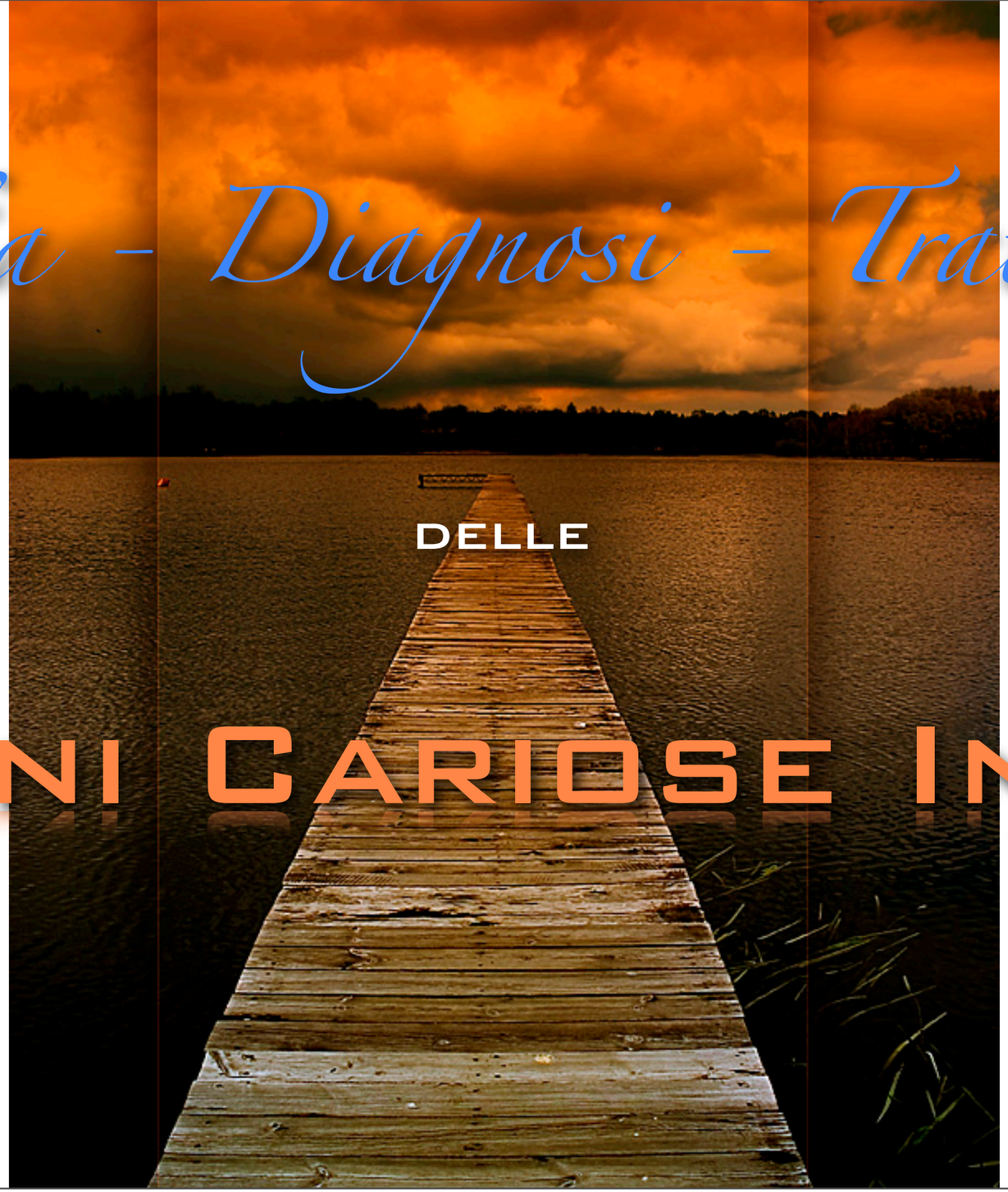
Filosofia - Diagnosi - Trattamento



DELLE

Lesioni Cariose Iniziali

DR. RICCARDO ROTA

Approccio Medico
nel comprendere e trattare la carie dentale

Diagnosi: identificare patologia da segni e sintomi

Prognosi: prevedere andamento patologia in seguito al trattamento

Con una diagnosi e una prognosi possiamo fare un piano di trattamento corretto

In Odontoiatria spesso si decide erroneamente piano trattamento senza aver in mente nè diagnosi nè prognosi

STEINBERG S 2008

Approccio Medico
nel comprendere e trattare la carie dentale

Diagnosticare: identificare persona con una determinata malattia

Fornire una prognosi: prevedere probabile corso malattia

Rischio: probabilità di sviluppare la malattia

STEINBERG S 2008

Approccio Medico
nel comprendere e trattare la carie dentale

Carie dentale

1 Infezione batterica causata da specifici batteri acidogeni presenti nel biofilm dentario

2 Processo multifattoriale di demineralizzazione e remineralizzazione

STEINBERG S 2008

Approccio Medico
nel comprendere e trattare la carie dentale

Carie dentale

1 Infezione batterica causata da specifici batteri acidogeni presenti nel biofilm dentario

2 Processo multifattoriale di demineralizzazione e remineralizzazione

La carie dentale è un momento nella vita di un individuo nel quale si verifica uno squilibrio tra fattori protettivi e fattori patologici cosicchè il processo di demineralizzazione della struttura dentaria da parte di batteri acidogeni supera la capacità del paziente di remineralizzare la struttura dentaria

STEINBERG S 2008

Approccio Medico
nel comprendere e trattare la carie dentale

Il paziente con diagnosi di carie è un paziente scompensato

..e prevale processo demineralizzazione

STEINBERG S 2008

Approccio Medico
nel comprendere e trattare la carie dentale

Il paziente con diagnosi di carie è un paziente scompensato

..e prevale processo demineralizzazione

La carie è la diagnosi di un individuo

La carie è quindi un concetto

La lesione cariosa è il risultato della malattia carie

STEINBERG S 2008

Approccio Medico
nel comprendere e trattare la carie dentale

Le persone hanno la carie, i denti presentano lesioni cariose

Per fare diagnosi di una persona con carie dobbiamo localizzare e valutare lesioni cariose

Noi non diagnostichiamo lesioni, scopriamo la loro presenza con vari metodi ed ausili
(visivo, ingrandimenti, tattile, radiografie, diagnodent, qlf)

STEINBERG S 2008

Approccio Medico
nel comprendere e trattare la carie dentale

valutazione del rischio di carie: fare previsione per il futuro di sviluppare la carie

Prognosi: probabilità di progressione della malattia in futuro

STEINBERG S 2008

Stabilire un Piano di Trattamento

1 Individuazione

Raccolta dati: storia di carie precedenti, abitudini alimentari, zuccheri fuori pasto, quantità e potere salivare, utilizzo di fattori protettivi come fluoro, agenti antimicrobici e remineralizzanti

Classificazione e valutazione lesioni (Superficie,Black, icdas, attività della lesione)

Attività della lesione cariosa

Acido penetra attrverso superficie dura del dente rimuovendo Ca e P e causa white spot iniziale poi c'è remineralizzazione (potere tampone saliva, ca e p ridepositati)

l'importante è che la lesione non sia cavitata

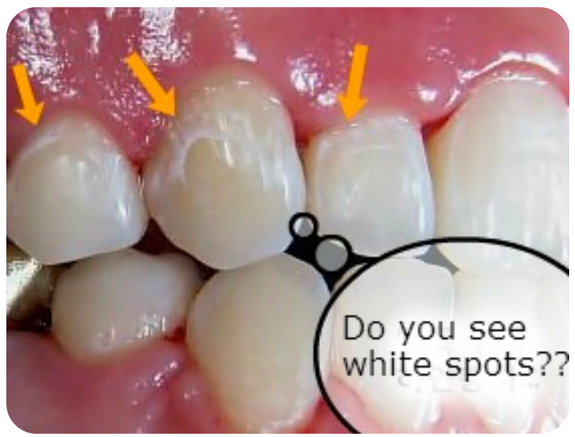
Dubbio Clinico: la lesione si sta remineralizzando o processo carioso sta progredendo?

Valuto colore, tessitura superficiale e controlli rx nel tempo

Attività della lesione cariosa

white spot attive: superficie porosa, ruvida con explorer, gessosa

white spot inattive: superficie non porosa, lucide, brillante e dura



attività lesione cariosa: demineralizzazione o remineralizzazione

carie attiva: stato della patologia cariosa riferita al paziente in toto

rischio di carie: stato del paziente in toto in futuro

2 DIAGNOSI DI CARIE

Carie attiva: termine disgnostico che applichiamo al paziente che oggi ha la malattia

Squilibrio tra fattori protettivi e fattori patologici così da far prevalere demineralizzazione su remineralizzazione

Carie in equilibrio: pazienti in stato di salute riguardo alla carie remineralizazzione uguale o supera demineralizzazione
però può essere a rischio carie scompensata per presenza di fattori di rischio

Carie indeterminata: situazione a metà tra le precedenti (tenere il pz sotto controllo in regime di prevenzione)

3 PREVISIONE DI PATOLOGIA FUTURA

Indicatori di rischio: segni esistenti del processo patologico (cavità macroscopiche, white spot attive, otturazioni fatte in ultimi 3 anni)

Fattori di rischio: fattori predisponenti a comparsa e progressione patologia cariosa (batteri acidogeni, placca, assunzione frequente zuccheri fuori pasto, saliva, fattori anatomici)

Fattori protettivi: saliva adeguata, uso presidi fluorati, antibatterici, xilitolo, pasta MI

VALUTAZIONE DEL RISCHIO E DELLA PROGNOSI

Alto: una o piu cavità, white spot attive

Medio: 1- lesioni attive non cavitate
Medio 2- pz con carie compensata ma con fattori di rischio (xerostomia, bracket orto,..)

Basso : diagnosi di carie compensata senza fattori di rischio

4 PIANO DI TRATTAMENTO

1 - Controllo batterico

restauro, sigillo
lacche fluorate
0,12 chx
xylitol gum

2 - riduzione livello rischio nei pazienti

abitudini alimentari, dare
xilitolo gum, paste Ca P,
aumentare fluoro a casa

3 - inattivare siti attivi e remineralizzazione

in pazienti con lesioni attive non cavitate
lacche fluorate in studio
gel fluoro a casa, collutorio fluoro
xylitol gum e pasta Ca P

4 - follow up a lungo termine e mantenimento

basso rischio ogni 6 mesi
medio e alto ogni 3 mesi

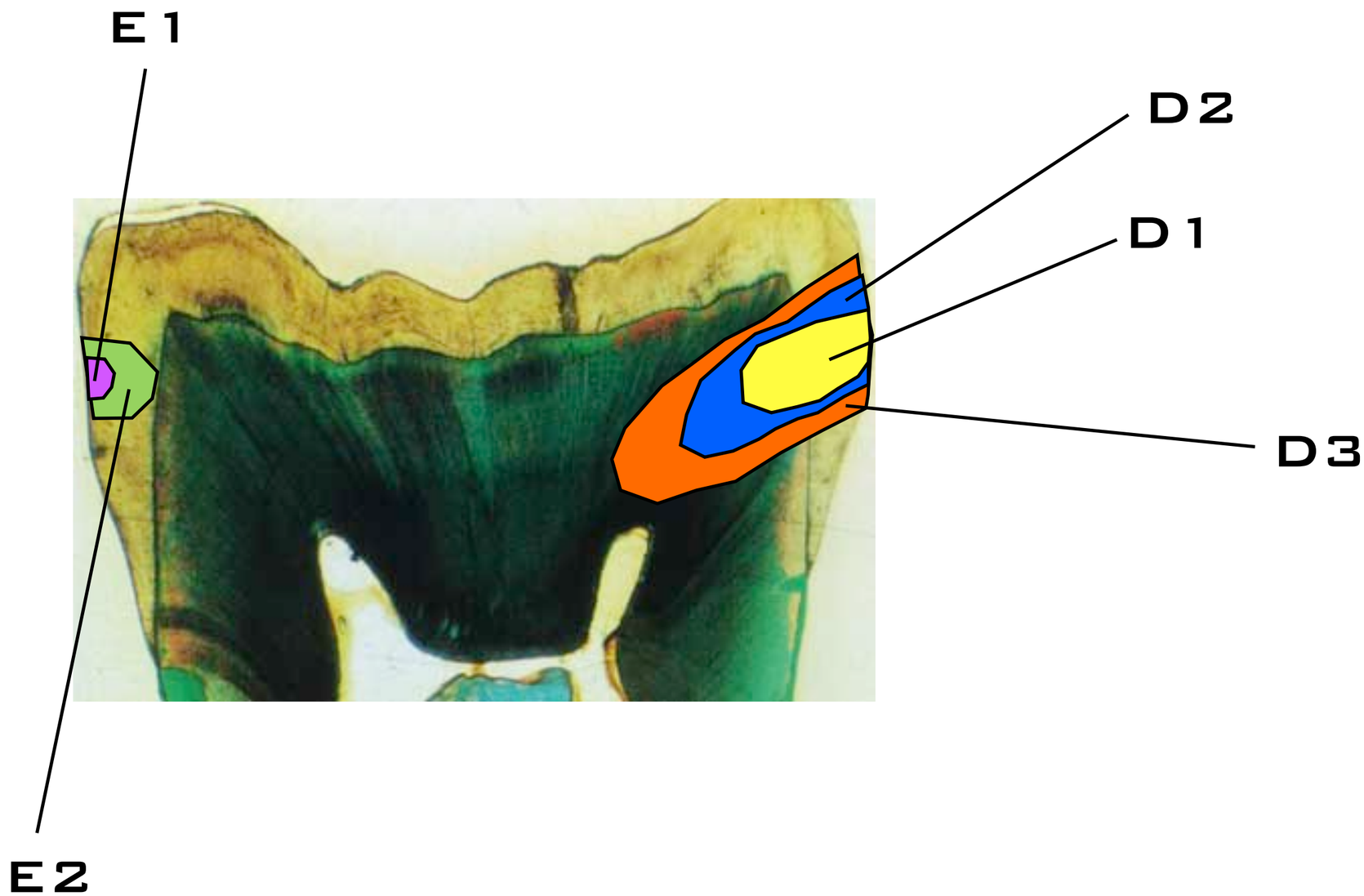
4 PIANO DI TRATTAMENTO

Treatment group	Fill	Temp Crs	Seal	FLV at start (n)	Use CHX (mo)	Xylitol	MI paste	CRT test (mo)	Recall (mo)	Recall FLV	Home fluoride
Low risk, caries balanced									6		1000 ppm paste
Moderate risk, caries balanced						+	+		6	+	5000 ppm paste + rinse
Moderate risk, caries active				3	6	+	+	6	3	+	5000 ppm paste + rinse
High risk, caries active	+	+	+	3	6	+	+	6	3	+	5000 ppm paste + rinse
Very-high risk, caries active	+	+	+ +	3	12	+	+	12	3	+	5000 ppm paste in a tray + rinse

