

## Curs 11

### DIAGNOSTICUL ȘI PLANUL DE TRATAMENT

#### 10.10. DIAGNOSTICUL CLINIC AL CARIEI DENTARE SIMPLE

##### 10.10.1. Starea de sănătate și starea de boală formează o dihotomie?

Cuvântul *carie* își are originea în limba latină și înseamnă „a putrezi”. Diagnosticul de carie instituit de Fauchard în secolul al XVI-lea se baza pe prezența simptomelor macroscopice (Fauchard P; 1669). *Diagnosticul modern* al bolii carioase se bazează pe o combinație de constatări *anatomopatologice* (cavitația, modificări în translucidența smalțului și a texturii de suprafață), *etiologice* (prezența pe suprafața dinților a plăcii microbiene active din punct de vedere metabolic). Acest exemplu istoric ilustrează un punct de vedere important despre definiția bolii: nu este posibilă o definiție universală a bolii, aici incluzând și boala carioasă. De-a lungul timpului, boala este definită întotdeauna în contrast cu ceea ce este considerat normal sau sănătos (Fejerskov O și colab; 2004).

În medicină există o paradigmă clinică fundamentală care face posibilă definirea precisă și neechivocă a bolii și individului care suferă de o boală, manifestă o serie de trăsături care-l disting în mod clar de un individ sănătos sau normal. Cu ale cuvinte, se anticipează că sănătatea și boala formează o dihotomie: ori ești sănătos, ori ești bolnav. *Această paradigmă este baza pentru procesul de diagnostic al bolii.* Cuvântul „diagnostic” își are originea în limba greacă și se referă la *decizia* sau *diferențierea* cu privire la natura bolii. Diagnosticul bolii se bazează pe prezumția că există un set de criterii de diagnostic care întotdeauna sunt prezente la individul bolnav și niciodată la cel sănătos (Fejerskov O și colab; 2004).

Într-un contrast izbitor cu starea de invaliditate există starea de boală care, ca și caria dentară, este un proces. Caria dentară progresează trecând prin diferite stadii de evoluție, fiecare mai sever decât cel anterior. Continuarea cercetărilor fundamentale în domeniul procesului carios a dus la creșterea volumului de cunoștințe în acest domeniu. Când se cuplează cu cercetarea clinică au loc o serie de modificări în rutina și procedurile utilizate în practica stomatologică. Aceste modificări includ și îmbunătățirea capacității de diagnostic, care va detecta procesul de boală încă din primele sale stadii (Pitts NB; 1997). De aceea, distincția dintre boală și sănătate este mai curând o chestiune de tehnologie a stadiilor decât o trăsătură intrinsecă a bolii. Din cele de mai sus reiese că nu există o distincție clară între sănătate și boală. Cu alte cuvinte, boala și sănătatea nu pot fi considerate a fi o dihotomie (Rose G; 1992).

##### 10.10.2. Scopul diagnosticului

Diagnosticul cariei dentare servește ca mijloc de comunicare între toți colegii care au cunoștințe curente despre boală în privința etiologiei, patologiei, terapiei, prevenției și prognosticului. Diagnosticul a fost descris „ca o modalitate de stocare mentală utilizată ulterior pentru precizarea căii de intervenție”. De aceea, *procesul de diagnosticare a cariei este o procedură clinică în timpul căreia observațiile sunt clasificate în funcție de ceea ce se cunoaște despre etiologia, patologia, terapia, profilaxia și prognosticul fiecărui tip de leziune observat.* Scopul diagnosticului este și acela de a alege cea mai potrivită formă de intervenție pentru a obține cele mai bune rezultate în privința sănătății pacientului (Wulff HR, Gotzsche PC; 1997).

Diagnosticul trebuie să fie *valabil* și să reflecte realitatea clinică folosind aceleași criterii etiologice și anatomopatologice definite ca „standardul de aur” pentru aspectul clinic adevărat.

Diagnosticul trebuie să fie *sigur* și presupune ca același diagnostic să fie obținut și după re-examinarea efectuată de același examinator sau de examinatori diferiți (Fejerskov O și colab; 2004).

Activitatea clinică și cercetarea trebuie să se bazeze pe folosirea definiției cazului și a clasificării stadiului bolii. Acesta reflectă o conveniență operatorie și nu ordinea naturală a bolii. *Absența unei distincții clare și universal valabile între sănătate și boală este reflectată în utilizarea unei mari varietăți de criterii de diagnostic și definiții ale cazului* (Ismail VA, Sohn WA; 1999). Este foarte important să nu se confunde constatarea despre necesitatea de tratament cu prezența bolii. Aceasta se poate ilustra în felul următor: să presupunem că practicianul a descoperit, în cavitatea orală a unui pacient, o leziune carioasă evidentă. În acest caz nu există îndoieli despre valabilitatea diagnosticului. Dacă operatorul decide prepararea de cavitate și restaurarea dintelui cu un biomaterial adecvat, crede că a contribuit la creșterea duratei de viață a dintelui prin prevenirea apariției de noi carii, implicării pulpare sau, în ultima instanță, a extracției dintelui (Brantley CF și colab; 1995). Pe de altă parte, există argumente că terapia contribuie la scăderea speranței de viață a dintelui. Dacă ne întoarcem la cauza fundamentală a acestor leziuni, constatăm că profilaxia este aceea care va preveni viitoarele leziuni. Bazându-ne și pe acest argument, ne asumăm responsabilitatea de a recomanda medicilor dentiști să limiteze intervențiile operatorii pentru acest gen de leziuni. În acest sens putem să înțelegem că s-a făcut câte ceva pentru populație, în reducerea incidenței cariei dentare și a mortalității dinților (Fejerskov O și colab; 2004).

