

Mr. sc. Josipa Borčić
Zavod za oralnu kirurgiju
Studij stomatologije na medicinskom
fakultetu u Rijeci

INDEKS NEKARIJESNIH CERVICALNIH LEZIJA

UVOD

Zubni vrat je mjesto prelaska krune zuba u korjen, tj. granica između cakline i cementa zuba. Zbog svojih morfoloških, gradivnih i mikroekoloških svojstava velika je osjetljivost na različite nokse i mehaničke podražaje (1).

Nekarijesna cervicalna lezija (noncarious cervical lesion – NCCL) je gubitak tvrdog zubnog tkiva na cementocaklinskom spojištu, koje nije karijesne prirode, ima multikauzalnu etiologiju i najčešće se javlja na površinama zubi bez plaka. Takva fizičkokemijska oštećenja zubnih tkiva mogu izazvati neugodnu preosjetljivost, bolne senzacije, patološke promjene u pulpi i konačno gubitak zuba (2). Izgled lezija varira od plitkih udubljenja, preko širokih pločastih lezija do velikih klinastih defekata. Dno lezije može biti ravno, udubljeno ili pod ostrim kutem, a smještaj može biti na vestibularnoj, oralnoj ili aproksimalnoj strani (3).

Etiologija cervicalnih lezija nije još točno definirana, što se očituje u različitoj terminologiji u literaturi. Za iste pojave razni autori koriste razne nazive kao npr. cervicalna erozija, erozivno abrazivna lezija, abrazija četkicom za zube, klinasti defekti, cervicalni urezi ili idiopatske cervicalne erozije (4). U literaturi se često zajednički opisuju sve nekarijesne lezije tj. počinje se opisom "zubnog trošenja" (5). Uz karijes kao prvi uzrok, cervicalne lezije se smatraju drugim uzrokom destrukcije zuba po učestalosti pojavljivanja. Navodi se da otprilike 25% patološke destrukcije otpada na nekarijesne procese (6). Isti autor pod tim procesima podrazumijeva atriciju, abraziju, eroziju, lokaliziranu ne-hereditarnu caklinsku hipoplaziju, lokaliziranu ne-hereditarnu caklinsku hipokalcifikaciju, lokaliziranu ne-hereditarnu dentinsku hipoplaziju, lokaliziranu ne-hereditarnu dentinsku hipokalcifikaciju, diskoloraciju, malformaciju, Amelogenesis imperfecta, Dentinogenesis imperfecta i traumau.

Za epidemiološko praćenje cervicalnih lezija prikladni su određeni indeksi. Jedan od takvih je i indeks zubnog trošenja prema Smith-u i Knight-u (TWI) (7). Taj indeks opisuje sve zubne plohe, a cervicalnu regiju definira kao zasebnu anatomsku plohu koja ima svoju skalu (tablica 1).

**M - zubi koji nedostaju u zubnom luku*

***R - restaurirana površina, površina koja je frakturirana zbog ekstenzivnog karijesa i površina prekrivena plakom ili kamencem.*

TWI	
0	nema promjene u konturi zuba
1	minimalni gubitak konture cakline
2	defekt površine je manji od 1 mm
3	dubina defekta je između 1-2 mm
4	defekt je dublji od 2 mm, ili je ekspanirana pulpa ili sekundarni dentin

Tablica 1. Indeks zubnog trošenja (TWI) u cervicalnoj regiji

RASPRAVA

Patogeneza nekarijesnih cervikalnih lezija predmet je rasprave već cijelo prošlo stoljeće i još postoje mnoge proturječnosti i nedorečenosti. Prvi ih je počeo proučavati G. V. Black 1908. godine (8). Prevalencija NCCL-a nije dobro dokumentirana, različite su metodologije ispitivanja, različiti uzorci i zato je vrlo teško uspoređivati dobivene rezultate među autorima. Prema dostupnoj literaturi prevalencije NCCL-a se kreću od 5% do 85% (3, 9). Za točno uspoređivanje rezultata različitih autora potreban je jedinstven indeks. Prema mišljenju mnogih autora TWI je zadovoljavajući za epidemiološko ispitivanje i kliničku registraciju i praćenje lezija kroz duži period (9). Važnost epidemioloških studija sastoji se u tome da se mogu sagledati proširenost i jačina određenih promjena u populaciji, a samo kliničko označavanje olakšava rad terapeutu. Iako je vrlo visok postotak NCCL-a, ne pridaje im se dovoljno važnosti, niti od strane pacijenata niti od stomatologa. Stoga je vrlo važno napraviti korak u osvješćivanju stručnog osoblja koje bi onda moglo dalje širiti svijest među populacijom.