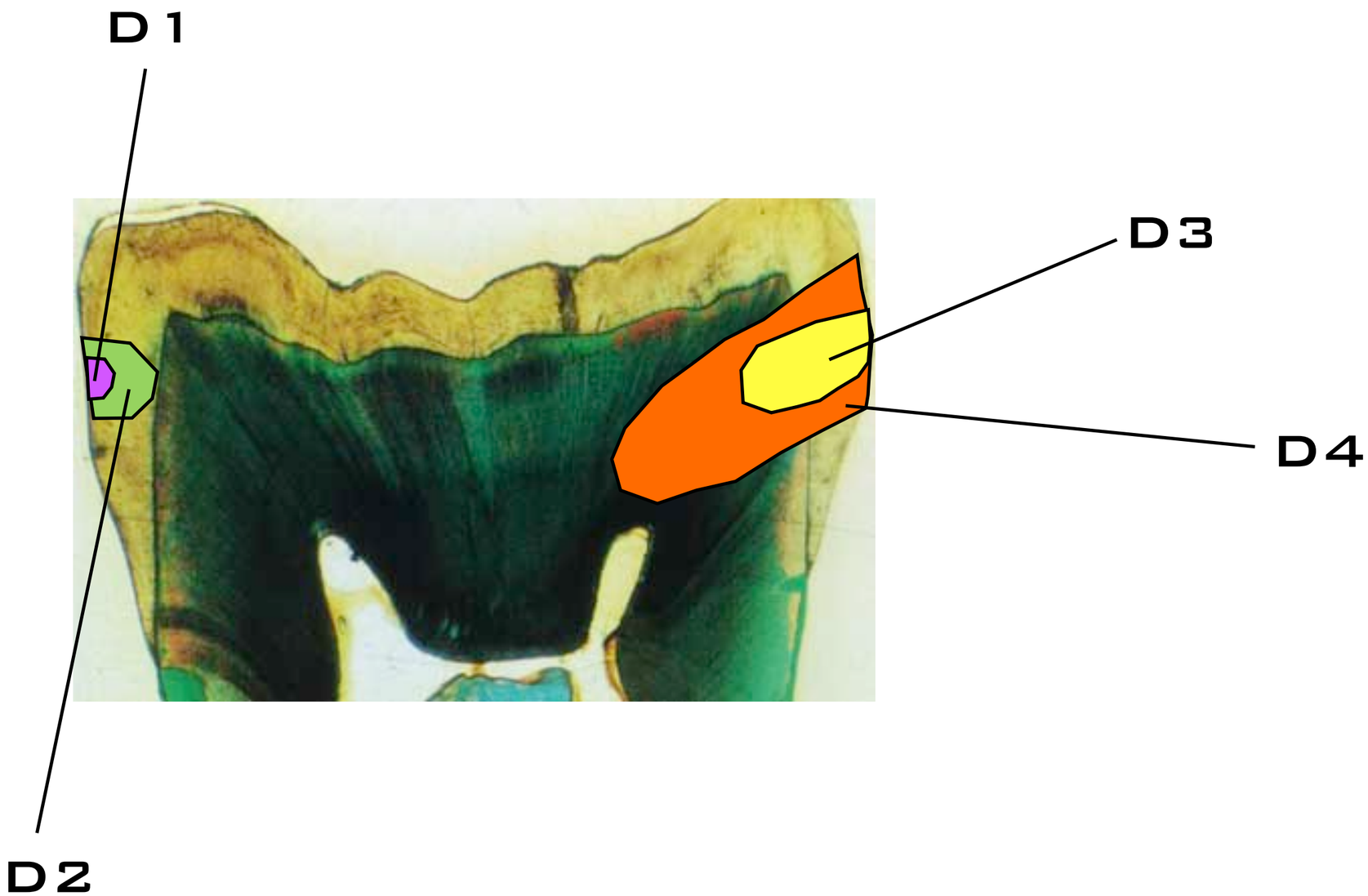
Crs, crowns; FLV, fluoride varnish.

STEINBERG S 2008

CLASSIFICAZIONE



CLASSIFICAZIONE



INDAGINI SU PROGRAMMI DENTAL SCHOOLS

30% si restauro se lesione in smalto

70% si restauro se lesione in dentina

D1 - 55%

D2 - 10%

D3 - 5%

YORTY 1999

72% scuole permette fare otturazioni in E1 e E2

solo 26% lo vieta

ANUSAVICE 2001

INDAGINI SU PROGRAMMI DENTAL SCHOOLS

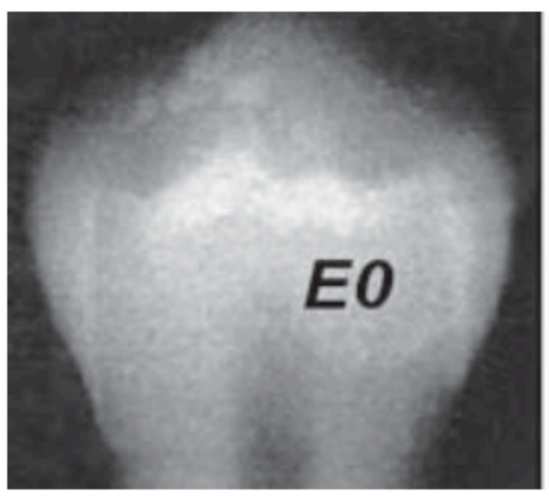
30% si restauro se lesione in smalto
70% si restauro se lesione in dentina

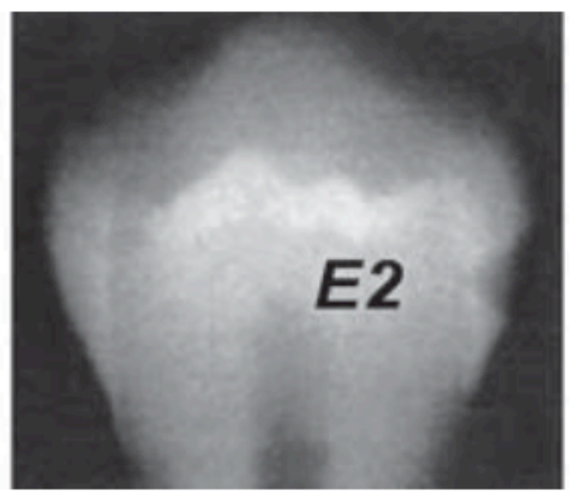
D1 - 55%
D2 - 10%
D3 - 5%

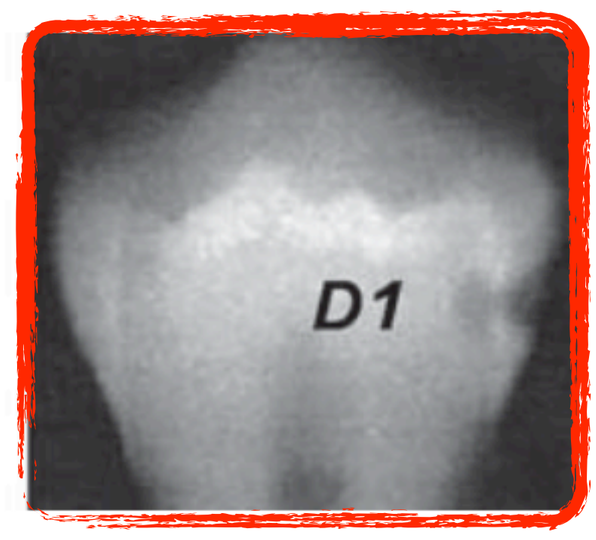
YORTY 1999

72% scuole permette fare otturazioni in E1 e E2
solo 26% lo vieta

ANUSAVICE 2001







Trattamento chirurgico prematuro e inserimento di una otturazione (sebbene miniinvasiva) può portare a overtreatment; iniziare precocemente il ciclo di restauri successivi può portare a sostituzione con successivi restauri sempre piu invasivi e con sopravvivenza sempre minore

Dimensione carie lungo DEJ correlata a dimensione lesione smalto

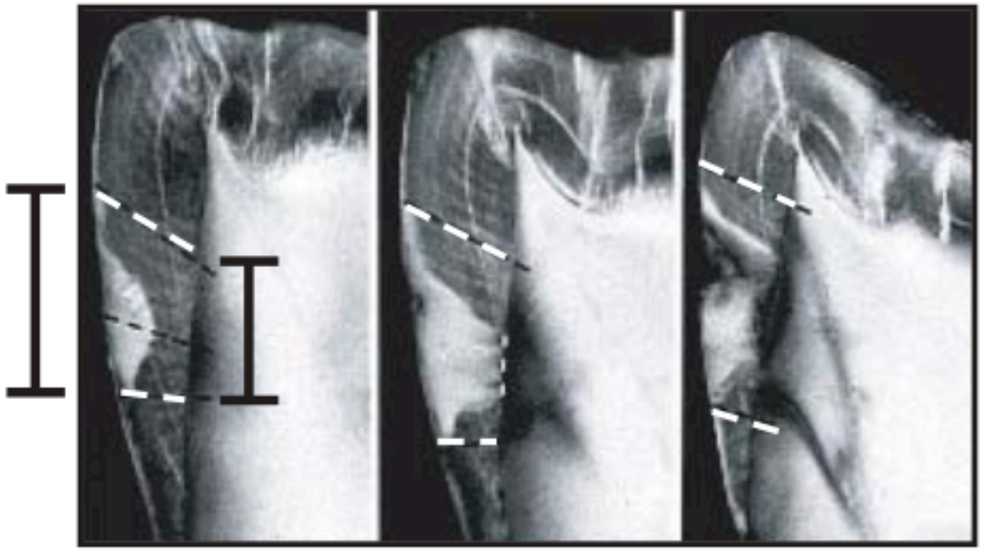
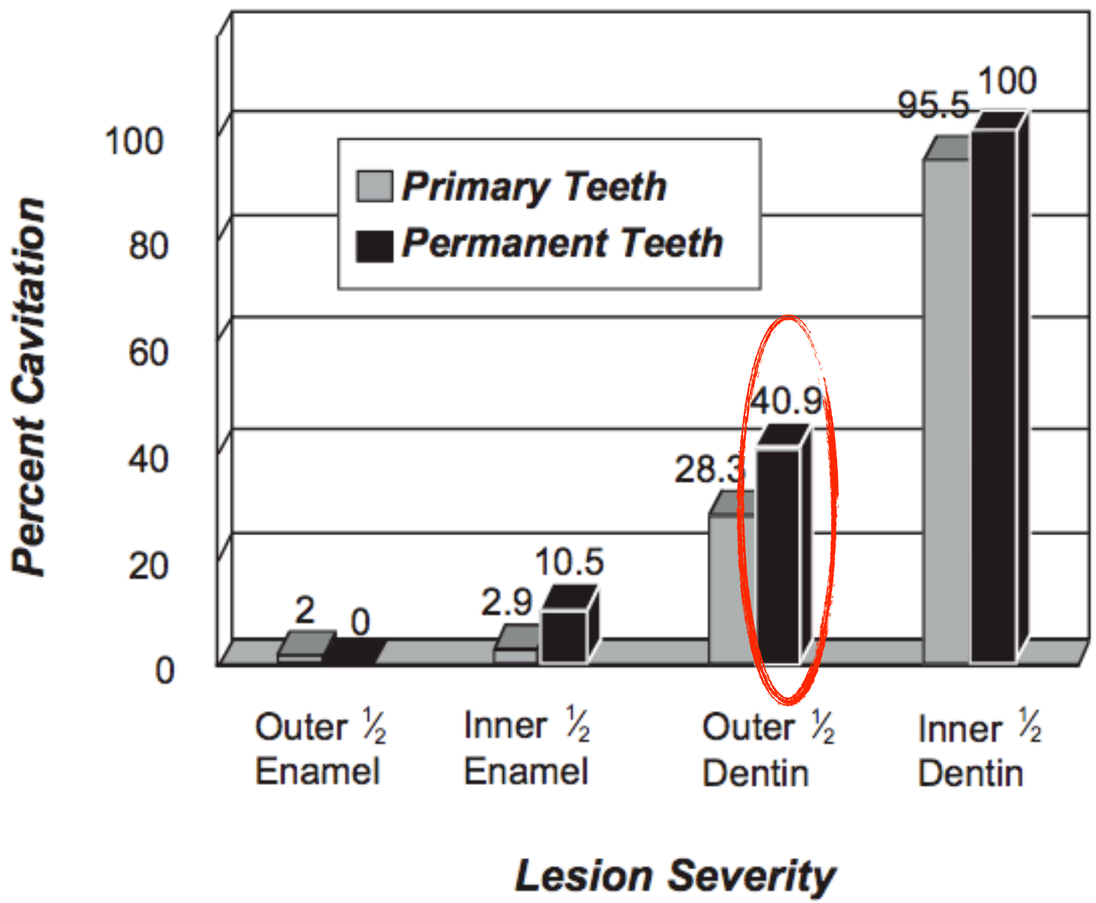


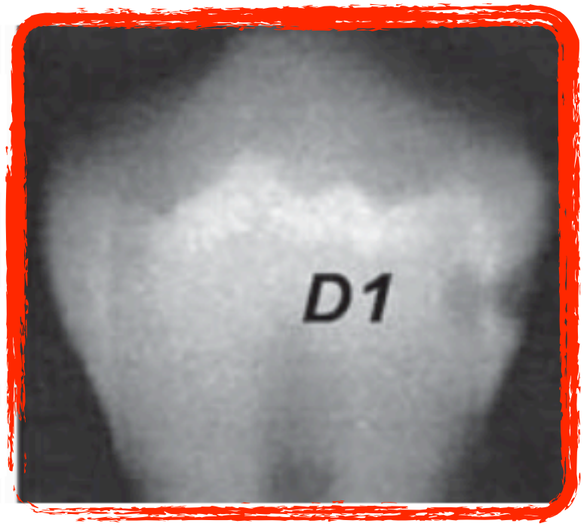
Figure 2. The size of a carious lesion along the DEJ (smaller vertical bar) is related to the size of outer enamel lesion (larger vertical bar).

BJØRNDAL 1995

solo 40,9% di superfici interprossimali di denti con lesioni cariose in D1 sono cavitate

solo 10,5% di E2 sono cavitate

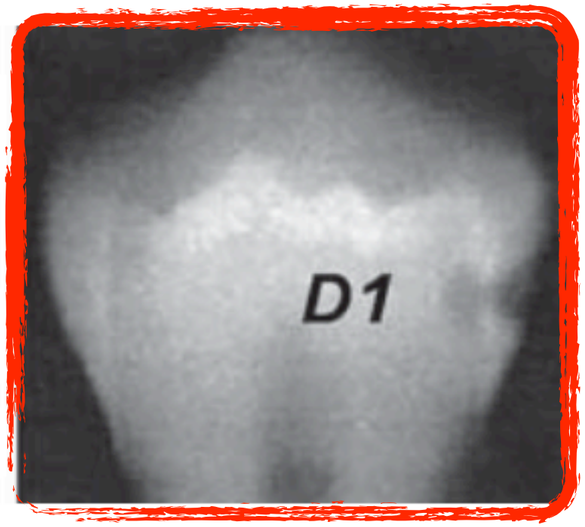




prima di intervenire fare tentativi remineralizzazione e aspettare che siano entrate bene in dentina

PITTS 1992

MINIMALLY INVASIVE DENTISTRY



prima di intervenire fare tentativi remineralizzazione e aspettare che siano entrate bene in dentina

DMG Icon

INDIVIDUAZIONE LESIONI CARIOSE INIZIALI

Fori e solchi rispondono meno a remineralizzazione rispetto a superfici liscie

Pitts e Lond 1993: "solchi si cariano piu avanti nel tempo rispetto a una volta"

Weerhejim 1992: "difficile con explorer trovare carie nascoste sotto i solchi; 15% denti clinicamente sani mostra radiotrasparenza in rx"

Penning 1992: "solo 24% dei casi explorer trova accuratamente carie solchi"

WAIT AND SEE

MINIMALLY INVASIVE DENTISTRY

Osborne e Summitt 1998:
solchi non cariati vanno sigillati x prevenzione anzichè rimossi

The capacity to remove caries in its early stages with minimal intervention does not necessarily dictate that every pit and fissure should be treated in search of hidden caries.

