



تشخیص پوسیدگی‌های ثانویه دندانی در ترمیم‌های کامپوزیت با تغییر زاویه عمودی در رادیوگرافی بایت وینگ (*in vitro*)

محمدرضا نخستین^{۱*}، آيسان غزنوی^۲

^۱ بخش ترمیمی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

^۲ بخش رادیولوژی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

چکیده

زمینه: رادیوگرافی نقش مهمی در تشخیص پوسیدگی‌های ثانویه دارد. که به‌عنوان یکی از مهم‌ترین دلایل تعویض ترمیم می‌باشد. هدف از این بررسی، ارزیابی دقت تشخیصی پوسیدگی‌های ثانویه ایجاد شده در مواد ترمیمی زیبایی مختلف با تغییر زاویه عمودی اشعه ($IVA = \text{Incidence Vertical Angle}$) می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه *in vitro* در ۴۰ دندان مولر پوسیده کشیده شده انسان (extracted teeth) حفرات MOD تهیه شدند. همه دندان‌ها با دو رزین کامپوزیتی (Filtek-Z250, TPH-Spectrum) در دو نوبت ترمیم شدند. دو رادیوگرافی با IVA های صفر و ۱۵ درجه تهیه شد. ۴ مشاهده‌گر تصاویر را با استفاده از یک معیار ۵ قسمتی مورد ارزیابی قرار دادند. آنالیز توافق بین مشاهده‌گران و میزان پایایی مشاهده‌گران با استفاده از ضریب ارتباطی مشاهده‌گران (interclass Correlation Coefficient) و دقت تشخیصی با استفاده از سطح زیر منحنی ROC (A_z) و تست‌های ویلکاکسون و فردمن (Friedman & Wilcoxon) ($\alpha=0/05$) انجام شد.

یافته‌ها: مقادیر دقت بالاتری برای (Filtek-Z250, TPH-Spectrum, $A_z=0/58$, $A_z=0/65$) در مقایسه با (Filtek-Z250, TPH-Spectrum, $A_z=0/35$, $A_z=0/50$) به‌دست آمد، اگرچه تفاوت قابل توجهی از نظر آماری به‌دست نیامد ($P>0/05$).

نتیجه‌گیری: تغییر زاویه عمودی (IVA) هیچ تأثیر منفی در تشخیص پوسیدگی‌های ثانویه ایجاد شده مواد ترمیمی زیبایی مختلف ندارد.

واژگان کلیدی: رادیوگرافی بایت وینگ، رادیوگرافی پری‌آپیکال، پوسیدگی ثانویه، زاویه عمودی

دریافت مقاله: ۹۱/۴/۳۰ - پذیرش مقاله: ۹۱/۶/۱۸

* تهران، ولنجک، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده دندانپزشکی، بخش ترمیمی

مقدمه

رژین‌های کامپوزیتی می‌توانند به‌طور گسترده‌ای در جهت رفع نگرانی فزاینده زیبایی عمل می‌کنند. اما با وجود بهبود این مواد، هنوز بعضی از معایب آنها مانند سایش و پوسیدگی ثانویه وجود دارد که باید در جهت رفع آنها تلاش کرد (۱).

پوسیدگی‌های ثانویه مشکلی هستند که اغلب در دندانپزشکی وجود دارد و به‌عنوان یکی از مهم‌ترین دلایل تعویض ترمیم می‌باشد (۲).

پوسیدگی‌های ثانویه به‌صورت ضایعه‌ای که در کناره‌های ترمیم قبلی وجود دارد تعریف می‌شوند (۳). این ضایعات معمولاً به‌صورت ضایعات بیرونی^۱ رخ می‌دهند که از نظر بافت‌شناسی مشابه پوسیدگی اولیه مجاور ترمیم می‌باشند و یا به‌صورت ضایعات دیواره‌ای^۲ بوده که به‌صورت نقص در مینا یا عاج در دیواره حفره روی می‌دهند (۴ و ۵).

تشخیص صحیح این ضایعات، در تعیین زمان مفید ترمیم‌ها بسیار مهم می‌باشد (۶). با این وجود، بنا بر مطالعه وایت (White) و همکاران تشخیص پوسیدگی‌ها حتی با رادیوگرافی نیز دشوار می‌باشد (۷). ولی همچنان رادیوگرافی همراه با معاینات بالینی به‌عنوان یک روش تشخیصی معمول در تشخیص پوسیدگی‌هاست (۸).

