

دستورالعمل ملی کاربرد فیشورسیلانت در دندانپزشکی کودکان (۱۳۸۹)

مهسا مظفری^{*,**}، سهیلا احترامی^{*}، حسین افشار^{*}، قاسم انصاری^{*}، مهرسا پاریاب^{*}، سارا توسلی^{*}، احمد جعفری^{*}، علی رضا رحیمی فر^{*}، شیوا رضوی^{*}، نرگس عشایری^{*}، مجتبی وحید گلپایگانی^{*}

* انجمن دندانپزشکی کودکان ایران، کمیته تدوین دستورالعمل ملی کاربرد فیشورسیلانت در دندانپزشکی کودکان
** مسئول برنامه: دکتر مهسا مظفری mahsamozaffari_56@yahoo.com

ب: بهتر است فیشور سیلانت در کودکان ونوجوانانی که دارای بیماریهای سیستمیک بوده ودرمانهای تهاجمی دندانپزشکی می تواند سلامت آنها را بخطر اندازد با تاکید بیشتری صورت گیرد.

ج: در کودکان ونوجوانانی که دندانهای شیری آنها فاقد پوسیدگی است نیازی به سیل کردن دندانهای دائمی آنها بطور روتین نیست؛ با این حال این افراد باید بطور منظم پیگیری شوند چرا که ممکن است هر زمان تغییری در ریسک فاکتورها و یا در شواهد بالینی و رادیوگرافیک مبنی بر تغییر وضعیت پوسیدگی مشاهده شود.

۳. انتخاب دندان:

الف: سیلانت ها باید بر روی تمام پیت و فیشورهای آسیب پذیر دندانهای دائمی قرار گیرند.

ب: با اینکه شیوع پوسیدگی های پروگزیمالی در دندانهای شیری و دشواری ایزولاسیون در سنین پایین استفاده از فیشور سیلانت ها را در این دندانها سوال برانگیز کرده است با این حال بهترین کاندید فیشور سیلانت در دندانهای شیری در کودکانی ست که قرار است زیر بیهوشی عمومی درمان شوند.

ج: از آنجا که کنترل رطوبت در دندانهایی که بطور کامل رویش نیافته اند دشوار است لذا پیشنهاد می شود که فیشورسیلانت بر روی دندانهایی که رویش کامل یافته اند انجام شود.

د: دندانهایی که به تازگی رویش آنها کامل شده و شیارهای مستعد به پوسیدگی دارند بهترین کاندید برای فیشورسیلانت هستند با این حال در صورت تشخیص

"سیلانت" به ماده ای گفته می شود که درون حفرات و شیارهای دندانهای سالم مستعد پوسیدگی قرار گرفته با دندان اتصال میکرومکانیکال برقرار میکند و از دسترسی باکتریهای پوسیدگی زا به منبع غذایی شان جلوگیری می نماید.

پوسیدگی های حفره و شیار نزدیک به ۸۰٪ تا ۹۰٪ تمام پوسیدگی های دندانهای دائمی خلفی و ۴۴٪ دندانهای شیری را شامل می شوند. سیلانتها ریسک پوسیدگی را در حفرات و شیارهای مستعد به مقدار قابل توجهی کاهش می دهند. نشان داده شده که قراردادن سیلانتهای رزینی مناسب در کودکان ونوجوانان پس از یکسال ۸۶٪ و پس از ۴ سال ۵۸٪ باعث کاهش بروز پوسیدگی می شود. مواردی که قبل از بکارگیری سیلانتها باید در نظر گرفته شوند:

۱. ارزیابی ریسک پوسیدگی:

قبل از بکارگیری سیلانتها ریسک پوسیدگی فرد باید تعیین گردد. بهترین ارزیابی ریسک پوسیدگی را یک کلینیسین با تجربه با در نظر گرفتن شاخص هایی نظیر مورفولوژی دندان، تشخیصهای کلینیکی، تاریخچه پوسیدگی، تاریخچه فلوراید و بهداشت دهان می تواند تعیین کند.

۲. انتخاب بیمار:

الف: کودکان ونوجوانانی که در دندانهای شیری دچار پوسیدگی هستند (dmfs=2 or more) لازم است که تمام سطوح مستعد پوسیدگی در دندانهای دائمی آنها سیل شود.

موفقیت کلینیکی:

تحقیقات نشان داده اند که سطح موفقیت سیلانتها به شرط پیگیری و نگهداری بعد از ده سال یا بیشتر بین ۸۰٪ تا ۹۰٪ می باشد.

فالوآپ فیشورسیلانتها هر ۶ ماه باید انجام شود. در جلسات فالوآپ نقایص سیلانتها باید جستجو شده و در صورت نیاز دوباره سیل شوند.

گلاس آینومرها می توانند بعنوان سیلانتهای موقتی خصوصا در زمانی که دندان در حال رویش در بیمار با ریسک بالا داشته باشیم بکار روند.

توصیه می شود در بیماران با ریسک بالا در دندانهایی که رویش کامل آنها طولانی است فیشور سیلانت انجام شود و بعد از رویش کامل دندان قسمت تازه رویش یافته سیل شود.

دستورالعمل ملی کاربرد فیشورسیلانت پس از طی مراحل علمی آن و نظرخواهی های مورد نیاز، در بهمن ماه ۱۳۸۹ در "کمیته تدوین دستورالعمل ملی کاربرد فیشورسیلانت" انجمن دندانپزشکی کودکان مورد تایید نهایی قرار گرفت و در سایت انجمن قرار داده شد.

انجام فیشورسیلانت در دندانهایی که مدت بیشتری از رویش آنها گذشته لازم است سایرریسک فاکتورها را نیز مد نظر قرار داد.

ه: هر گاه در بیماری یک مولر دائمی دچار پوسیدگی اکلوزالی شده است توصیه میشود سطوح اکلوزال مولرهای سالم باقیمانده نیز سیل شوند.

آماده سازی:

معمولا فیشورسیلانت تراپی پس از تمیز کردن حفرات و شیارها بدون تراش مینای سالم انجام می شود. ضمن آنکه بعضی از دندانپزشکان کودکان ترجیح می دهند این کار را همراه با اناملوپلاستی انجام دهند.

در موفقیت کلینیکی سیلانت ها "ایزولاسیون" یک عامل کلیدی محسوب می شود. آلودگی با بزاق موجب کاهش قدرت اتصال سیلانت با مینا می گردد.

مطالعات بالینی و آزمایشگاهی گزارش کرده اند که استفاده از مواد باندینگ قدرت اتصال را افزایش داده و ریزش را کاهش می دهد. بر اساس تحقیقات انجام شده در شرایط خاص استفاده از مواد باندینگ توصیه می شود.

منابع:

1. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) - Guideline on Fissure Sealant in Pediatric Dentistry- Revised 2008-Reference Manual-V32/No 6/ P 10, 11
2. Ahovuo-Saloranta A, Hijri A, Nordblad A, Makela M, Worthington HV, Makela M. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. Cochrane Database Systematic Review. 2008;(34):CD001830.18E
3. Nunn JH, Murray JJ, Smallridge J; BSPD. British Society of Paediatric Dentistry. British Society of Pediatric Dentistry (BSPD): a policy document on fissure sealants in paediatric dentistry-revised. Int J Paediatr Dent. 2000; 10(2):174-7.