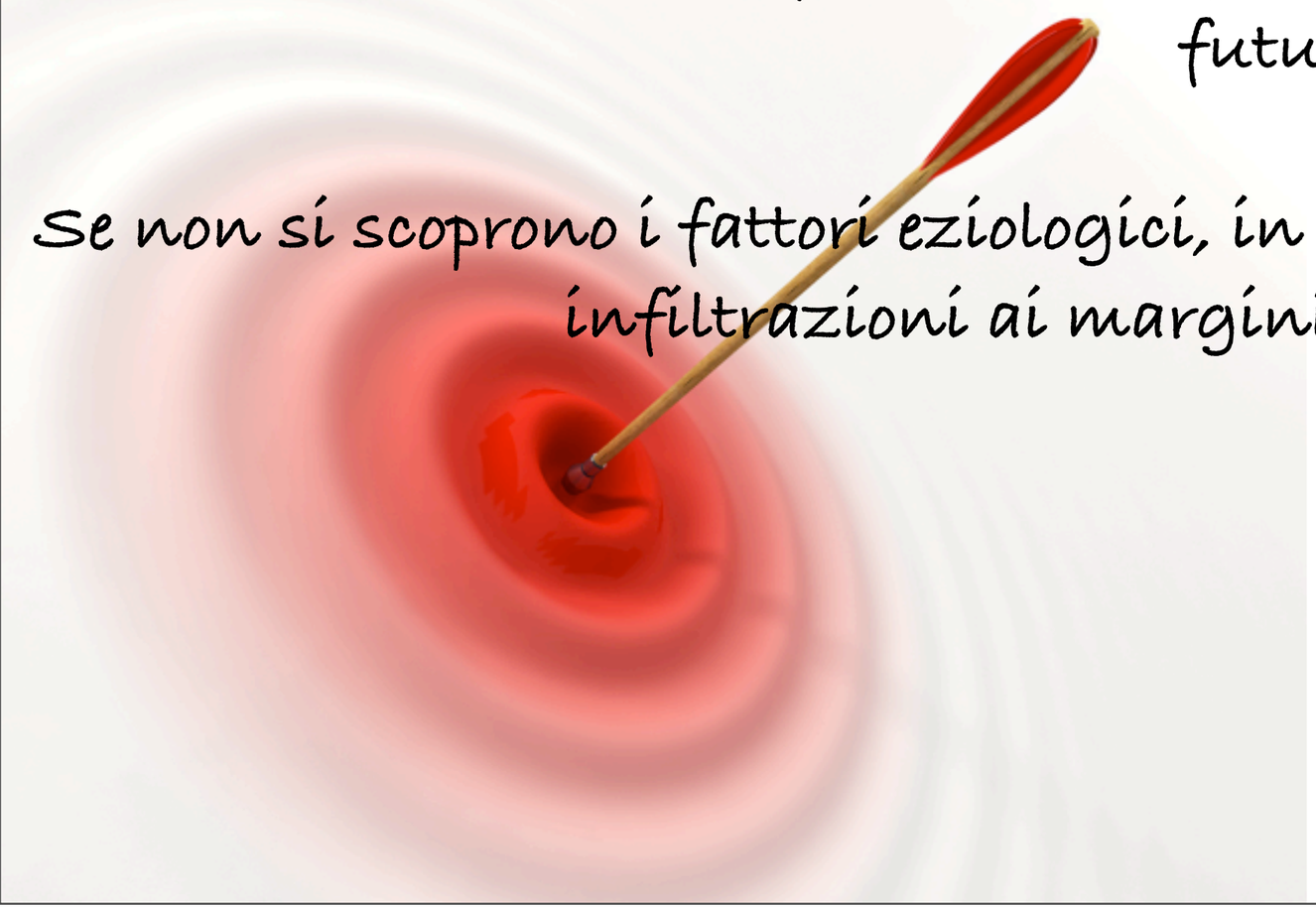
Odontoiatria Minimamente Invasiva <u>non</u> significa eseguire otturazioni molto piccole di difetti molto piccoli (solchi, fori, E1, E2..) <u>bensì</u> eseguire un restauro con il massimo risparmio di sostanza dentaria sana QUANDO è necessario (c'è cavitazione importante)

COME TRATTARE CARIE SENZA INTERVENTI MECCANICI

spazzolamento corretto, dentifrici fluoro e filo interdentale
igiene professionale
controlli periodici
acque fluorate
collutori fluoro
gel fluoro
lacche fluorate
clorexidina 0,12 collutorio
cicles xilitolo (anche madri incinta)
ozono
(sostituzione s.mutans acidogeno con s. mutans non virulento)
(streptococchi geneticamente modificati per produrre alcali)
(vaccino)

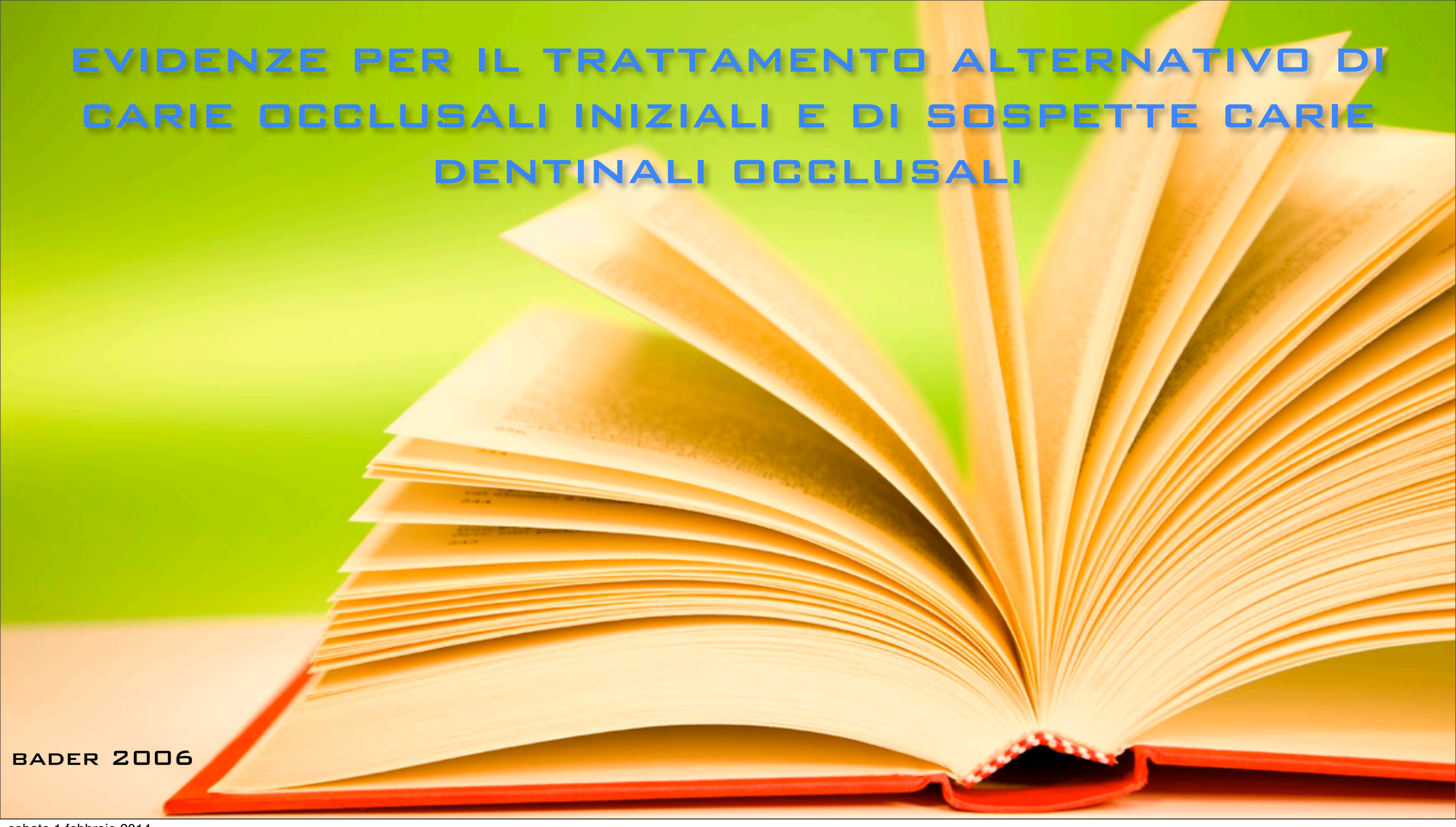
SCOPO DEL TRATTAMENTO

Eliminare malattia, ripristinare la funzione ed evitare insorgere di malattie future

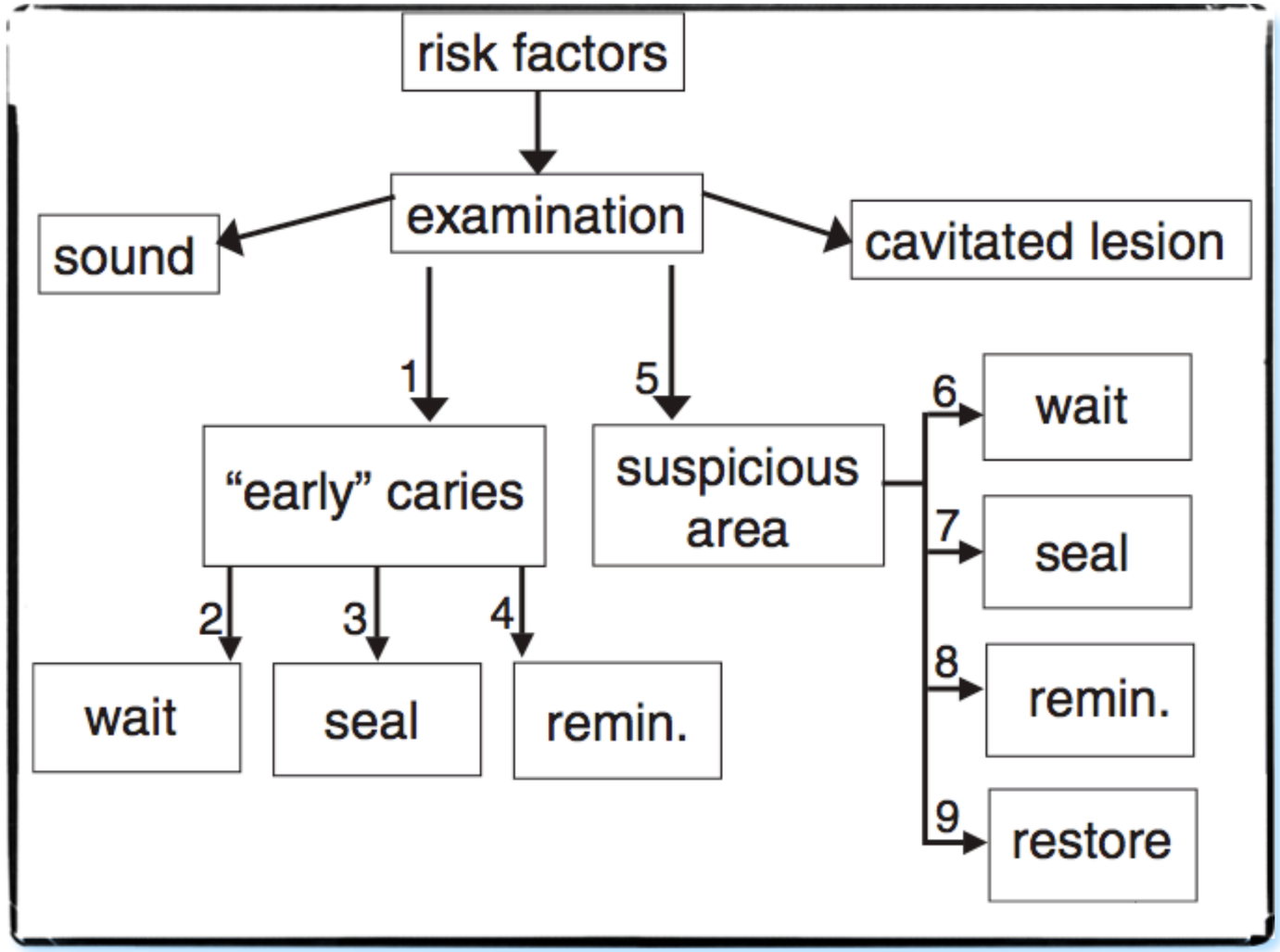


Se non si scoprono i fattori eziologici, in futuro compariranno nuove lesioni e/o infiltrazioni ai margini dei restauri esistenti

EVIDENZE PER IL TRATTAMENTO ALTERNATIVO DI CARIE OCCLUSALI INIZIALI E DI SOSPETTE CARIE DENTINALI OCCLUSALI



BADER 2006



Carie iniziale: lesione non cavitata limitata allo smalto

Area sospetta: esame visivo, tattile, rx insufficienti a confermare carie dentinale

BADER 2006

1 Individuazione carie occlusali iniziali

Evidenza debole

Non c'è un metodo più valido rispetto a un altro (esame visivo,tattile, rx, diagnodent, foti,..)

Associazione di più metodi dà risultati migliori

Abilità individuazione è operatore dipendente e assolutamente non perfetta

2 Non fare nulla per carie occlusali iniziali

Lesioni progredite: 6% in 1 anno - 25% in 2 anni - 35% in 3 anni

Evidenza debole

Identificazione di carie occlusale iniziale non implica una immediata e inevitabile progressione di tutte le lesioni in carie dentinali ben identificabili

BADER 2006

3 SIGILLARE CARIE OCCLUSALI INIZIALI

Evidenza debole

Sigillare carie occlusali iniziali riduce la probabilità della progressione della lesione

4 FLUORO E ANTIMICROBICI PER CARIE OCCLUSALI INIZIALI

Evidenza debole

solo studi sul fluoro

Percentuale di casi prevenuti da 0 a 37%

5 IDENTIFICAZIONE AREE SOSPETTE

Quando dentisti individuano area sospetta non sanno prendere decisione certa

Quando c'è dubbio , la probabilità di coinvolgimento dentinale è 50/50

BADER 2006

6 FARE NIENTE PER AREE SOSPETTE

evidenze deboli e nessuna conclusione deducibile

7 SIGILLARE AREE SOSPETTE

Molti studi su effetto di sigillanti su lesioni cariose senza cavitazione

Evidenza debole

Follow up di 5 anni: sigillare aree sospette può rallentare o bloccare progressione carie se il sigillo rimane intatto

8 FLUORO E ANTIMICROBICI PER AREE SOSPETTE

Solo uno studio su ozono terapia con nessuna evidenza a favore

9 TRATTAMENTO CONSERVATIVO IN AREE SOSPETTE

Evidenza che i restauri preventivi hanno in genere risultati favorevoli in un periodo tra i 2 e i 9 anni con fallimenti tra lo 0 e il 24%

BADER 2006

DISCUSSIONE

DISCUSSIONE

All'esame obiettivo per l'individuazione di lesioni cariose iniziali i clinici non individuano una buona parte di queste lesioni così come indicano come carie lesioni che invece non lo sono

DISCUSSIONE

All'esame obiettivo per l'individuazione di lesioni cariose iniziali i clinici non individuano una buona parte di queste lesioni così come indicano come carie lesioni che invece non lo sono

Progressione carie occlusali: non più del 10 - 20% progredisce in carie dentinale in un anno senza alcun intervento; la maggior parte o progredisce lentamente o non progredisce

DISCUSSIONE

All'esame obiettivo per l'individuazione di lesioni cariose iniziali i clinici non individuano una buona parte di queste lesioni così come indicano come carie lesioni che invece non lo sono

Progressione carie occlusali: non più del 10 - 20% progredisce in carie dentinale in un anno senza alcun intervento; la maggior parte o progredisce lentamente o non progredisce

I sigilli sono efficaci nel breve termine se rimangono intatti, mentre il fluoro dà un lieve rallentamento nella progressione delle lesioni. Non ci sono studi a più di 5 anni

DISCUSSIONE

All'esame obiettivo per l'individuazione di lesioni cariose iniziali i clinici non individuano una buona parte di queste lesioni così come indicano come carie lesioni che invece non lo sono

Progressione carie occlusali: non più del 10 - 20% progredisce in carie dentinale in un anno senza alcun intervento; la maggior parte o progredisce lentamente o non progredisce

I sigilli sono efficaci nel breve termine se rimangono intatti, mentre il fluoro dà un lieve rallentamento nella progressione delle lesioni. Non ci sono studi a più di 5 anni

La metà delle aree sospette sono carie dentinali, l'altra metà o carie smalto o tessuto sano

COSA DEVE FARE IL CLINICO?

