 2017. Nonrestorative Treatments for Caries: Systematic Review and Network Meta-analysis. *Journal of Dental Research*, Vol. 98(1) 14–26
5. Slayton RL, Urquhart O, Araujo MWB, Fontana M, Guzmán-Armstrong S, Nascimento MM, Nový BB, Tinanoff N, Weyant RJ, Wolff MS, Young DA, Zero DT, Tampi MP, Pilcher L, Banfield L, Carrasco-Labra A, 2018. Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions: A report from the American Dental Association. *Journal of the American Dental Association.*;149(10):837-849
6. Frencken JE. Atraumatic restorative treatment and minimal intervention dentistry, 2018. *British Dental Journal*; 223:183-189