برای مشاهده بهتر پوسیدگی‌های ثانویه، شکستگی‌ها و نقایص تطابق و شکل، ترمیم‌ها باید از نظر عبور اشعه X (رادیوآپستی) مشابه ساختارهای دندانی داشته باشند (۹ و ۱۰).

موادی که رادیوآپستی بالاتری نسبت به ساختارهای دندانی دارند، مانند آمالگام می‌توانند پوسیدگی‌های

ثانویه را مخفی کرده و برخی اوقات انجام رادیوگرافی از چند زاویه برای تشخیص این ضایعات ضروری می‌باشد. بر طبق مطالعه مگالهااس (Magalhaes) و همکاران، تنها وجود بالینی پدیدگی^۳ و رنگ‌های خاکستری مایل به آبی^۴ در کناره‌های ترمیم‌های اکلوژالی آمالگام نمی‌تواند تأیید کننده وجود پوسیدگی‌های ثانویه باشد (۱).

همان‌گونه که پوسیدگی‌های ثانویه طول عمر بالینی ترمیم را تعیین می‌کنند، رادیوگرافی باید در تشخیص آنها بدون اینکه تحت تأثیر رادیوآپستی ماده ترمیمی یا ژئومتری اشعه X قرار گیرد، مفید باشد (۱).

از آنجایی که پوسیدگی‌های ثانویه طول عمر بالینی ترمیم‌ها را تعیین می‌کنند، ارزیابی‌های رادیوگرافیک باید در تشخیص این پوسیدگی‌ها بدون تأثیرپذیری از رادیوآپسته مواد ترمیمی و زاویه عمودی اشعه X کارا باشد (۱).

هدف این مطالعه ارزیابی دقت تشخیصی ضایعات مشابه پوسیدگی ثانویه ایجاد شده در زیر مواد مختلف ترمیمی زیبایی با تغییر زاویه تابش عمودی اشعه X (IVA) می‌باشد.

ضرورت انجام طرح کاهش تکرار رادیوگرافی‌ها در بررسی پوسیدگی‌های ثانویه زیر ترمیم‌ها و در نتیجه کاهش دوز اشعه تابش شده بیمار است. از اثرات بیولوژیک تابش‌های یونیزان، می‌بایست به آسیب‌های کروموزومی اشاره نمود. بررسی این آسیب‌ها طی دو الی سه دهه گذشته منجر به آن شده است که این روش‌ها به‌عنوان راهنمایی برای اندازه‌گیری برخورد با تابش‌های یونیزان مورد استفاده قرار گیرند (۱۱).

³ Ditch

⁴ Bluish-gray

¹ Outer lesion

² Wall lesion

مواد و روش کار

در این مطالعه آزمایشگاهی (*In Vitro*)، ۴۰ دندان مولر پوسیده انسان و ۵ دندان خلفی سالم (فاقد پوسیدگی و ترمیم) که شامل ۴ دندان پرمولر و ۳ دندان مولر بود، از میان دندان‌های کشیده شده انتخاب شدند. به منظور ضدعفونی کردن دندان‌ها، نمونه‌ها به مدت ۲۴ ساعت در فرمالین ۱۰ درصد نگهداری شد. در همه دندان‌ها حفرات میزواکلوزودیستالی (MOD)^۵ با عمق ۲ میلی‌متر در سطح اکلوزال و ۴ میلی‌متر در سطح پروگزیمال تهیه شد. عمق پوسیدگی‌ها به گونه‌ای بود که بعد از برداشت مقدار ذکر شده از سطح دندان پوسیدگی باقی می‌ماند.

دندان‌ها با ۲ نوع رزین کامپوزیتی ۲ بار ترمیم شدند: TPH-Spectrum (3M ESPE) و Filtek-Z250 (Dentsply International Inc). رنگ مشابه (A3) برای همه مواد به کار رفت. دستورالعمل مشابه برای همه دندان‌ها به کار گرفته شد: ترمیم با یکی از دو نوع رزین، تهیه رادیوگرافی، برداشت ترمیم با فرز الماسی با سرعت بالا و ترمیم با رزین دیگر. ۵ دندان سالم در نمونه جهت برقراری تماس با دندان پوسیده مورد نظر به کار رفتند.