Impegnarsi nel fare diagnosi di carie iniziali

Calibrarsi appaiando diagnosi a evidenza clinica personale

Progressione delle carie iniziali è lenta

Ogni situazione clinica è diversa: fattore paziente e rischio di carie individuale

Tra i presidi preventivi solo i sigilli mostrano evidenza di efficacia per carie smalto, evidenza debole per aree sospette

BADER 2006

COSA DEVE FARE IL CLINICO?

Quindi i clinici che vogliono preservare il tessuto dentario e posticipare il ciclo dei restauri e ri-restauri devono considerare applicazione sigilli su aree occlusali con lesioni in smalto o aree sospette (già Meiers 1984)

Solo sigilli intatti sono efficaci: controlli periodici e riparare eventuali sigilli compromessi

BADER 2006

COSA DEVE FARE IL CLINICO?

Il clinico deve valutare il tipo di paziente e il suo rischio di carie e scegliere trattamento piu conservativo o più aggressivo

vantaggio di fare nulla o usare fluoro o antimicobici: superficie sempre visibile ad ispezione mentre sigillo la impedisce

vantaggio di fare otturazione subito: eliminazione in toto di tessuto carioso

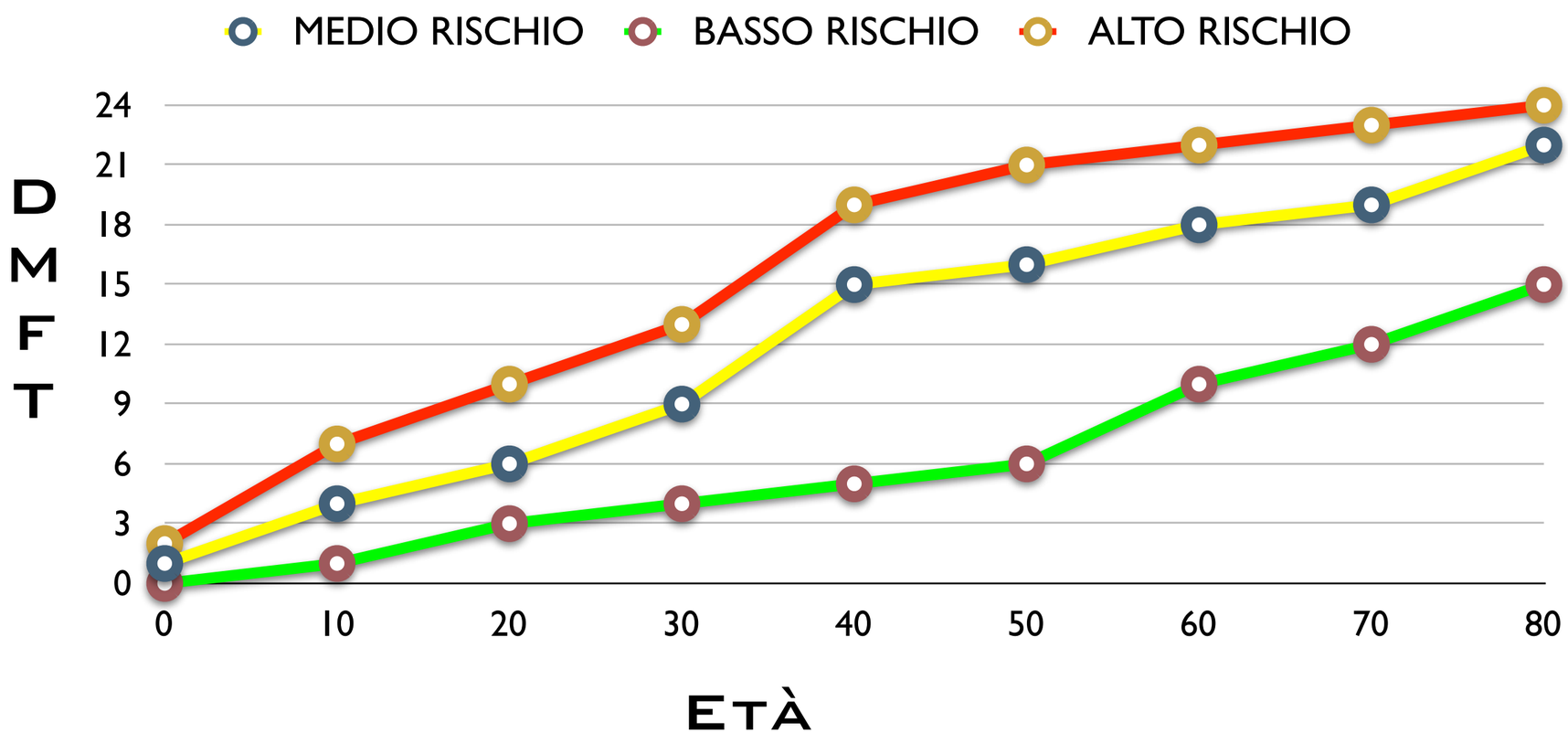
Svantaggio: inizio precoce del ciclo dei restauri e rischio carie secondarie