U svim studijama koje populaciju dijele u više dobnih skupina, nađeno je da se broj lezija povećava s godinama, a isto tako i njihova veličina i dubina (10-16). Najinteresantnije razine indeksa za kliničku praksu su 2, 3 i 4. Brojna ispitivanja potvrđuju na su NCCL najčešće od očnjaka do prvog kutnjaka, a među njima naročito premolari (9, 17-20).

ZAKLJUČAK

Zbog poboljšane karijesne prevencije i veće svijesti o važnosti zadržavanja svih žvačnih jedinica, moramo se suočiti sa povećanom frekvencijom NCCL-a, jer su najzahvaćeniji zubi upravo oni koji se najčešće prvi gube. Kako se do sada takve lezije nisu u kliničkim kartonima točno bilježile, nisu se mogle ni pratiti njihove promjene. Za obilježavanje dubine najprikladniji je TWI kojeg bi napokon trebalo uvesti u širu kliničku praksu.

LITERATURA

1. Jukić S., Pandurić V., Miletić I. i Šutalo J., Gubitak tvrdih tkiva zubnog vrata, *Acta Stomatol Croat* 1999; 33: 87-99.
2. Šutalo J. i Tarle Z., Nekarijesne destruktivne lezije tvrdih zubnih tkiva, *Acta Stomatol Croat* 1997; 31: 43-52.
3. Levitch LC, Bader JD, Shugars DA and Heymann HO. Non-carious cervical lesions. *J Dent* 1994; 22: 195-207.
4. Bevenius J., L'estrangé P., Karlsson S. and Carlsson G.E. Idiopathic cervical lesions: in vivo investigation by oral microendoscopy and scanning electron microscopy. A pilot study. *J Oral Rehabil* 1993; 20: 1-9.
5. Hugoson A, Bergendal T, Ekfeldt A and Helkimo M. Prevalence and severity of incisal and occlusal tooth wear in an adult Swedish population. *Acta Odontol Scand* 1988; 46: 255-265.
6. Marzouk MA, Simounton AL and Gross RD. *Operative Dentistry. Modern Theory and Practice*. Inc. St Louis-Tokyo 1985. 1st ed.; Ishiyaku EuroAmerica : 415-431.
7. Smith BGN and Knight JK. An Index for Measuring the Wear of Teeth. *Br Dent J* 1984; 156:435-438.
8. Black GV. A work on operative dentistry. Pathology of hard tissues of teeth, 1st edn. *Medico-Dental Publishing, Chicago, IL, 1908*, pp. 39-59.
9. Borčić J, Anić I, Urek MM, Ferreri S. The prevalence of non-carious cervical lesions in permanent dentition. *J Oral Rehabil* 2004; 31: 117-123.
10. Bergström J and Eliasson S. Cervical abrasion in relation to toothbrushing and periodontal

health. *Scand J Dent Res* 1996; 405-411.

11. Kitchin PC. The prevalence of tooth root exposure, and the relation of the extent of such exposure to the degree of abrasion in different age classes. *J Dent Res* 1941; 20: 565-581.

12. Ervin JC and Bucher EM. Prevalence of toothroot exposure and abrasion among dental patients. *Dent Items Int* 1944; 66: 760-769.

13. Bergström J, Lavstedt S. An epidemiological approach to toothbrushing and dental abrasion. *Community Dent Oral Epidemiol* 1979; 7: 57-64.

14. Sangnes G and Gjermo P. Prevalence of oral soft tissue and hard tissue lesions related to mechanical toothcleansing procedures. *Community Dent Oral Epidemiol* 1976; 4: 77-83.

15. Natusch J and Klimm W. Chronischer Zahnhartsubstanzverlust im frühen and mittleren Erwashsenenalter. *Zahn Mund Kieferheilkd* 1989; 77: 123-127.

16. Hong F-l, Nu Z-y and Xie X-m. Clinical classification and therapeutic design of dental cervical abrasion. *Gerodontology* 1988; 4: 101-103.

17. Kitchin PC. The prevalence of tooth root exposure, and the relation of the extent of such exposure to the degree of abrasion in different age classes. *J Dent Res* 1941; 20: 565-581.

18. Natusch J, Klimm W. Chronischer Zahnhartsubstanzverlust im frühen and mittleren Erwashsenenalter. *Zahn-Mund Kieferheilkd* 1989; 77: 123-127.

19. Hand JS, Hunt RJ, Reinhardt JW. The prevalence and treatment implication of cervical abrasion in the elderly. *Gerodontology* 1986; 4: 101-103.

20. Xhonga FA, Valdmanis S. Geographics comparisons of the incidence of dental erosion: a two centre study. *J Oral Rehabil* 1983; 10: 269-277.