یک دندان ترمیم شده در تماس با دو دندان سالم در یک بلوک سیلیکونی نصب شد که در آن فقط دندان آزمایشی ترمیم شده تغییر می‌کرد و در بلوک دیگر ۳ دندان سالم با هم مانع شدند. این بلوک‌ها در یک فانتوم رادیوگرافی مانع (نصب) شدند (شکل ۱).

یک بلوک آکریلی جهت شبیه‌سازی بافت نرم به ضخامت ۱۰ میلی‌متر بین تیوب اشعه X و دندان‌ها قرار گرفت.



شکل ۱) نمونه فانتوم مورد مطالعه

با استفاده از دستگاه رادیوگرافی داخل دهانی Densply, Inc. IL:USA, 765DC) در شرایط ۶۵ KVp و ۷ میلی‌آمپر (MA) و زمان توصیه شده برای فیلم با سرعت E و میزان فیلتراسیون معادل ۲ میلی‌متر آلومینیوم و دو زاویه عمودی مختلف (صفر و $\pm 15^\circ$ ، زاویه مثبت جهت فک بالا و زاویه منفی جهت فک پایین) مورد تابش قرار گرفتند.

محل تیوب، دندان‌ها و فیلم در حین تهیه رادیوگرافی‌ها تثبیت گردید. رادیوگرافی‌های قابل تکرار با حفظ فاصله ۲۵ سانتی‌متری تهیه شدند. علاوه بر این، ظهور فیلم‌ها نیز با استفاده از دستگاه ظهور و ثبوت اتوماتیک Gendex (clarimax 300) انجام شد.

رادیوگرافی‌های معمولی (conventional) با استفاده از اسکنر لیزری (12USL, china, Scanmarker, Microtek International Inc) در حالت Gray scale با رزولوشن ۳۰۰ نقطه در هر اینچ (dpi) دیجیتایز و به صورت تصاویر ۸ بیتی TIFF ذخیره شدند.

⁵ Mesio-Occluso-Distal

یافته‌ها

مقادیر ICC برای توافق بین مشاهده‌گران و پایایی مشاهده‌گران به ترتیب برابر ۰/۶۸۸ و ۰/۵۹۸ با ضریب اطمینان ۹۵ درصد محاسبه شد. مقدار توافق بین مشاهده‌گران بالای ۰/۴ بود که نشان‌دهنده سطح توافق رضایت بخشی می‌باشد.

مقادیر صحت بالاتری در (TPH-Spectrum, IVA=۱۵ (Az=۰/۶۵, Filtek -Z250>Az=۰/۵۸ در مقایسه با (TPH-Spectrum, Az=۰/۳۵, Filtek-Z250 (Az=۰/۵۰, IVA=۰) به دست آمد. الگوهای پاسخی مشاهده‌گران تفاوتی در مواد ترمیمی مشابه در مقایسه دو IVA مختلف اشعه X (P=۰/۰۷>۰/۰۵, wilcoxon test) و در IVA مشابه اشعه X در مقایسه دو رزین کامپوزیت (P=۰/۰۶>۰/۰۵, friedman test) نشان نداد.

جدول ۱) میزان سطح زیر منحنی در دو کامپوزیت به کار رفته

نوع کامپوزیت	میزان سطح زیر منحنی (Az)	میزان سطح زیر منحنی (Az)	میزان سطح زیر منحنی (Az)
TPH-Spectrum (صفر درجه)	۰/۳۵	۰/۱۳	۰/۱۲-۰/۶۲
TPH-Spectrum (۱۵ درجه)	۰/۵۰	۰/۱۴	۰/۲۹-۰/۸۲
Filtek-Z250 (صفر درجه)	۰/۵۰	۰/۱۳	۰/۲۴-۰/۸۰
Filtek-Z250 (۱۵ درجه)	۰/۶۵	۰/۱۳	۰/۳۹-۰/۹۱

بحث

از لحاظ دقت تشخیصی پوسیدگی‌های ثانویه در زیر ترمیم‌های مختلف و IVA‌های مختلف اشعه X، تفاوت قابل توجهی بین ۲ زاویه (صفر و ۱۵ درجه) دیده نشد. این یافته‌ها مطابق با نتایج مطالعه تویت (Tveit) بود که با کاربرد ۴ IVA مختلف اشعه X (صفر تا ۱۵ درجه) هیچ تفاوت قابل توجهی با وجود مقادیر بالاتر دقت در ۱۰ درجه مشاهده نشد (۱۲).