Non ci sono evidenza sull'odontoiatria minimamente invasiva a lungo termine

BADER 2006

Scelte terapeutiche in base al rischio

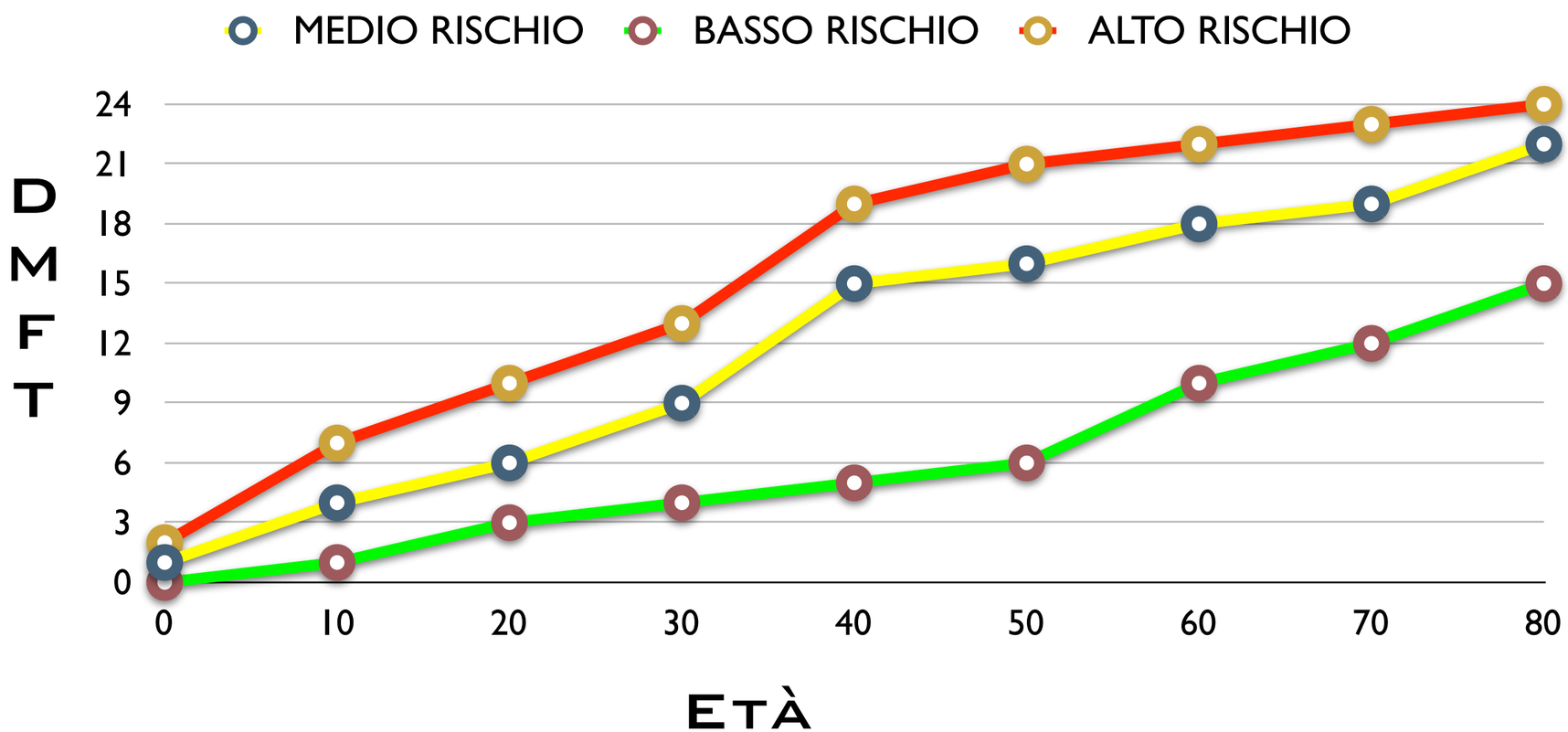
Scelte terapeutiche in base al rischio



Jonkoping 1993, Malmo University

Scelte terapeutiche in base al rischio

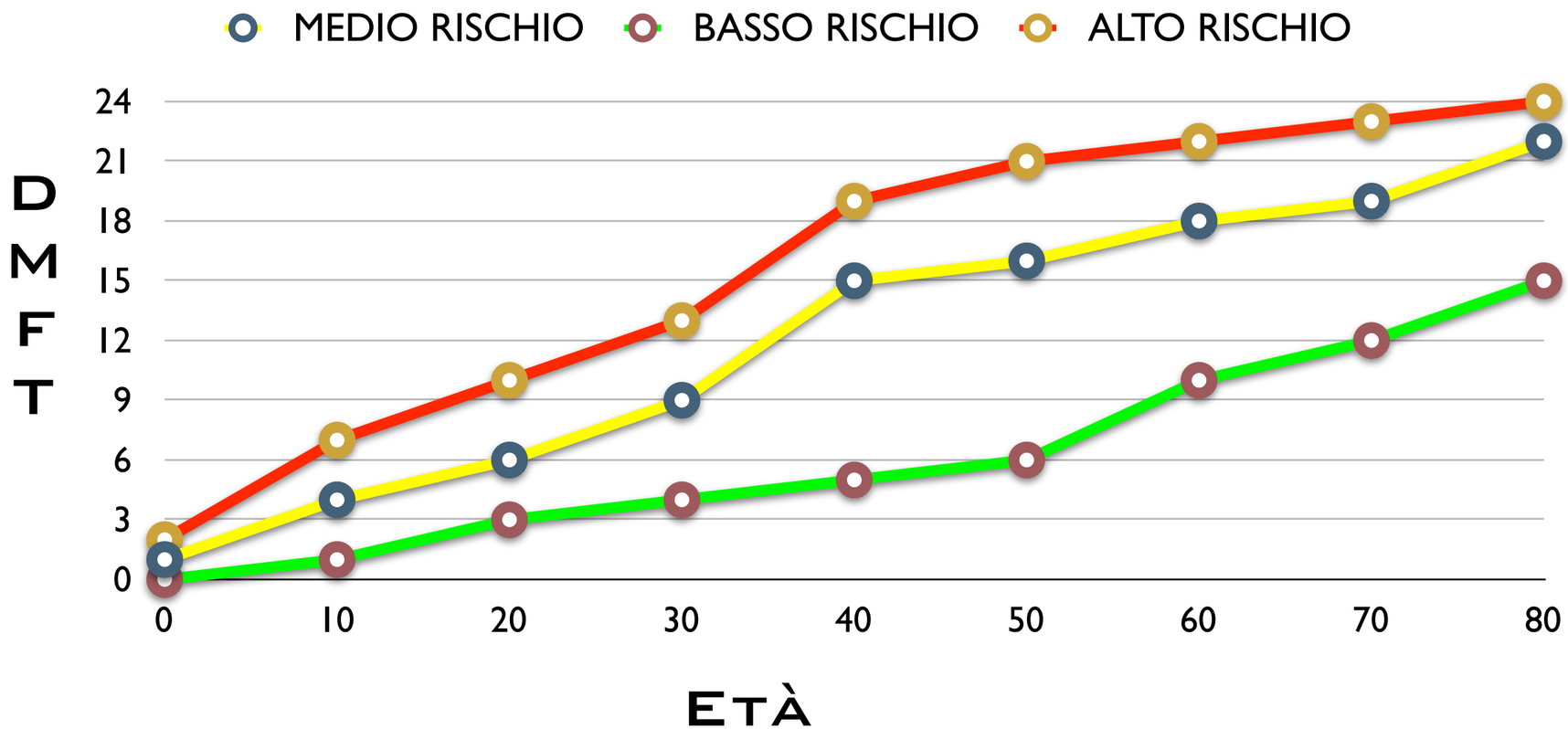
24 YEARS
DMFT 15



Jonkoping 1993, Malmo University

Scelte terapeutiche in base al rischio

24 years
DMFT 15

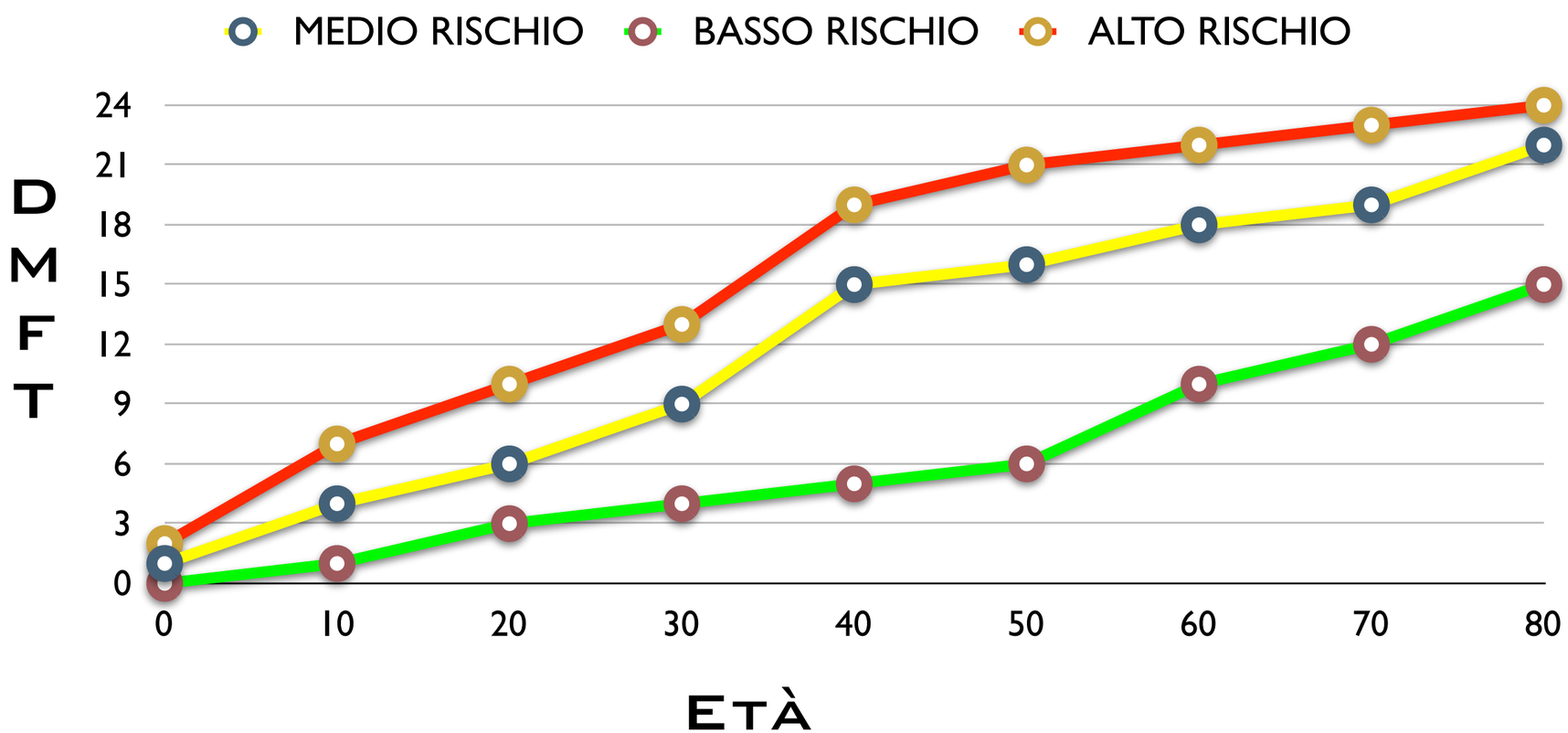


65 years
DMFT 7

Jonkoping 1993, Malmo University

Scelte terapeutiche in base al rischio

24 years
DMFT 15

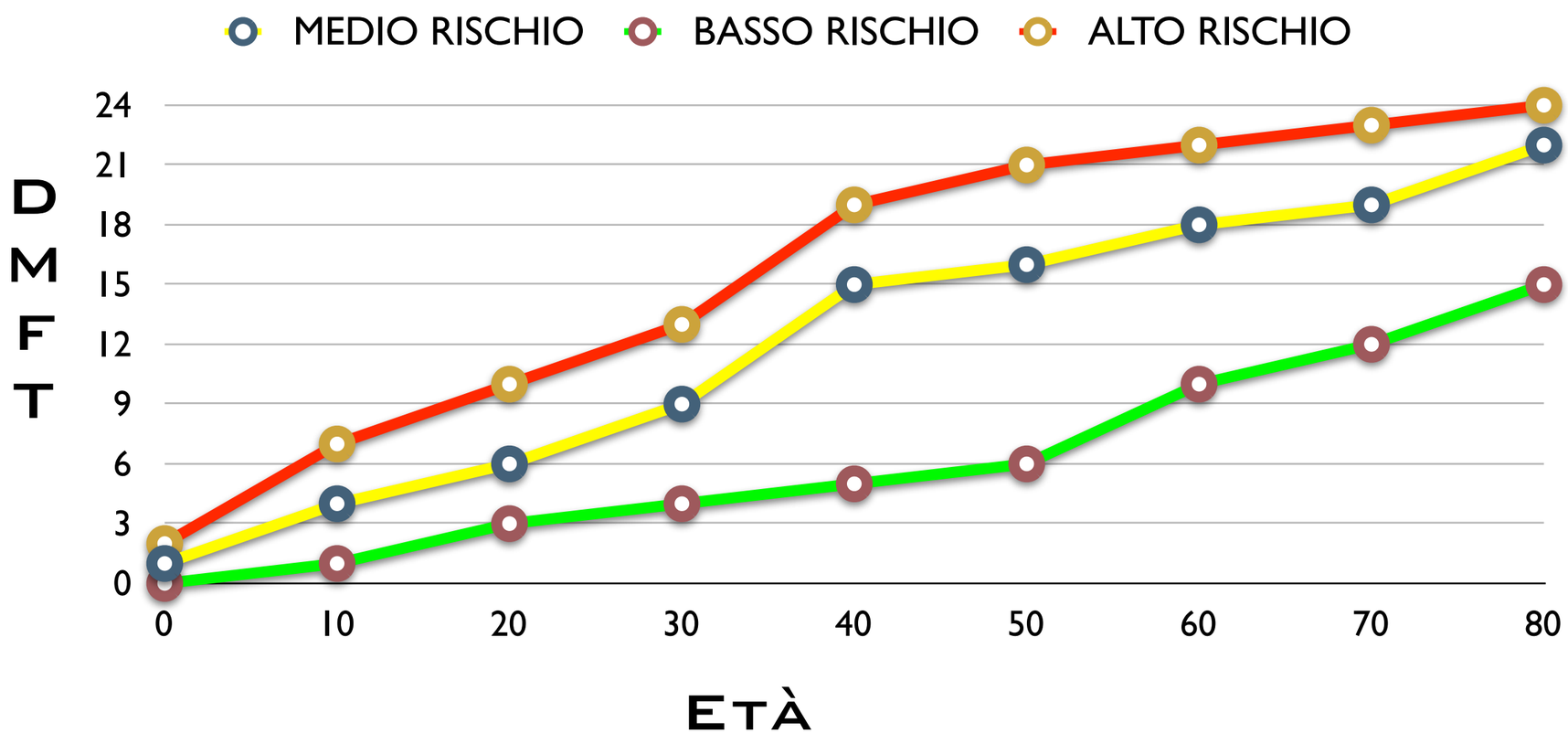


65 years
DMFT 7

Jonkoping 1993, Malmo University

Scelte terapeutiche in base al rischio

24 years
DMFT 15



65 years
DMFT 7

Jonkoping 1993, Malmo University

MINIMALLY INVASIVE DENTISTRY

Massima preservazione tessuto dentario sano nel corso di una vita

Pratica quotidiana: maggior tempo dedicato a sostituzione restauri pre esistenti

Un restauro eseguito è un potenziale restauro fallito

"Minimally Invasive Dentistry non è individuare lesioni iniziali con nuove tecnologie al fine di intervenire precocemente in maniera chirurgica; non è promuovere un intervento irreversibile precoce prima di aver adottato tutto l'arsenale di misure preventive a nostra disposizione"

ERICSON 2003

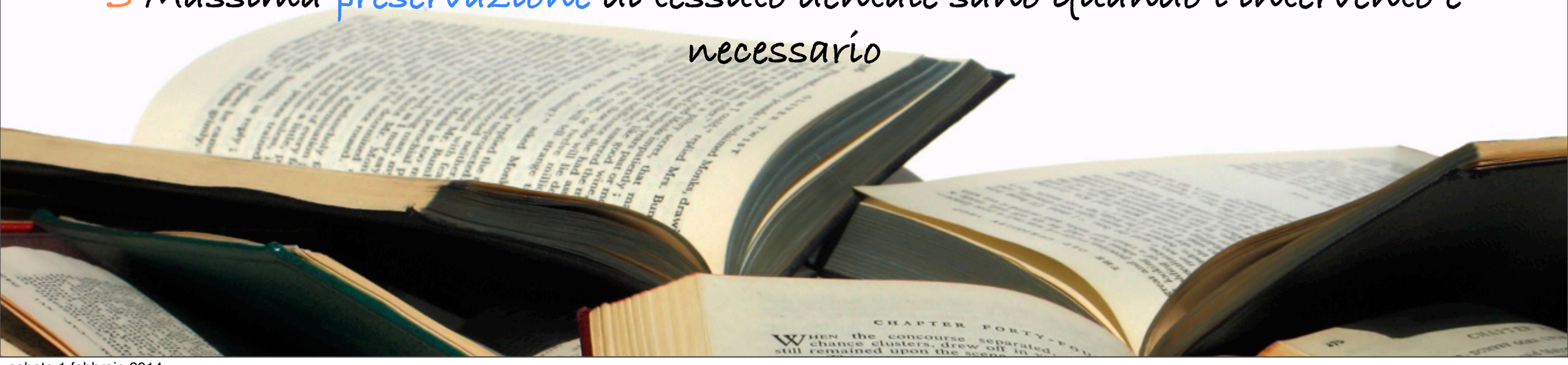
FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE
COMMISSION PROJECT

REVIEW OF M.I.D.

1 Posticipare l'intervento il più possibile

2 Capire che la carie è una infezione da controllare agendo sull'ambiente orale

3 Massima preservazione di tessuto dentale sano quando l'intervento è necessario



MINIMALLY INVASIVE DENTISTRY

Carie iniziale: white spot

Lesioni anche a spessore totale in smalto non sono cavitate

In Rx radiotrasparenza interprossimale

Maggiore opacità solchi occlusali

Per progressione lesione da inizio a invasione dentina dai 6 agli 8 anni

Analisi letteratura dal 1959 a 1988 - Anusavice 2001

Lesioni per 0,5-1 mm in dentina progressione in 3 anni 92% (Foster 1998)

ERICSON 2003

MINIMALLY INVASIVE DENTISTRY

Diagnosi carie è scienza inesatta

Diagnosi scorretta porta a over o under treatment

Data la lentezza della progressione della carie è piu dannoso un overtreatment (inizia ciclo dei restauri, carie secondaria)

ERICSON 2003

MINIMALLY INVASIVE DENTISTRY

CICLO DEI RI-RESTAURI

Indebolimento dente

Insulto polpa

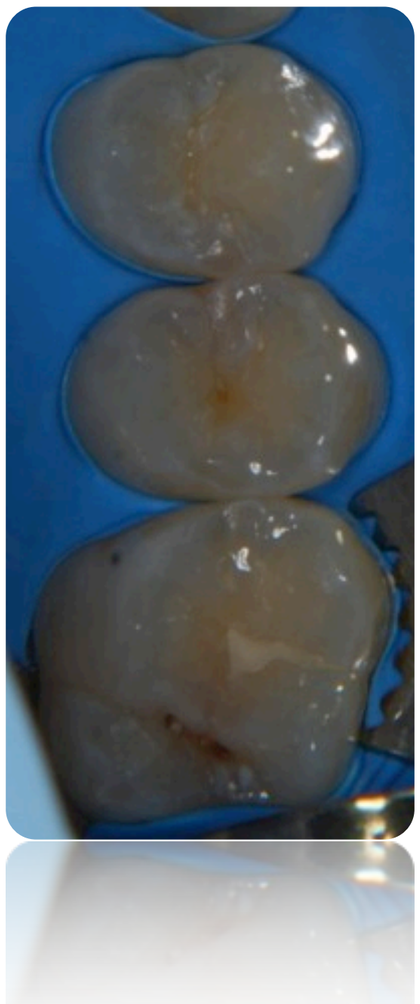
60-70% danno a dente adiacente con maggior rischio sviluppo lesione cariosa (Qvist 1992)

DIFFICOLTÀ RESTAURO, SOPRATTUTTO IN M.I.D.

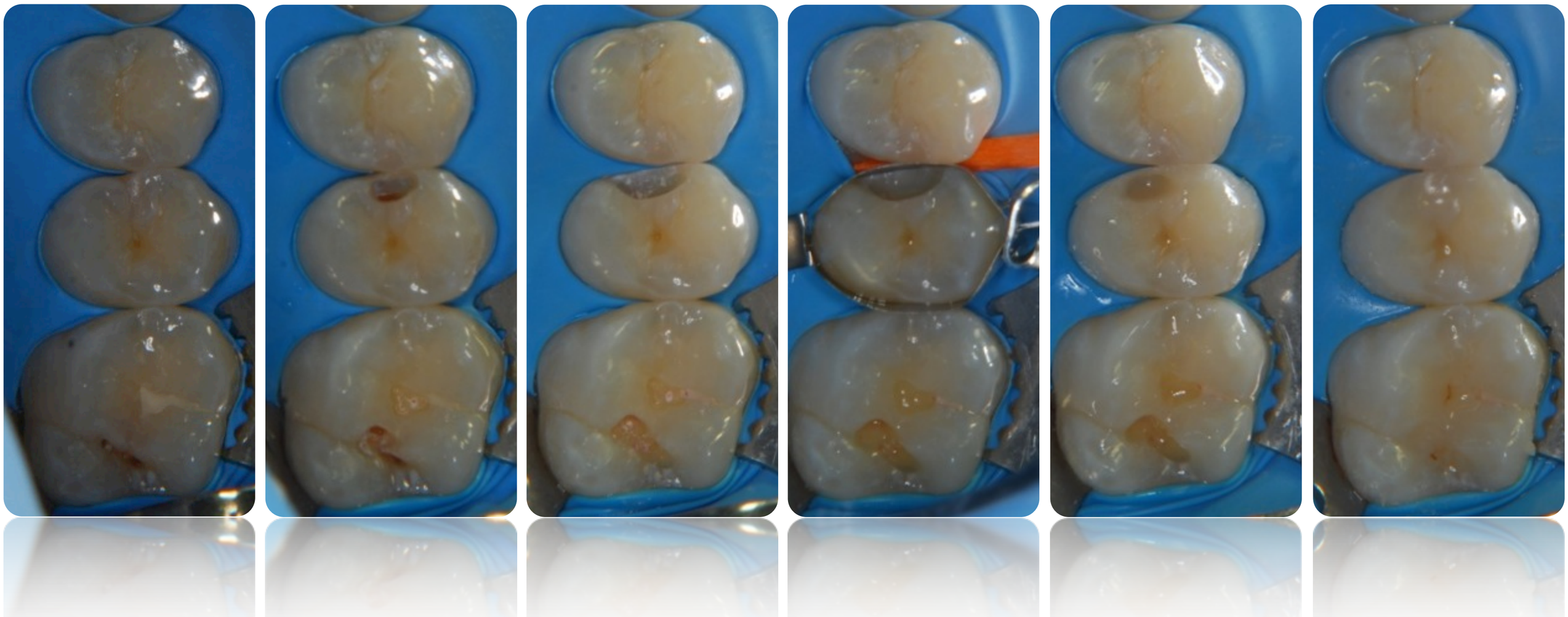
Punti di contatto e profili emergenza non ideali con problemi per parodonto e longevità restauro

