

Stanovisko ADH ČR k ošetření iniciálních kariézních lézí za pomoci infiltrace

Vzhledem k tomu, že neustále vyvstávají nejasnosti v oblasti pravomocí dentálních hygienistek a hygienistů tento druh ošetření samostatně provádět, rozhodla se ADH ČR vydat toto stanovisko, které je pro členy ADH ČR závazným doporučením.

Tato metoda byla prezentována jako estetické řešení iniciálních neaktivních kariézních lézí (tzv. white-spots), jak na hladkých plochách, tak v aproximálních prostorech, které vznikají v povrchu zubní skloviny v důsledku její dekalifikace. Zástupcem na českém trhu distribuovaný dentálními depy je přípravek ICON, DMG, Hamburg, Německo, který byl představen v roce 2009.

Jedná se o minimálně invazivní ošetření (ireversibilně narušujeme mikrostrukturu skloviny), které je na pomezí konvenční záchovné a protetické stomatologie. Samozřejmostí je písemný informovaný souhlas pacienta pro provedení tohoto výkonu. Indikace zubního lékaře je u infiltrace bezpochyby nezbytná. Pouze lékař může posoudit, závažnost defektu, zda je tento zákrok pro daný typ demineralizace skloviny vhodný a do jaké míry může být úspěšný. Ošetření se v podstatě musí zdařit na první pokus. Následné opakování postupu již není funkční.

Provedení infiltrace není v kompetencích českých dentálních hygienistek/stů legislativně zakotveno. Tento výkon je velmi blízký pečetění fisur, které může dentální hygienistka/sta podle vyhlášky 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků §16 (4) provádět pod přímým vedením zubního lékaře.

Infiltrace není zákrokem plně reversibilním, na rozdíl např. od aplikace dentálního šperku. Pryskyřičný infiltrát nelze odstranit bez porušení skloviny. Dle dostupných poznatků povrch zubu infiltrovaný pryskyřicí nelze následně profesionálně vybělit peroxidem vodíku, stejně jako např. zubní výplně. Pacient musí být obeznámen s tímto faktem a souhlasit s ním. Nedílnou součástí ošetření je perfektní izolace měkkých tkání a zaživacího traktu pacienta před působením HCl, které lze dosáhnout výhradně za použití Kofferdamu s příslušně odolnou blánou. Použití Kofferdamu většinou vyžaduje lokální anestezii. Především však musíme mít na paměti, že 15% HCl je žíravá látka, která může při zasažení způsobit těžké poškození očí, dýchacích cest a kůže.

Arnold, W. H., Haddad, B., Schaper, K., Hagemann, K., Lippold, C., & Danesh, G. (2015). Enamel surface alterations after repeated conditioning with HCl. *Head & Face Medicine*, 11, 32. <http://doi.org/10.1186/s13005-015-0089-2> uvádí, že po dvou minutách aplikace 15% HCl byl pozorován úbytek skloviny (eroze) 34,02 µm. Prodloužení doby leptání (2 x 2 min., 3 x 2 min. a 4 x 2 min.) mělo za následek výrazné zvýšení eroze o 13,28 - 15,16 µm každým opakováním. Celkový medián ztráty skloviny činil 77 µm. Síla skloviny je u každého jedince odlišná. Literatura udává, že nejtenčí je sklovina v oblasti cementosklovinové hranice a to cca 100 µm. Další studie opakované aplikace HCl na povrch skloviny jsou nezbytné pro stanovení finálního omezení počtu leptání. Výrobce ICON, DMG doporučuje jako bezpečný limit maximální opakování leptání 3 x 2 min. Toto bychom měli prozatím respektovat a v rámci zachování profesionality nedat na experimenty jednotlivců.

Je obecně platné, že materiály na bázi pryskyřice časem v dutině ústní do určité míry zhoršují své vlastnosti. Tato degradace je spojena se změnou barevné stability, ke které kromě toho přispívá i celková schopnost infiltrovaný povrch důkladně vyleštit a vyhladit. Studie prokazují, že infiltrovaný povrch skloviny je mírně drsnější v porovnání s vlastní sklovinou i neošetřenou lézí.

Vzhledem k tomu, že bohužel chybí dlouhodobé sledování stability klinických výkonů a z našeho pohledu převažují rizika nad benefity, které zákrok pro pacienta přináší, ADH ČR **nedoporučuje** dentálním hygienistkám/hygienistům tento výkon provádět ani pod přímým vedením zubního lékaře.

V Praze dne 11. 7. 2018

Jménem vedení ADH ČR

Lenka Velebilová, DiS.

Prezidentka ADH ČR