۴ مشاهده‌گر (۲ نفر رادیولوژیست و ۲ نفر دندانپزشک عمومی) تصاویر دیجیتالی شده را با استفاده از یک سیستم ۵ امتیازی بررسی کردند:

(۱) قطعاً وجود ندارد،

(۲) احتمالاً وجود ندارد،

(۳) بدون نظر،

(۴) احتمالاً وجود دارد،

(۵) قطعاً وجود دارد.

تصاویر در اتاق تاریک با کامپیوتر desk top با مانیتور ۱۵ اینچی (LG Flatron W17525) مشاهده شدند. ۵۰ درصد از نمونه‌ها ۲ هفته بعد جهت میزان پایایی مشاهده‌گران (intra-observer reliability) دوباره مورد بررسی قرار گرفت.

Interclass Correlation Coefficient (ICC)

Intra-Inter-observer reliability جهت ارزیابی

به کار گرفته شد. آنالیز ROC برای ارزیابی کارایی

مشاهده‌گران در تشخیص پوسیدگی‌های ثانویه با

رزین‌های کامپوزیتی و IVA مختلف اشعه X به کار

رفت. با استفاده از نرم‌افزار SPSS

(SPSS Inc, Chicago, IL, USA) ویرایش ۱۶

منحنی‌های ROC برای هر ترکیبی از رزین‌های

کامپوزیتی (۲ نوع) و IVA (۲ زاویه) اشعه X با

مقدار میانگین پاسخ‌های مشاهده‌گران رسم شد.

سطح زیر منحنی ROC (Az) کارایی روش

تشخیصی را نشان می‌دهد و به عنوان ایندکس دقت

(accuracy index) به کار گرفته شد. تفاوت‌های

بین الگوهای پاسخی مشاهده‌گران برای هر

کامپوزیت رزین و IVA اشعه X با کاربرد

آزمون‌های ویلکاکسون و فردمن^۶ ارزیابی شد. میزان

خطا (α) برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

^۶Freidman & Wilcoxon tests

همچنین نتایج مطالعه کنونی با مطالعه موریرا (Moreira) و همکاران (۱) هم‌خوانی داشت که از دو IVA مختلف (صفر و ۱۰ درجه) استفاده شده بود. از سوی دیگر ون در استیل (van der Stell) و همکاران (۱۳) نشان دادند که حداکثر IVA که توانایی تشخیصی رضایت‌بخشی از پوسیدگی‌های ثانویه دارد برابر ۷/۵ درجه می‌باشد، زیرا افزایش زاویه باعث محو شدن تصویر پوسیدگی به‌علت روی هم قرار گرفتن آن بر روی مواد ترمیمی می‌شود. اگر چه در این مطالعه ماده ترمیمی آمالگام بود که عدد اتمی بالا داشته و باعث جذب بالای اشعه X می‌شود. در مطالعه کنونی رزین‌های کامپوزیتی عدد اتمی پایین داشتند.

آکارسلان (Akarslan) و همکاران (۱) نشان دادند که رادیوگرافی بایت وینگ نسبت به رادیوگرافی پری‌آپیکال در تشخیص پوسیدگی‌های پروگزیمالی در دندان‌های خلفی دقیق‌تر می‌باشد، زیرا هر تغییری در زاویه اشعه X تشخیص ضایعات را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

در ارتباط با رادیوپاستیتی مواد ترمیمی، تفاوت قابل توجهی در بین رزین‌های کامپوزیت در این مطالعه دیده نشد. این نتایج مشابه مطالعه هاگ (Haak) (۱۴) بود که هیچ تفاوتی را در رزین‌های کامپوزیتی مختلف نشان نداد.

در این مطالعه مقادیر بالاتر از $IVA=15$ به‌دست آمد. ولی مقادیر Az در حدود ۰/۵ به‌صورت مستقل از IVA بود که به پاسخ با حدس و گمانه‌زنی (Guessing) مربوط می‌شود. این مقادیر Az ممکن است توسط فاکتورهای مختلفی تحت تأثیر قرار بگیرد:

یکی از این فاکتورها، تشخیص مشکل‌تر پوسیدگی‌های زیر ترمیم‌های زیبایی می‌باشد، که به

اثر اپتیکال رادیوپاستیتی مواد ترمیمی به‌خصوص در ضایعات کوچک مربوط می‌شود (۱۲ و ۱۳).