Difficile otturare micropreparazioni senza vuoti e porosità (Opdam 2003)

MINIMALLY INVASIVE DENTISTRY

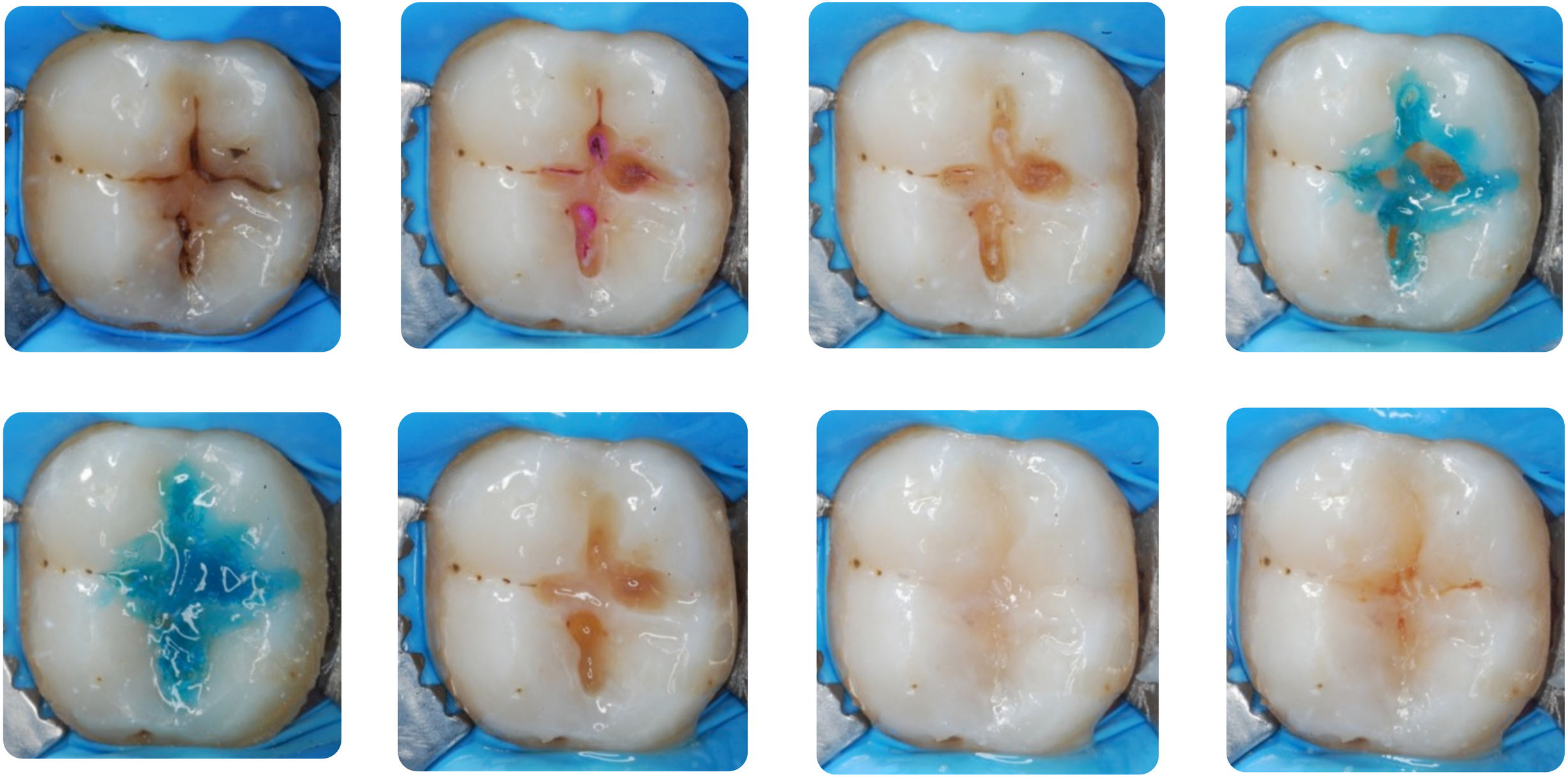


MINIMALLY INVASIVE DENTISTRY



MINIMALLY INVASIVE DENTISTRY

MINIMALLY INVASIVE DENTISTRY



MIGLIORARE LA DIAGNOSI

JOURNAL OF DENTISTRY 3952 (2011) 541–548

ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

journal homepage: www.intl.elsevierhealth.com/journals/jden

Preventive and minimal intervention dentistry in the undergraduate curriculum☆

Nigel Pitts *

Dental Health Services & Research Unit, Centre for Clinical Innovations, University of Dundee, The Mackenzie Building, Kirsty Semple Way, Dundee DD2 4BF, Scotland, UK

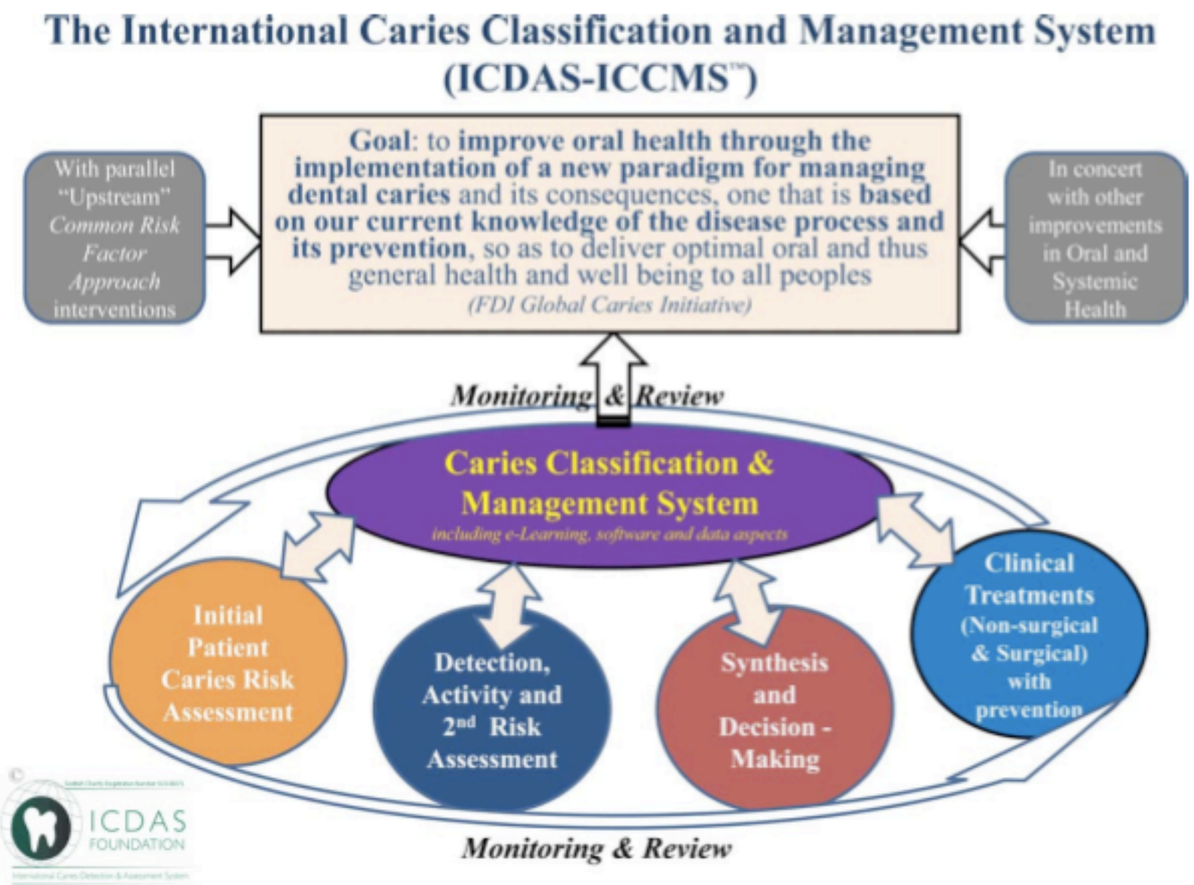


Fig. 6 – An overview of the components of the International Caries Classification and Management System™ (ICDAS-ICCMS™).

ICDAS FOUNDATION
International Caries Detection and Assessment System

Home | what is ICDAS | eLearning | software tools | help & resources | about us

Welcome to ICDAS 2012

Vision for the International Caries Detection and Assessment System

- ICDAS has evolved: to comprise a number of approved, compatible formats

Sign up to our newsletter

What is ICDAS > A simple, logical, evidence-based system for detection and classification of caries in dental education, clinical practice, dental research, and dental public health

ICDAS Lay Terms	Sound	Early Stage Decay		Established Decay		Severe Decay	
ICDAS Dental Terms	Sound	First visual change in enamel	Distinct visual change in enamel	Localised enamel breakdown	Underlying dentine shadow	Distinct cavity with visible dentine	Extensive cavity within visible dentine
ICDAS Detection	0	1	2	3	4	5	6
ICDAS Activity	ICDAS Activity +/-						

ICDAS and the International Caries Classification and Management System™ ICCMS™

ICDAS CRITERIA FOR DETECTING CORONAL CARIES

Post Baltimore, 2005

Training Packet

Classifying (score) the visual appearance of a lesion (detection) and implicit assessing its severity, (depth)

In the ICDAS-system caries is scored after cleaning of the teeth

Carvalho 1989

Probes

In the ICDAS-system perio-probes are used to feel with

Explorers are not recommended as they may produce traumatic defects.

Ekstrand et al., 1987

1.The next slides illustrate the ICDAS-detection criteria

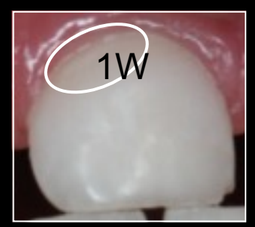
A description of the criteria is given in the protocol which can be found on http://www.icdas.org/

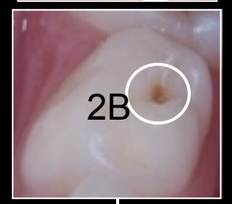
The classification system operates with 7 scores.

- Score 0=sound
- Scores 1-2 involve different stages of white or brown spot lesions
- Score 3= Lesions with microcavities
- Score 4= Shadowed lesions
- Scores 5-6 involve cavitated (into the dentine) lesions

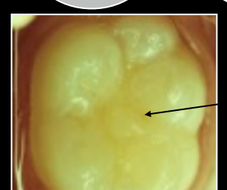
ALWAYS
IN DOUBT SCORE LOW

Detection system: Each of the 7 scores are illustrated with an example





SOUND	OPACITY with air-drying: **WHITE, BROWN**	OPACITY without air-drying: **WHITE, BROWN**	SURFACE INTEGRITY LOSS	UNDERLYING GREY SHADOW	DISTINCT CAVITY	EXTENSIVE CAVITY
Score 0	Scores 1	Scores 2	Score 3	Score 4	Score 5	Score 6



Sound

Ekstrand et al., (1997) modified by ICDAS (Ann Arbor), 2002 and again in 2004 (Baltimore)

DETECTION SYSTEM

- The scores were devised related to the fact that each scoring represents a severity stage (depth). Members of the ICDAS group demonstrated a close relationship between the scores and histological depth

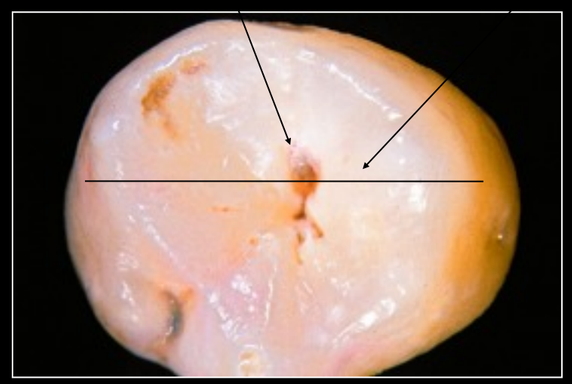
THE HISTOLOGICAL CLASSIFICATION SYSTEM (EKSTRAND 1997)

- 0= no enamel demineralisation or a narrow surface zone of opacity (edge phenomenon)
- 1= enamel demineralisation limited to the outer 50% of the enamel layer
- 2=Demineralisation involving between 50% of the enamel and 1/3 of the dentine
- 3= Demineralisation involving the middle 1/3 of the dentine
- 4=Demineralisation involving the inner 1/3 of the dentine

Method for examining relationship between visual appearence (ICDAS) and histological changes (Step 1-3)

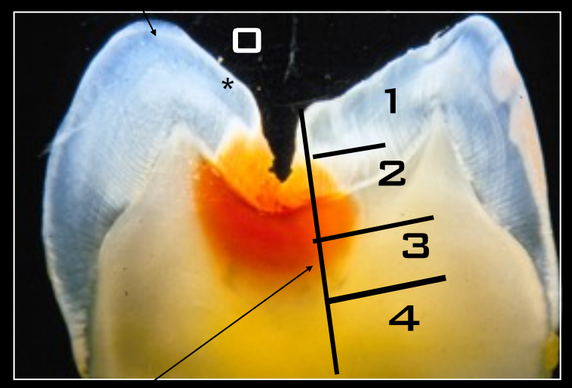
1. step

Visual appearance
ICDAS score 3= microcavity



2. step

Sectioning

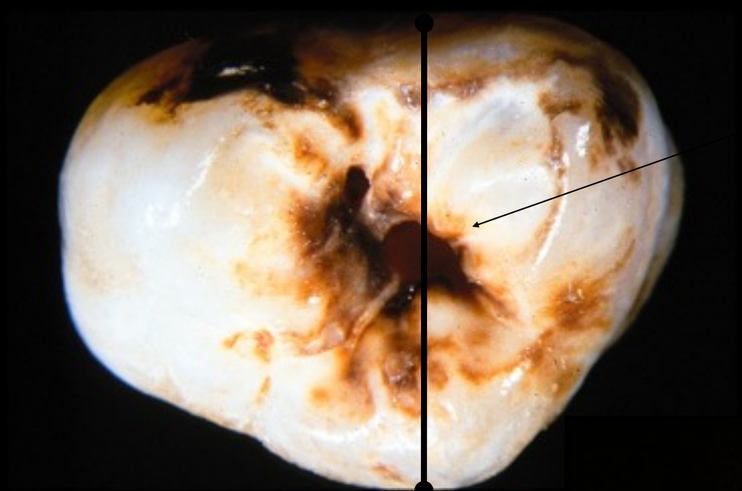


3. step

Histological evaluation

0= no demineralization
1= demineralization limited to outer ½ enamel
2= demineralization in inner ½ enamel to outer 1/3 dentine
3= demineralization middle 1/3 of the dentine
4= demineralization inner 1/3 of the dentine