### 10.10.3. Dileme în diagnosticul cariei dentare

Diagnosticul va servi ca un ghid pentru intervențiile care se vor efectua pe pacient (Fejerskov O și colab; 2004).

Între data la care s-a prezentat pacientul la medic și data la care s-a efectuat intervenția pot fi luate o multitudine de decizii. În principiu, aceste decizii se vor încadra într-una din următoarele categorii (Bader JD, Shugars DA; 1997):

- decizia privind care informație diagnostică este luată în considerare
- decizia asupra tipului de intervenție care se va aplica

Este important să se păstreze, separat, două seturi de decizii: decizia de diagnostic și decizia de tratament. Între diagnostic și tratament există o legătură strânsă care nu este statică și nu este aceeași pentru toți pacienții (Nyvad B și colab; 1997), după cum urmează.

#### Exemplu de legătură strânsă între diagnosticul cariei dentare și decizia de tratament (Nyvad B, Fejerskov O; 1997)

Statusul fiecărei suprafețe dentare					
Nivelul 1	Sănătos	Leziune		Restaurație	
Nivelul 2	Inactivă (oprită în evoluție)	Activă (evolutivă)	Cu carie secundară	Fără carie secundară	
Nivelul 3	Fără tratament operator	Fără tratament operator	Cu tratament operator	Fără tratament operator	Cu tratament operator
Decizia de tratament	Fără tratament operator	Fără tratament operator	Cu tratament operator	Fără tratament operator	Cu tratament operator

#### 10.10.4. Cauzele variațiilor deciziilor clinice în rândul practicienilor

De foarte multe ori, diagnosticul și decizia de tratament a unui practician nu se potrivesc cu ale altui practician, ceea ce creează derută în rândul pacienților (Weinstein MC, Fineberg HV; 1980). Aceste incertitudini implicate în deciziile clinice au la bază cel puțin patru surse:

- *observațiile pot fi eronate*. Și clinicianul este om și are limitele lui de observare. Erorile de observare pot să fie date de: un grad de ambiguitate în prezența sau caracterul semnelor și simptomelor (ex: pacientul poate să indice alt dinte dureros decât cel în cauză); condițiile sub care sunt făcute observațiile (ex: lumina de examinare, pacienți dificili, contact foarte strâns între dinți); statusul fizic și emoțional al observatorului (ex: oboseala, stresul); la ce se așteaptă operatorul, mai ales la pacienții pe care îi are în tratament de mult timp (ex: acest pacient nu a avut carii noi de mult timp).

- *observațiile pot fi ambigue, iar interpretarea lor, variată*. Fiecare informație primită de la examinarea vizuală și palpatorie diferă de la pacient la pacient și de la o suprafață dentară la alta. Examinatorii diferă în abilitatea lor de a detecta semnele și simptomele și în modalitatea de a le înregistra. Examinatorii aplică diverse praguri perceptuale atunci când determină prezența sau absența unui semn clinic dat.

- *relația dintre observarea și prezența bolii poate fi incertă*. Simptomul patognomonic al cariei dentare este simptomul care semnalează cu certitudine prezența bolii. Nu orice cavitate sau orice opacitate înseamnă prezența cariei dentare. Pe de altă parte, leziunea carioasă poate să fie prezentă, dar fără a semnaliza pentru a putea să fie detectată în timpul examinării clinice, ceea ce necesită tehnici mai sensibile și mai elaborioase de investigare.

- *existența incertitudinii despre efectul intervenției*. Incertitudinea este un motiv pentru care practicianul vede diagnosticul și decizia de tratament mai mult ca pe o meserie decât ca pe o știință. Decizia clinică luată este adesea considerată un proces informal și intuitiv, optimizat prin experiența clinică acumulată „arta stomatologică”. Este bine cunoscut faptul că există diferențe între medicii dentiști după modul în care practică medicina dentară. În anumite circumstanțe, aceste variații sunt interpretate ca un indicator al diagnosticului și al procedurilor de tratament fie suprautilizate, fie subutilizate. De aceea, statisticile iau în calcul o medie a acestora, deoarece reduce variațiile dintre practicieni, dar nu în mod necesar va conduce spre tipuri de îngrijire dentară potrivite. Legat de acestea se pune următoarea întrebare: Care este cel mai potrivit mod de îngrijire în condiții particulare? Această întrebare a fost rareori subiectul unor discuții serioase din două motive. În primul rând, stomatologia este o disciplină de orientare tehnică (Bader JD, Shugars DA; 1997). Practicienii au fost preocupați mai mult de îmbunătățirea performanțelor procedurilor terapeutice decât de sporirea capacității de a rezolva problemele pacienților pe o perioadă lungă de timp. În ultimă instanță, totul se reducea la „a avea o mână mai bună” decât altul. Aceasta a făcut ca o serie de asociații stomatologice să adopte în codul lor etic principiul care cere abținerea de la denigrarea serviciilor altor medici stomatologi. În al doilea rând, practica stomatologică reflectă principiile pieței. Aceasta înseamnă că prețul de cost este foarte important pentru planul de tratament și pentru decizia de tratament. Alternativele de tratament sunt diferențiate pe baza prețului de cost, ceea ce ar însemna că stomatologia oferă alternative de tratament cu diverse niveluri de eficiență.