RELATIONSHIP BETWEEN VISUAL APPEARENCE (ICDAS) AND HISTOLOGICAL CHANGES

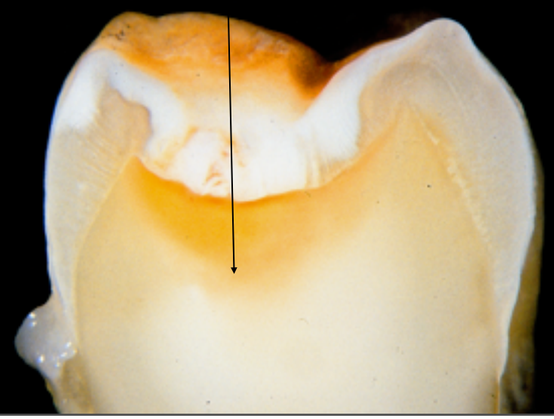


ICDAS score 5

Histological score 4

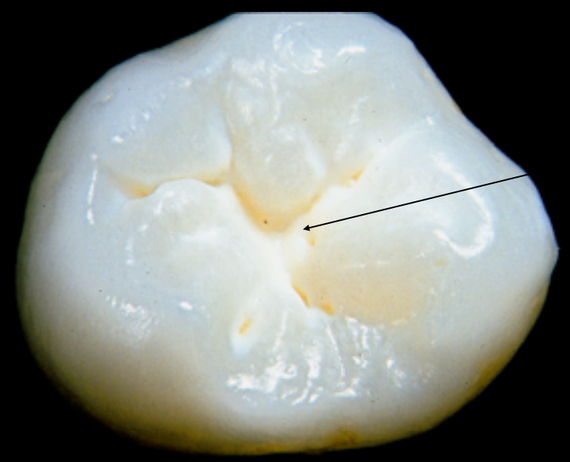
RELATIONSHIP BETWEEN VISUAL APPEARENCE (ICDAS) AND HISTOLOGICAL CHANGES

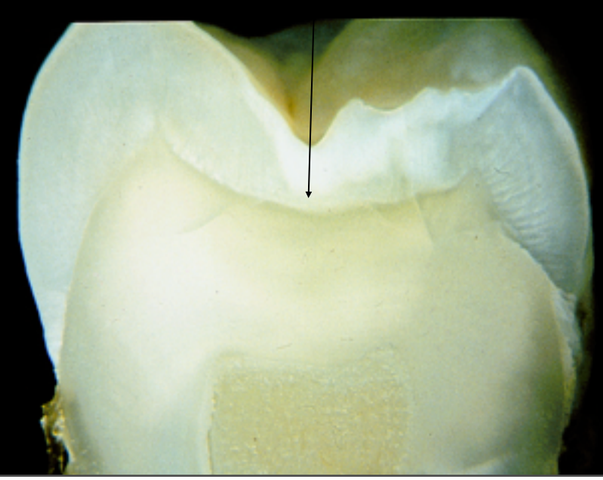
ICDAS SCORE 3



HISTOLOGICAL SCORE 3

RELATIONSHIP BETWEEN VISUAL APPEARENCE (ICDAS) AND HISTOLOGICAL CHANGES

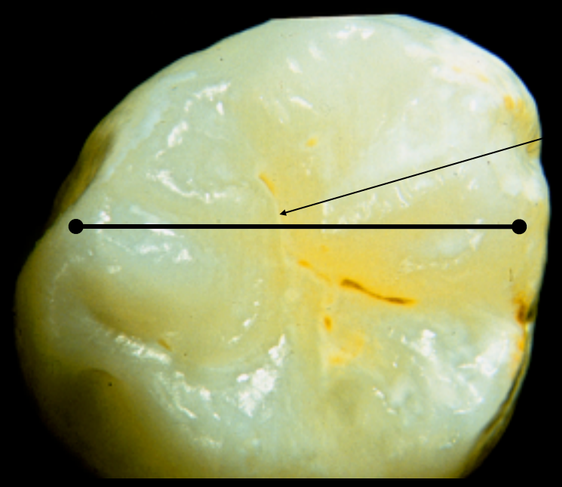




ICDAS score 2

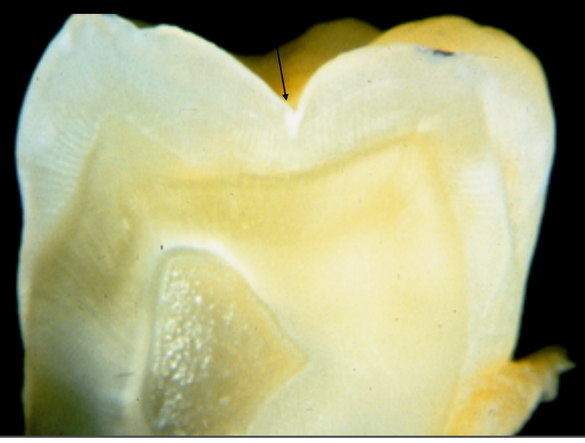
Histological score 2

RELATIONSHIP BETWEEN VISUAL APPEARENCE (ICDAS) AND HISTOLOGICAL CHANGES

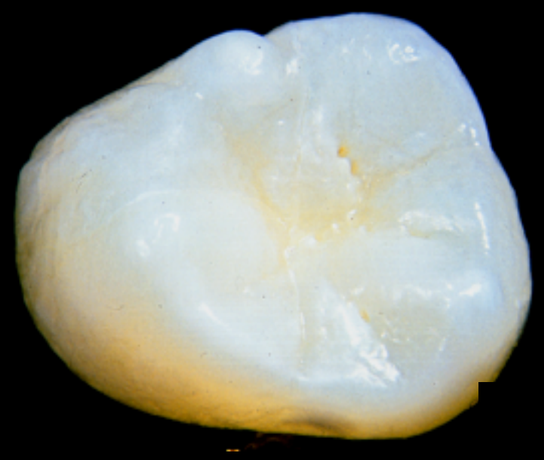


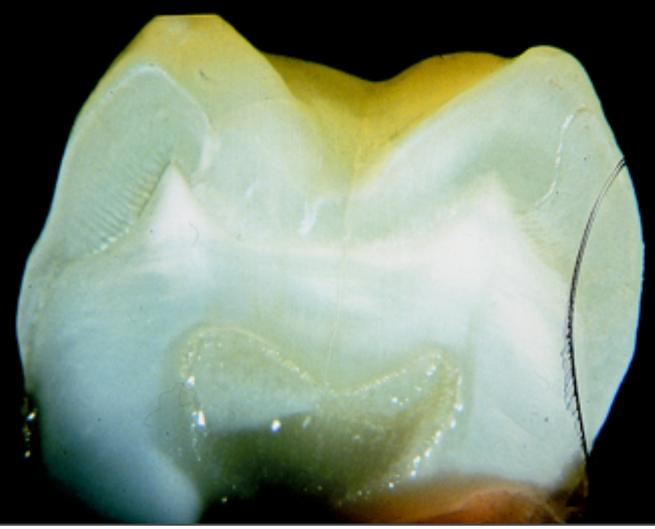
ICDAS SCORE 1

HISTOLOGICAL SCORE 1



RELATIONSHIP BETWEEN VISUAL APPEARENCE (ICDAS) AND HISTOLOGICAL CHANGES





ICDAS score 0

Histological score 0

Results from the investigation: (Two examiners)

- Speaman's correlation coefficient (rs) using all teeth
  n= 139, rs=0.94
- When the sample was split up in approximal surfaces:
  n= 57, rs= 0.93
- In occlusal surfaces:
  n=42, rs= 0.92
- In smooth surfaces:
  n=40, rs= 0.94
- Intra-reproducibility (kappa) = 0.81-0.87
- Inter-reproducibility (kappa) = 0.80

Conclusions

- The correlation between ICDAS-detection scores and histological changes were excellent

- The intra reproducibility was excellent

- The inter reproducibility was substantial

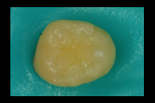
  However, the examiners were very experienced and the study was done on extracted teeth.

ICDAS II DETECTING SCORING SYSTEM

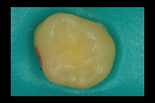
Extracted teeth (textbook examples on occlusal surfaces).
Images are presented in 1 time and 5 time magnification.

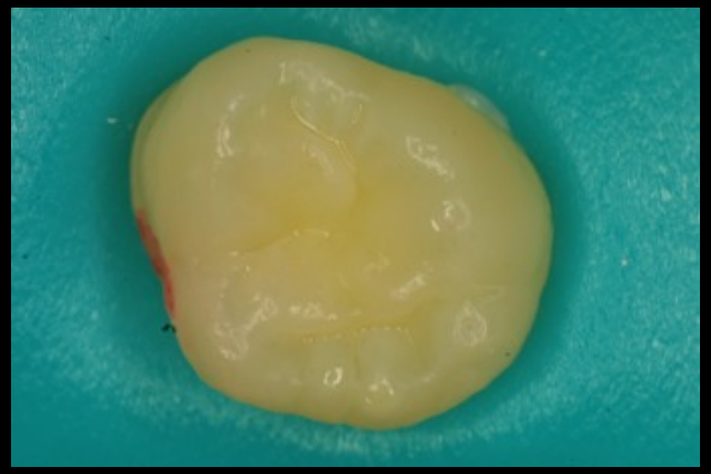
Score 0

Nothing



Magnification 1X

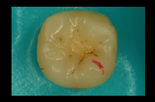


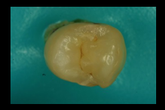


Magnification 5X

Score 0

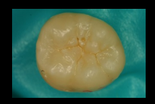
Brown discoloration confined to fissure and generalized



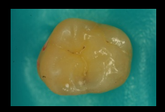


Score 1

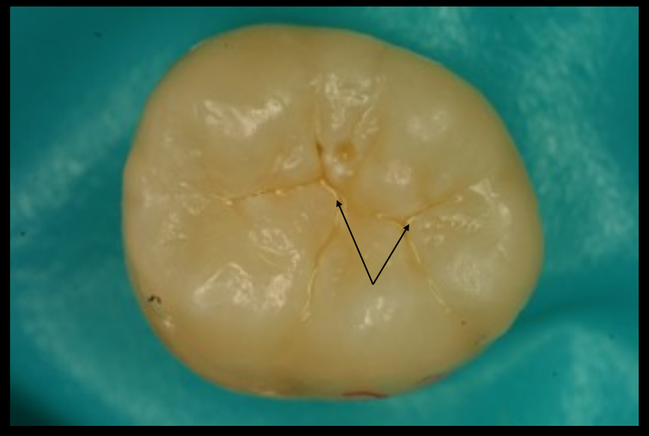
White opacity or brown discoloration confined to fissure and in isolation



1W

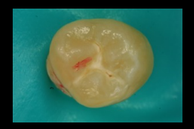


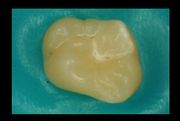
1B

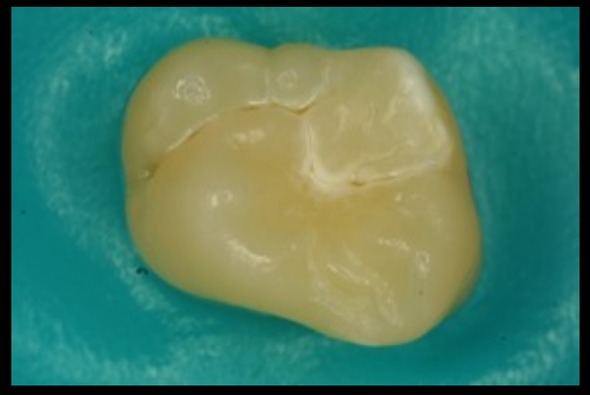


Score 2

White opacity beyoung fissure (no loss of surface integrity)

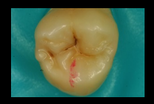






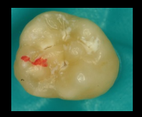
Score 2

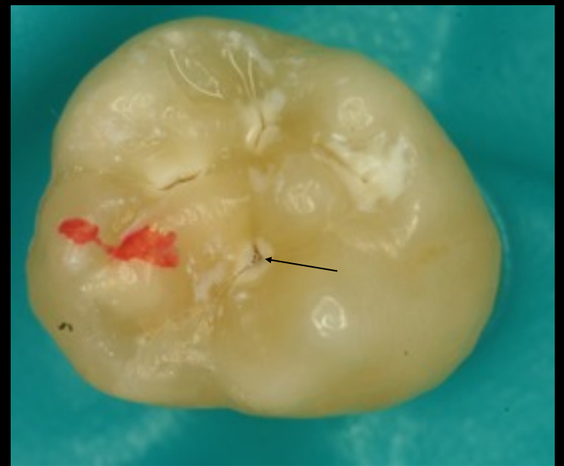
Brown discoloration beyoung fissure (no loss of surface integrity)



Score 3

Microcavities in white spots and in brown spots

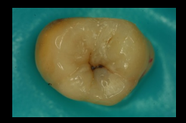




In doubt of shadow (score 4),
then score 3, in doubt then score 2

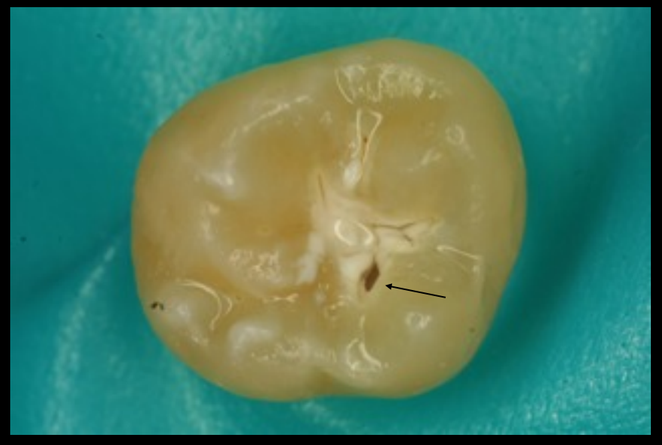
Score 4

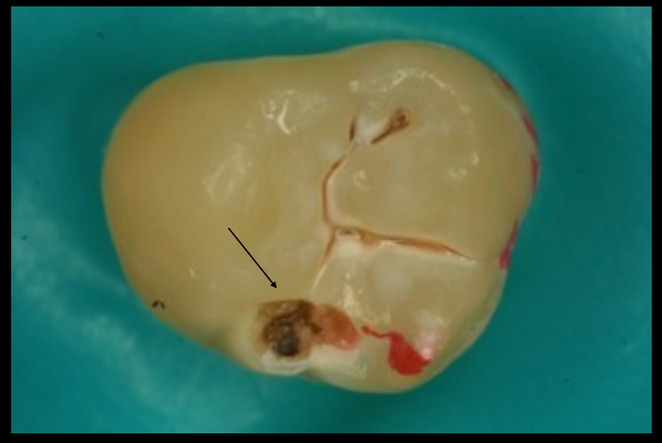
Under lying shadow of dentine
no loss of surface integrity



Score 5

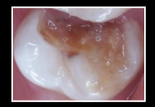
Distinct cavitation exposing dentine





Score 6

Extensive cavity- dentine clearly visible



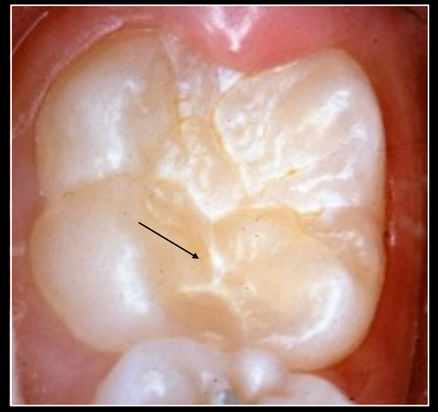
Clinical examples on score 1

Score 1 (W)

Score 1 (B)

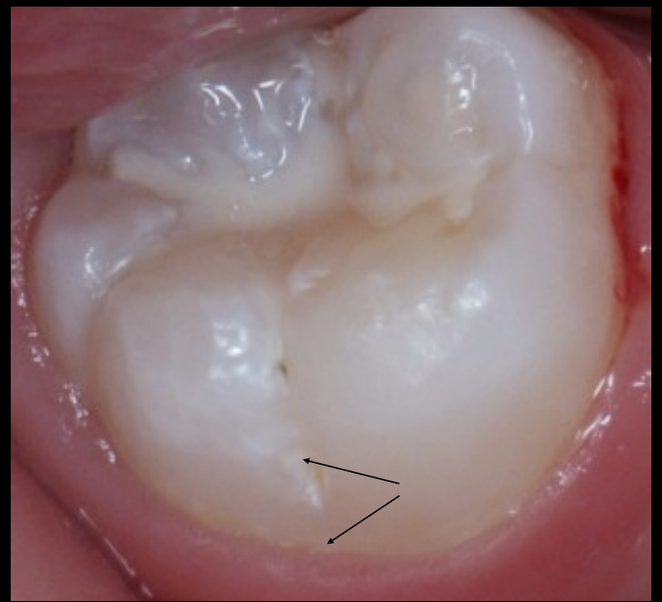
Score 1 (W)

Clinical examples of score 2 White spots



Clinical examples of score 2 Brown spots

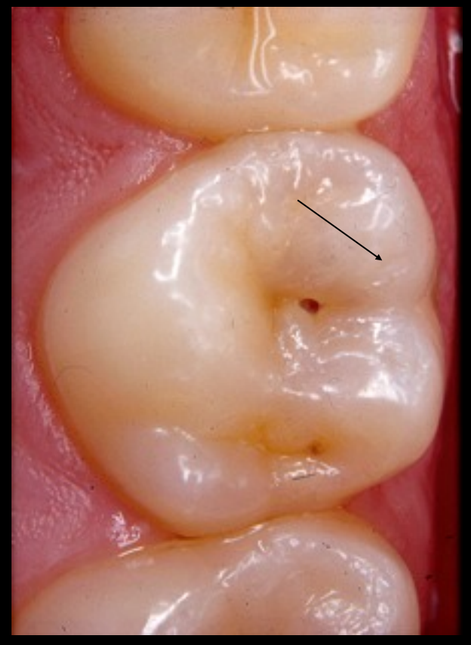
Clinical example of score 3



In doubt of score 4; therefore score 3

Clinical examples of score 4

Clinical example of score 5: Distinct cavity exposing the dentine



Clinical example of score 6

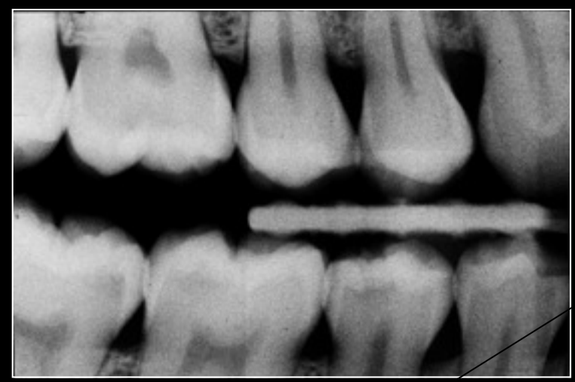
Test: Please score 14 buccal and mesial; 13 buccal and 13 mesial; 24 mesial, buccal and distal

Test: Please score 14 buccal and mesial; 13 buccal and 13 mesial; 24 mesial, buccal and distal

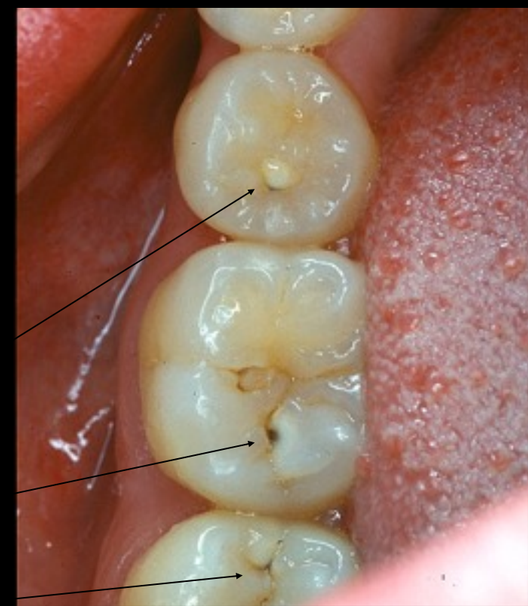
Score 5

Score 6

Test: Please Score 37 occlusal; 37 occlusal and 35 occlusal



Score 4



Score 3

Test: Please score at the occlusal surfaces on 17

Score 1 (W)

Test: Please score on the occlusal surface on 14

Test:

Score 1 (B)

Test: Please score on the occlusal surface on 46

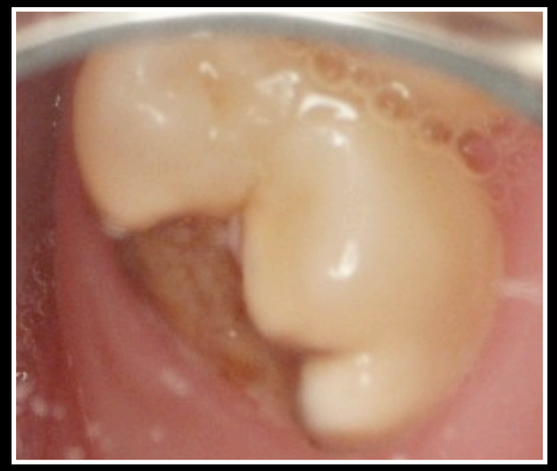
Score 4

Test: Please score on the mesial surfaces om 12 and 22.

Test:

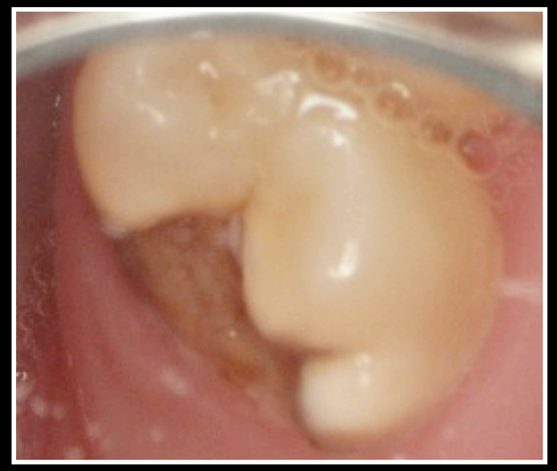
Score 2 (W)

Test: Please score on the distal surface on 17

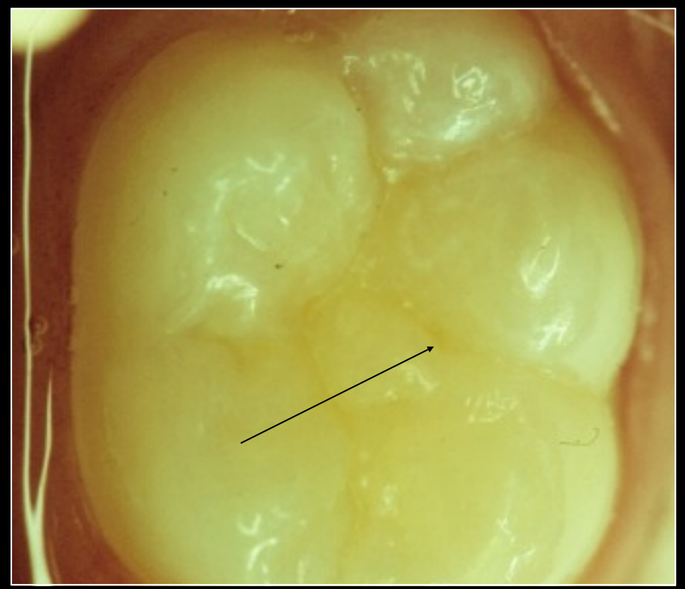


Test:

Score 6

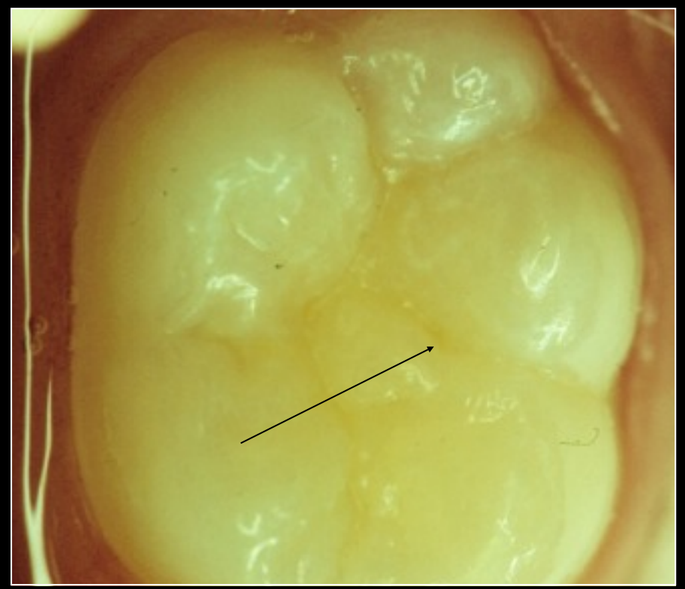


Test: Please score on the occlusal surface on 16

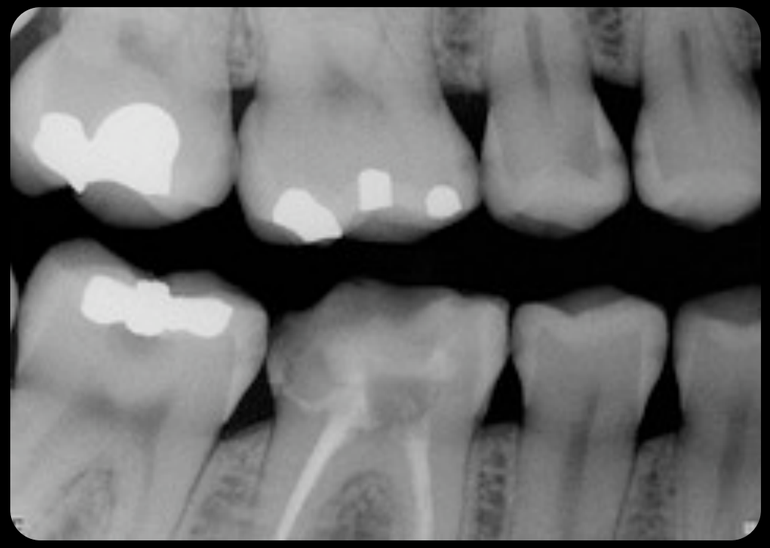


Test:

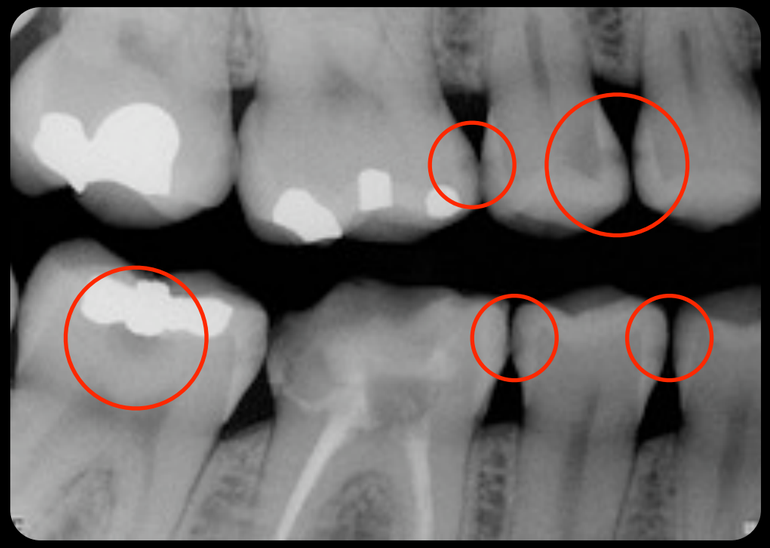
Score 0



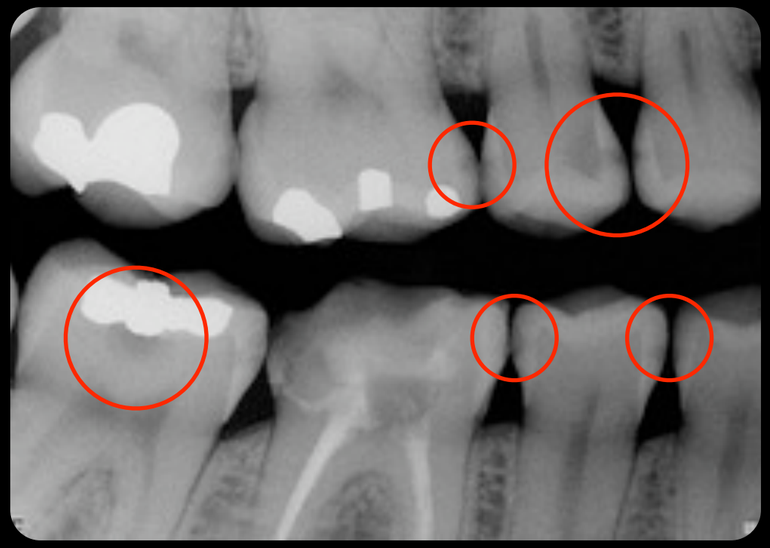
Diagnosi?



Diagnosi?

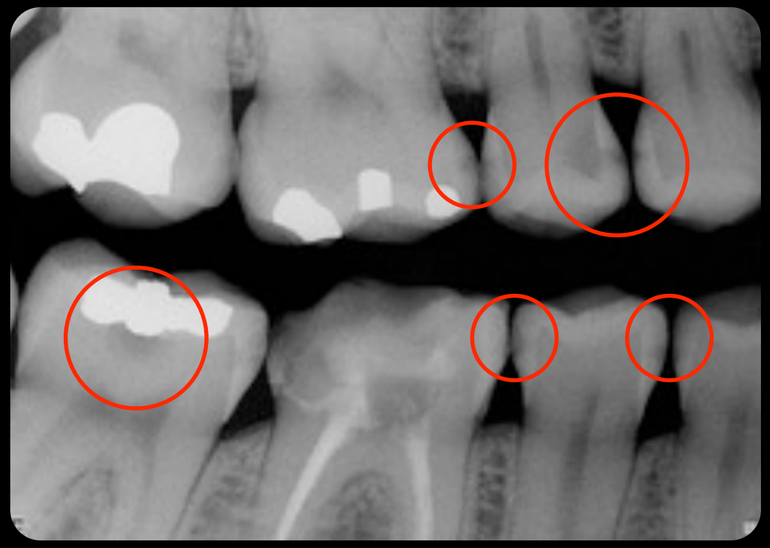


Diagnosi?



17: I cl amg
16: I cl amg
E1 M
15: E1 D
D2 M
14: E1 D
4.7: I amg + carie secondaria
4.6--
4.5: E1 D
E2 M
4.4: E1 D

Diagnosi?



17: I cl amg
16: I cl amg
E1 M
15: E1 D
D2 M
14: E1 D
4.7: I amg + carie secondaria
4.6--
4.5: E1 D
E2 M
4.4: E1 D

Piano di Trattamento?