#### 10.10.5. Punctele nodale în decizia clinică de tratament

*Punctul nodal este momentul în care decizia clinică de tratament a fost făcută în prezența unei incertitudini* (Fejerskov O; 2004). În decizia de tratament clinic al cariei există mai multe puncte nodale care sunt cel mai bine expuse în exemplul următor (Fejerskov O; 2004). Să presupunem că o persoană necunoscută anterior de practician vine la medicul respectiv pentru un control stomatologic de rutină. După contactul inițial medic-pacient, primul pas în decizia

de tratament îl constituie *colectarea datelor*. În această fază, examinarea clinică în caz de carie este o modalitate standard. În cadrul procesului de examinare clinică a cariei, fiecare dinte este curățat, uscat, inspectat vizual și palpat, pentru a decela prezența eventualelor semne de demineralizare și de discontinuitate sau de cavitație. În același timp, operatorul constată gradul de igienă orală și calitatea tratamentelor efectuate anterior care, cu siguranță, sunt asociate cu o doză de incertitudine. În continuare va fi examinat statusul gingival. Dacă pacientul are multiple restaurații extinse, se va pune întrebarea dacă acestea sunt rezultatul unei activități carioase intense sau al unei prevalențe? Sau practicianul a efectuat restaurații care s-au bazat pe „principiul extensiei preventive“?

Acum să presupunem că practicianul suspectează prezența unei „pete albe cretoase“ pe suprafața distală a premolarului 2 superior. La acest nivel contactul interproximal este foarte strâns. Opțiunea va fi (Fejerskov O; 2004): (i) „noli me tangere“; (ii) nu se efectuează alte proceduri de diagnostic, se obțin informații de la pacient și se instruește pacientul pentru o bună igienă bucală (eventual fluorizări); (iii) se recurge la alte tehnici de diagnostic (ex. radiografia în mușcătură); (iv) se prepară cavitate și se restaurează. Răspunsurile la aceste întrebări științifice sunt parțiale și incerte. De aceea, răspunsul la întrebarea „Care este cea mai potrivită intervenție?“ nu există.

Toate diagnosticele clinice și deciziile de tratament sunt făcute în prezența unei incertitudini. Într-o decizie de tratament clinic vor fi luate în considerare două principii de bază: (i) informația diagnostică se folosește numai dacă are potențial să afecteze unele secvențe ale deciziei de tratament clinic; (ii) unele decizii de tratament clinic se fac în funcție de informațiile colectate (Fejerskov O; 2004).

Medicul dentist trebuie să țină cont de faptul că, cu excepția cazurilor în care există o leziune carioasă relativ mare, *acuratețea metodelor folosite pentru detectarea leziunilor (inspecție vizuală, radiografii, dispozitive pentru detectarea cariilor, etc.) este predispusă inexactităților*. Aceste inexactități pot duce la rezultate fals-pozitive sau fals-negative, astfel încât se pune întrebarea ”Care sunt implicațiile acestor inexactități în luarea deciziilor clinice?” Rezultatele fals-pozitive pot duce la tratamentul unui dinte sănătos iar rezultatele fals-negative duc la situația în care o suprafață afectată ireversibil este tratată prin remineralizare în loc să fie tratată operator. Prima situație este ireversibilă și trebuie evitată oricând este posibil. În a doua situație în care un rezultat fals negativ beneficiază de remineralizare și monitorizare se poate trata operator mai târziu, dacă este necesar. Această abordare rezonabilă ia în considerare faptul că leziunile carioase în general nu progresează rapid. Prin urmare, clinicienii trebuie să se străduie să reducă numărul de rezultate fals-pozitive asigurându-se că *dovezi clare diagnostice susțin prezența cavitației sau a penetrării leziunii în dentină* înainte de a recomanda tratament operator ireversibil. Toate aceste concepte sunt larg răspândite în practica medicală.

#### 10.10.6. Evaluarea riscului și a profilului de risc

Procesul de evaluare și examinare a pacientului oferă oportunitatea identificării factorilor și indicatorilor care cresc posibilitatea (riscul) dezvoltării unor probleme viitoare din cauza comportamentului actual al pacientului, stării clinice, etc. Evaluarea riscului ajută la organizarea informațiilor în privința factorilor cauzali. Foarte puține afecțiuni și boli dentare sunt cauzate de un singur factor. Mai curând sunt asociate cu numeroși factori comportamentali sau socio-demografici, fizici sau de mediu, microbiologici sau ai gazdei. În plus, fiecare pacient are un set distinct de factori de risc. Acest fapt reprezintă o provocare atunci când se determină probabilitatea ca o afecțiune sau o boală să se dezvolte sau când un tratament sau o terapie ar putea să scadă șansele ca boala să se producă. Multe evaluări folosesc termeni ca *risc scăzut, mediu sau crescut* pentru a asocia nivelul riscului cu o anumită categorie. Acest fapt se exprimă

de obicei folosind codarea pe culori: roșu pentru risc mare, galben pentru mediu și verde pentru risc scăzut. Categoriile simplifică conceptul pentru pacient pentru că se pot înțelege foarte ușor atunci când se discută evaluarea și implicațiile în privința recomandărilor de tratament.

Pacienții care prezintă factori și indicatori de risc trebuie evaluați ca fiind la risc în privința dezvoltării cariilor dentare chiar dacă examinarea nu arată prezența leziunilor carioase. Un pacient cu risc crescut trebuie să beneficieze de intervenții agresive pentru îndepărtarea a cât mai mulți factori posibil. Alternativ, monitorizarea regulată și reevaluarea pacientului cu risc scăzut este o abordare potrivită. Evaluarea riscului este o știință relativ nouă dar pe măsură ce cercetările evoluează, dovezile susțin rapid această abordare. Astfel, abordări ale pacientului bazate pe evaluarea riscului și managementul bolii, cum ar fi CAMBRA, devin un standard. Instrucțiunile CAMBRA au fost dezvoltate de-a-lungul mai multor ani prin intermediul unei abordări bazate pe dovezi în prevenirea, inversiunea și când este necesar intervenția operatorie pentru repararea leziunilor provocate de caria dentară.

În ceea ce privește odontoterapia, se evaluează riscului se face pentru carie, uzura erozivă a dinților și problemele structurale ale dinților, cum ar fi fracturile. Cu toate acestea, ar trebui stabilite evaluări ale riscurilor pentru alte zone ale sistemului stomatognat, cum ar fi boala parodontală, problemele funcționale ocluzale și ale ATM și de asemenea pentru "riscul" care implică satisfacerea așteptărilor estetice ale pacientului. Toate tratamentele trebuie concepute astfel încât să reducă riscul de apariție a problemelor în fiecare din aceste zone. Tratamentul stomatologic în oricare din zonele menționate mai sus poate îmbunătăți statusul de risc într-o zonă, dar cu costul creșterii riscului într-o altă zonă. De exemplu, șlefuirea dinților pentru coroane ar putea reduce riscul ocluzal sau estetic, dar cu costul creșterii riscului la carie sau de patologie pulpară. Luate împreună, evaluările riscului oferă un *profil al riscului* care ajută în privința recomandărilor preventive și operative care sunt facute pacientului cu scopul de a atenua cât mai mulți factori de risc posibil.

#### 10.10.7. Prognosticul

Prognosticul este termenul folosit pentru a descrie predicția cursului probabil și al rezultatului unei boli sau afecțiuni, precum și rezultatul așteptat de la o intervenție, fie preventivă, fie operativă. Prognosticul poate fi, de asemenea, utilizat pentru a estima probabilitatea de recuperare dintr-o boală sau o afecțiune. În odontoterapie, prognosticul poate fi folosit pentru a descrie probabilitatea succesului unei anumite proceduri de tratament în ceea ce privește longevitatea, valoarea funcțională, confortul și valoarea estetică pentru pacient. Un prognostic poate fi descris ca *excelent, bun, corect, prost* sau chiar *fără speranță*. Prognosticul pentru o boală sau o afecțiune este în mare măsură dependent de factorii și indicatorii de risc ai pacientului. Cu toate acestea, alte variabile, precum abilitatea dentistului și starea actuală a bolii înainte de începerea tratamentului, au de asemenea un efect asupra prognosticului. De exemplu, un pacient cu carii severe poate fi dispus să elimine toți factorii de risc modificabili, dar dacă boala este prea avansată, prognosticul pe termen lung pentru dinții afectați poate să fie încă prost. Este important ca medicul să țină seama de întregul profil de risc al pacientului în toate domeniile sănătății medicale și dentare ale pacientului, atunci când încearcă să stabilească un prognostic. Odată ce medicul și pacientul au înțeles bine starea actuală, profilul de risc și toate prognosticele asociate, aceștia vor putea lucra împreună ca o echipă pentru a identifica opțiunile de tratament și pentru a stabili un plan de tratament.

## 10.11. PLANUL DE TRATAMENT

### Introducere

Un *plan de tratament* este o înșiruire atentă de etape ale unui serviciu destinat să elimine sau să controleze factorii etiologici, să repare afecțiunile existente și să creeze un mediu funcțional de lungă durată. Un plan solid de tratament depinde de evaluarea pacientului, de experiența medicului, înțelegerea indicațiilor și contraindicațiilor și de aprecierea colaborării pacientului la planul de tratament. Un prognostic clar pentru fiecare dinte și pentru fiecare pacient este pionul central în succesul planului de tratament (Shugars AD și colab; 2006) iar principiul de bază trebuie să fie ”*să nu faci rău*”.

Dezvoltarea unui plan de tratament pentru pacient constă din patru etape: 1) examinarea și identificarea problemelor pacientului; 2) decizia de a recomanda tratamentul în cazul în care dintele este bolnav, o restaurație este incorectă sau dacă, în viitorul apropiat, vor necesita intervenție operatorie; 3) identificarea altor alternative de tratament implică stabilirea unei liste cu una sau mai multe alternative de tratament rezonabile din totalul celor posibil existente. Alternativele de tratament pentru condițiile specifice includ reevaluări periodice ale condițiilor monitorizate, chimioterapie (aplicarea de substanțe cu fluor și agenți antimicrobieni), reconturarea suprafețelor dentare neregulate și a restaurațiilor neconturate și repararea celor cu defecte minore; 4) selectarea modalităților de tratament cu implicarea pacientului, care va fi consultat și avizat că este responsabil despre decizia de tratament și că își asumă riscurile și avantajele (Shugars AD; 2006).

Planul de tratament este influențat de preferințele pacientului, de motivațiile sale, de statusul de sănătate, de statusul emoțional și, nu în ultimul rând, de posibilitățile financiare.

*Planul de tratament nu este o listă de servicii. El este o serie de posibilități multiple și dinamice.*

La bază există două tipuri de planuri de tratament: un *plan ideal* și un *plan optim*. În realitate, un plan de tratament ideal se realizează rar, din cauza motivării pacientului, statusului general, priorităților, statusului emoțional și a posibilităților financiare. Cunoștințele, experiența și antrenamentul stomatologului, în asociere cu laboratorul, compatibilitatea pacient-medice dentist, sensibilitatea specialistului și alte cerințe – estetice, funcționale și tehnice – modifică planul de tratament (Shugars DA și colab; 2006).

Una sau mai multe din aceste cauze acționează în modificarea unui plan de tratament ideal, într-un plan optim. Exemplu: un dinte ideal s-ar reface printr-o incrustație ceramică (plan ideal), însă pacientul nu are posibilități economice – acest dinte este reconstituit corect cu amalgam sau cu un material estetic adeziv (plan optimal) (Shugars DA și colab; 2006).

În contextul planificării unui plan de tratament, clinicianul trebuie să recomande tratament operator invaziv doar în cazul în care beneficiile depășesc riscul efectelor adverse. Restaurările care implică îndepărtarea structurii dentare au o durată de viață limitată. Studiile arată că durata medie de viață a unei restaurări este între cinci și mai mult de 15 ani. Atunci când se înlocuiește o restaurare se îndepărtează o cantitate adițională de structură dentară, indiferent de grija cu care se îndepărtează restaurarea existentă iar în urma acestei situații se creează ceea ce se numește ”*ciclul re-restaurărilor*” care conduce la realizarea unor resturări din ce în ce mai extinse de-alungul vieții pacientului.

*Ca regulă generală*, terapiile remineralizante și sigilarea șanțurilor, fosetelor și fisurilor sunt metodele preferate în managementul leziunilor coronare care sunt limitate la smalț și nu sunt cavitare. Remineralizarea de asemenea se recomandă și cariilor radiculare în situația în care nu s-a produs încă cavitația conturului suprafeței radiculare expuse. Însă, este foarte important de menționat ca remineralizarea necesită conformarea riguroasă a pacientului în privința regimului terapeutic și a monitorizării frecvente cu scopul evaluării succesului

tratamentului. În cadrul vizitelor de reevaluare dacă se constată progresia leziunii se recomandă intervenția operatorie.

*Există și excepții în privința acestor reguli generale* care indică tratamentul leziunilor necavitate prin remineralizare. Remineralizare implică o modificare a echilibrului delicat de la nivelul biofilmului oral și prin urmare depinde în mare măsură de comportamentul pacientului (de ex. modificarea dietei, îmbunătățirea igienei orale) și de aplicarea riguroasă a agenților antimicrobieni, fluorului sau a altor agenți de remineralizare. Deci, atunci când este clar că pacientul nu dorește sau nu este capabil să urmeze regimul de tratament prescris pentru acasă și profesional cel mai adesea este portiv ca leziunea să se îndepărteze chirurgical și să se restaureze defectul.

Dacă există cavitație confirmată a smalțului sau o demineralizare care penetrează în dentină la nivelul coroanei sau există cavitație cu dentină moale la nivelul suprafețelor radiculare expuse de obicei se recomandă tratamentul operator, cu o singură excepție, atunci când se estimează că leziunea este oprită în evoluție.

### 10.11.1. Secvențele planului de tratament

*Secvențele planului de tratament reprezintă procesul de desfășurare a procedurilor necesare într-un anumit timp.* Acuratețea succesiunii este o componentă critică a succesului planului de tratament. Anumite tratamente trebuie în mod natural să urmeze altora într-o ordine logică: tratamentele complexe adesea vor fi eșalonate pe faze, incluzând faza urgențelor, o fază de control, o fază de reevaluare, o fază de definitivare și o fază de întreținere (Fasbinder DJ; 1999).

❑ *Faza urgenței* se împletește cu acordarea primului ajutor și cu trecerea în revistă a istoricului medical și dentar. Pacientul se prezintă pentru zone edemațiate, dureri, sângerări sau infecții care trebuie rezolvate înaintea celorlalte faze (Shugars DA și colab; 2006).

• *Faza de control* a tratamentului elimină boala activă, îndepărtează condițiile care ar provoca întreținerea neplăcerilor (ex. restaurațiile debordante), elimină cauzele potențiale ale bolilor (ex. molarul 3 inclus) și începe profilaxia stomatologică. Această fază îndepărtează factorii etiologici, elimină nișele ecologice patogene și stabilizează starea de sănătate dentară a pacienților. Pentru a îndeplini aceste deziderate sunt necesare: (1) îndepărtarea afecțiunilor active astfel încât să dispară inflamația, (2) corectarea condițiilor care previn sau limitează practicarea unei igiene corpunzătoare, (3) eliminarea cauzelor potențiale ale bolii și (4) inițierea prevenției. Exemple de tratament în faza de control: extracțiile, tratamente endodontice, detartraje supra- și subgingivale, echilibrări ocluzale, tratamentul neoperator și/sau operator al cariilor, înlocuirea restaurărilor incorecte și instituirea măsurilor de control al cariei .

Ca parte integrantă și importantă a fazei de control, stomatologul va elabora un plan de profilaxie a cariei dentare. După ce s-a stabilit statusul carios și riscul la carie al pacientului, se vor lua următoarele *măsuri* pentru a spori rezistența gazdei și modificarea florei orale (Axelsson,P; 2000):

- ❖ *Chimice*: folosirea agenților antimicrobieni pentru a modifica flora orală și aplicarea fluorurilor topice pentru a stimula remineralizarea
- ❖ *Atitudinea*: folosirea unei tehnici potrivite care să ajute pacientul să capete îndemânare, experiență și atitudinea care să modifice obiceiul alimentar, precum și îmbunătățirea igienei orale
- ❖ *Chirurgicale*: îndepărtarea structurilor dentare lezate carios și înlocuirea lor cu materiale restauratorii

- ❖ *Mecanice*: modificarea mecanică a suprafeței dentare cu risc mare de carie (sigilări), îndepărtarea debordărilor, refacerea punctului de contact proximal, refacerea conturilor necorespunzătoare
- ❖ *Alimentare*: modificarea caracterului dietei
- ❖ *Altele*: stimularea fluxului salivar prin sporirea masticației sau folosirea salivei artificiale

• *Faza de reevaluare* este reprezentată de timpul dintre faza de control și faza definitivă care permite recesiunea inflamației și oferă timpul necesar vindecării. Se reevaluează tratamentele inițiale și se reevaluează răspunsul pulpar deoarece eficiența fazei de control poate influența sau modifica faza definitivă a planului de tratament. Igiena individuală este intensificată și motivată. (Shugars DA și colab; 2006).

• *Faza definitivă* – după ce stomatologul reevaluează tratamentul inițial și determină tactica pentru terapiile viitoare, pacientul intră în faza definitivă de tratament. Aceasta include și unele forme de terapie endodontică, parodontologică, ortodontică, chirurgie orală și tratament protetic, care sunt studiate în capitolul *Considerații interdisciplinare ale planului de tratament* (Shugars DA și colab; 2006).

• *Faza de întreținere* include controale periodice regulate, care relevă necesitatea ajustărilor înainte de a avea loc instalarea defecțiunilor majore. Cu această ocazie devine oportună reîntărirea igienei individuale buco-dentare. Examinările periodice fac parte dintr-un plan stabilit strategic cu scopul realizării igienizărilor profesionale. Frecvența controalelor periodice în timpul acestei faze depinde în mare parte de riscul pacientului la carie. Ex.: un pacient cu un profil de risc scăzut va fi chemat la control la intervale mai lungi (de ex. 9-12 luni). Din contră, cei cu risc mare de carie și boală parodontală se vor reexamina mult mai frecvent (la 3–4 luni) (Shugars DA și colab; 2006).

### 10.11.2. Indicații în cadrul planului de tratament

a) *Tratamentul profilactic* reprezintă punctul de la care se începe orice terapie stomatologică și se referă la:

- remineralizarea leziunilor incipiente
- sigilarea fisurilor, șanțurilor și fosetelor
- modificarea dietei
- folosirea fluorurilor
- eradicarea cariilor acute prin terapie intensivă

b) *Restaurarea leziunilor incipiente*. Dacă a fost detectată o leziune incipientă cantonată numai în smalț, medicul trebuie să urmeze două opțiuni de bază. În primul rând se va aplica strategia *remineralizării*, urmată de o *monitorizare regulată*, strategie bazată pe faptul că o leziune incipientă nu progresează rapid, pe modificarea mediului oral prin folosirea substanțelor conținătoare de fluor și a agenților antimicrobieni. *Strategia secundară constă din tratamentul leziunilor incipiente*. Câteva criterii vor fi luate în considerare pentru a hotărî tratarea și restaurarea și nu folosirea remineralizantilor și a sigilărilor (Hamilton JC și colab; 2002):

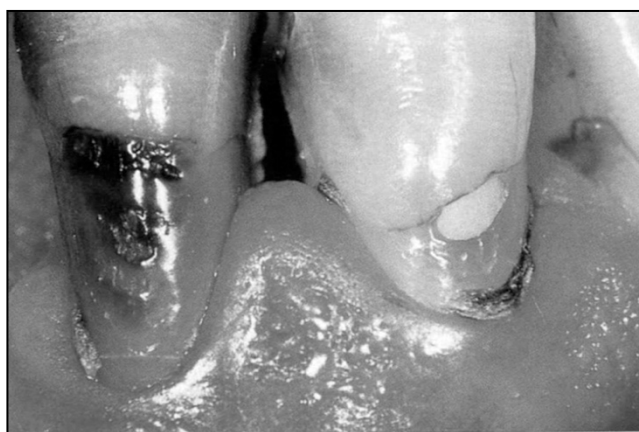
- igiena orală precară și o frecvență redusă a tratamentelor stomatologice
- carii multiple în antecedente sau numeroase restaurări
- evidențierea prin transiluminare a cavitației sau a defectului
- radiografia arată că leziunea s-a extins dincolo de joncțiunea smalț-dentină
- gradul de susceptibilitate la carie și vârsta pacientului (Shugars DA și colab; 2006)

c) *Tratamentul abraziilor, eroziunilor și atrițiilor*. Zonele abrazate sau erodate vor fi restaurate dacă există una sau mai multe din următoarele cauze (Shugars, DA și colab; 2006): (1) zona este cariată, (2) defectul este suficient de adânc încât să compromită integritatea



structurală a dintelui, (3) existența unei sensibilități exagerate, iar măsurile de desensibilizare sunt inefficiente, (4) defectul contribuie la afectarea parodontală, (5) defectul este inclus în zona de acțiune a unei proteze mobilizabile, (6) adâncimea defectului riscă implicarea pulpară, (7) defectul progresează activ, (8) pacientul dorește restaurarea din motive estetice. Înainte de a se apela la restaurare, se va efectua un examen amănunțit al suprafeței ocluzale și o anamneză amplă pentru a înlătura factorii cauzali (Bader JD și colab; 2001). Zonele cu atritie ocluzală semnificativă, cu dentină expusă și hipersensibilitate trebuie luate în considerare în vederea restaurării sau cel puțin a protecției împotriva pierderii adiționale de structură dentară. În cazul bruxismului nocturn se poate indica purtarea unei gutiere pe timpul nopții. Un plan de tratament ce include resturări definitive indirecte trebuie să includă o analiză ocluzală (cu model de diagnostic articulat) ca parte a examinării. De asemenea trebuie luată în considerare purtarea unei gutiere nocturne cu scopul protecției resturărilor indirecte ca parte a fazei definitive de tratament.

d) *Tratamentul cariilor de pe suprafețele radiculare.* Aceste leziuni carioase sunt comune pacienților vârstnici și celor care au suferit intervenții pe parodonțiu (Shugars DA și colab; 2006). Leziunile carioase de pe suprafața radiculară se vor restaura numai în cazul în care este prezentă cavitația, țesut dentar moale și acumulare de placă. Este bine să se diferențieze leziunea carioasă radiculară *activă* de leziunea carioasă radiculară devenită *inactivă*. Leziunea inactivă prezintă „dentină scleroasă” sau eburnată, care a fost colorată de factori coloranți extrinseci, este o dentină fermă la explorare, care poate fi rugoasă, dar este curățabilă și este fără placă bacteriană. Fig.10.54 (Fejerskov O și colab; 2004)



**Fig. 10.54. Igiena meticuloasă a oprit în evoluție leziunea carioasă și a realizat o suprafață radiculară finisată cu aspect lucios. La palparea cu sonda dentară se simte o suprafață dură (Fejerskov O și colab; 2004)**

Adesea se poate observa la pacienții vârstnici care și s-au modificat dieta și îmbunătățit igiena orală. Aceste leziuni nu vor fi restaurate, cu excepția dorinței estetice a pacientului, în această situație indicându-se materialele adezive (Strassler HE; 1998).

Dacă se decide că leziunea trebuie restaurată se poate realiza cu amalgam sau materiale estetice în funcție de calitățile materialului, preferința pacientului și riscul la carie. Însă, prevenția este tratamentul de elecție și se recomandă parcurgerea tuturor pașilor din cadrul tratamentului preventiv (modificarea dietei/igienei, fluorizări cu sau fără cementoplastie/dentinoplastie petru netezirea suprafețelor).

e) *Tratamentul hipersensibilității dentinare.* Această afecțiune este asociată cu recesiunea gingivală și expunerea suprafeței radiculare (Shugars DA și colab; 2006).

Au fost elaborate numeroase teorii care să explice sensibilitatea neobișnuită și răspunsul dentinei expuse la stimuli sau iritații. Cea mai acceptată teorie este „teoria hidrodinamică”, care

postulează că durerea rezultă de la o inervație indirectă cauzată de deplasarea fluidului dentinar în tubuli către suprafața externă cauzând elongația proceselor odontoblastice și fibrelor nervoase aferente). Elongatia fibrelor nervoase are ca rezultat depolarizarea și precepția durerii. Câteva din cauzele ce produc mișcare a fluidului sunt: modificările de temperatură, desicția și diferențele mari de presiune osmotică (ex.: prin dulciuri). *Anumite tratamente reduc deplasarea fluidului, prin obliterarea parțială sau totală a tubulilor, scăzând sensibilitatea* (Shugars DA și colab; 2006).

Hipersensibilitatea dentinară este o problemă particulară a pacienților care au suferit intervenții pe parodonțiu, din cauza recesiunii gingivale acompaniate.

Au fost imaginate numeroase metode de tratament, cum ar fi folosirea lacurilor fluorurate, soluții oxalate, desensibilizatori dentinari pe bază de glutaraldehidă/HEMA, agenți adezivi dentinari și paste de dinți care conțin nitrat de potasiu. Dacă nu se obțin succese prin aceste metode se indică terapia restauratoare care acoperă dentina expusă.

#### *f) Repararea și reconturarea restaurărilor existente*

Restaurările din amalgam, compozit sau restaurările indirecte pot fi deseori reparate sau reconturate, în contrast cu îndepărtarea și înlocuirea lor. tot mai multe dovezi sugerează că îndepărtarea și înlocuirea restaurărilor au ca rezultat ciclul de re-restaurare, care conduce implicit la preparări din ce în ce mai mari și la trauma rezultată asupra dinților și a structurilor de susținere. În plus, s-a dovedit a fi eficientă doar refacerea suprafețelor sau repararea compozitelor și a restaurărilor indirecte. De asemenea, restaurările de amalgam cu defecte localizate pot fi reparate cu amalgam sau cu rășini de sigilare. Dacă o restaurare are un defect carios izolat și a fost confirmată îndepărtarea completă a leziunii, atunci este acceptabilă și adesea preferabilă restaurarea zonei izolate fără înlocuirea întregii restaurări. În multe cazuri, reconturarea sau refacerea suprafeței a unei restaurări existente poate întârzia înlocuirea și este o formă acceptabilă de tratament.

#### *g) Înlocuirea restaurărilor existente*

Indicațiile pentru înlocuirea unei restaurări existente includ: (1) spațieri marginale, mai ales în 1/3 gingivală care nu pot fi reparate și predispon la carie secundară; (2) contur proximal necorespunzător sau debordări gingivale care contribuie la afectarea parodontală, (3) discrepanța dintre crestele marginale care favorizează impactul alimentar, (4) supraconturarea conturului vestibular sau oral care poate duce la acumularea biofilmului și inflamația gingiei care devine astfel prea protejată de acțiunea bolului alimentar sau a periutei de dinți; (5) contact proximal slab, absent sau localizat necorespunzător ceea ce duce la impact alimentar și inflamația papilei gingivale; (6) carii recurente (secundare) care nu pot fi tratate prin repararea restaurării; și (7) spațieri marginale prin ciobirea marginilor mai adânci de 0,5 mm pentru că predispon la carie.

Restaurările estetice se înlocuiesc dacă au: (1) un contur necorespunzător care nu poate fi reparat; (2) spațieri sau goluri marginale mari; (3) colorări marginale adânci; (4) carii secundare și (5) estetică necorespunzătoare. Restaurările adezive care au colorări marginale superficiale pot fi corectate printr-o reparație marginală superficială și îngustă.

#### *h) Tratamentul prin restaurarea cu amalgam*

Amalgamul dentar s-a dovedit a fi un bun material de restaurare mai ales în cazul pacienților cu risc mediu și mare. În ultimul timp, indicațiile de utilizare au scăzut, cu toate că i se recunosc calitățile excepționale. Utilizarea amalgamului în stomatologie a constituit sursa a numeroase controverse. Ea este considerată sigură, neevidențiindu-se efecte nocive asupra personalului medical, pacienților și a mediului înconjurător, prin mercur sau restaurații înlocuite deși mercurul elementar contribuie la poluarea mediului înconjurător, fiind necesare măsuri speciale în manipularea și depozitarea deșeurilor. (Shugars DA și colab; 2006).

#### *i) Tratamentul cu restaurări directe din compozit și alte materiale estetice*

Restaurările directe din compozit sunt indicate pentru tratamentul a numeroase leziuni ale dinților anteriori și posteriori. Pentru ca tratamentul să aibă succes este nevoie de o atenție meticuloasă la detalii în privința substratului smalț/dentină și a proprietăților sistemelor adezive folosite. Aplicarea corectă va avea ca rezultat recreerea formei, funcției și esteticii structurii dentare pierdute. Evaluarea riscului la carie al pacientului este importantă când se iau în considerare restaurările compozite pentru că studiile au demonstrat că probabilitatea de a apărea carii secundare lângă restaurările din compozit este de două ori mai mare decât în cazul amalgamului la pacienții cu risc mare la carie.

#### *j) Tratamente estetice*

Interesul pentru estetica zâmbetului este în creștere în rândul populației și prin urmare a fost dezvoltată o gamă largă de intervenții estetice cu rezultate bine documentate. Tratamentele conservative estetice includ reconturarea selectivă a dinților anteriori, albirea dinților și microabrazia. În plus, îmbunătățirea rășinilor compozite permite închiderea diastemelor, reconturarea dinților și alte manopere conservative în locul restaurărilor indirecte care sunt invazive.

#### *Concluzii*

Diagnosticul precis și planul de tratament joacă un rol important într-o terapie restauratoare, în care pacientul va fi evaluat într-o manieră individuală și sistematică. După ce pacientul este complet examinat și înregistrat pe fișă, se trece la conceperea și aplicarea planului de tratament, dar numai după ce pacientul este informat și și-a dat consimțământul, deoarece acest aspect a devenit parte intergrăntă a practicii curente a medicinei dentare (Sfikas PM; 1998). Un aspect al informării îl constituie înștiințarea pacientului despre alte posibilități de tratament ale afecțiunilor sale bucale, împreună cu avantajele și dezavantajele lor. Pacientul va fi informat și despre riscurile care însoțesc fiecare alternativă de tratament. În final se va discuta costul diverselor alternative de tratament. Când medicul este sigur că pacientul a înțeles tot ce s-a discutat despre boala lui, se poate trece la aplicarea în practică a planului de tratament (Christensen GJ; 1993).