رادیوگرافی‌ها در عین حال که مفید می‌باشند، ولی تشخیص پوسیدگی به‌طور ذاتی کار دشواری است، زیرا برای تشخیص ضایعات توسط رادیوگرافی باید بیش از ۴۰ درصد دمنرالیزاسیون رخ دهد (۱۵). علاوه‌بر این روی هم قرار گرفتن تصویر مواد ترمیمی تشخیص پوسیدگی‌ها را سخت‌تر می‌نماید (۱۶ و ۱۷). همچنین نشان داده شده که در پروسه دیجیتایز کردن Noise فیزیکی به تصویر رادیوگرافی اضافه می‌شود و می‌تواند ضایعات پوسیدگی کوچک را پنهان سازد (۱۷-۱۹). ولی نتایج به‌دست آمده از این مطالعه مطابق با نتایج بالینی است.

بر طبق مطالعه کرکونینگ (Kirkevang) (۶) رزین‌های کامپوزیتی همچنان کارایی کمی به‌عنوان ماده ترمیمی دندان‌های خلفی دارند و باید به‌صورت دوره‌ای جهت جلوگیری از عود پوسیدگی چک شوند.

در بررسی کنونی، برای بررسی پوسیدگی‌های ثانویه، رادیوگرافی‌های بایت وینگ به‌همراه معاینه بالینی پیشنهاد می‌شود. از جمله محدودیت‌های مطالعه، استفاده از ماده‌ای بود که بافت نرم را شبیه‌سازی نماید که در این مطالعه از بلوک آکریلی استفاده شد. همچنین، قرار دادن دندان‌ها در فانتوم با توجه به شکل دندان‌ها و حفره موجود در فانتوم‌ها مشکل بود.

با توجه به این مطالعه و محدودیت آن (استفاده از فانتوم و استفاده از بلوک آکریلی جهت شبیه‌سازی بافت نرم) تشخیص پوسیدگی ثانویه در زیر مواد ترمیمی زیبایی مختلف از تغییر IVA اشعه هیچ تأثیر

پوسیدگی ثانویه می‌باشد، حتی اگر عمل موازی سازی آن به‌طور مناسبی انجام نشود.

منفی (کاهش دقت تشخیصی) نمی‌پذیرد. بنابراین رادیوگرافی بایت وینگ روش مطمئنی برای تشخیص

References:

1. Moreira PL, Messoria MR, Pereira SM, et al. Diagnosis of Secondary Caries in Esthetic Restorations: Influence of the Incidence Vertical Angle of the X-Ray Beam. *Braz Dent J* 2011; 22: 129-33.
2. Nauhaus KW, Rodrigues JA, Seemann R, et al. Detection of proximal secondary caries at cervical class II-amalgam restoration margins in vitro. *J Dent* 2012; 40: 493-9.
3. Mjör IA, Toffenetti F. Secondary caries: a literature review with case reports. *Quintessence. Int* 2000; 31: 165-79.
4. Hals E, Nernaes A. Histopathology of in vitro caries developing around silver amalgam fillings. *Caries Res* 1971; 5: 58-77.
5. Kidd EA. Secondary caries. *Dent Update* 1981; 8: 253-60.
6. Kirkevang LL, Vaeth M, Wenzel A. Prevalence and incidence of caries lesions in relation to placement and replacement of fillings: a longitudinal observational radiographic study of an adult Danish population. *Caries Res* 2009; 43: 286-93.
7. White SC, Yoon DC. Comparative performance of digital and conventional images for detecting proximal surfaces caries. *Dentomaxillofac Radiol* 1997; 26: 32-8.
8. Abesi F, Mirshekar A, Moudi E, et al. Diagnostic Accuracy of Digital and Conventional Radiography in the Detection of Non-Cavitated Approximal Dental Caries. *Iran J Radiol* 2012; 9: 17-21.
9. Pedrosa RF, Brasileiro IV, dos Anjos Pontual ML, et al. Influence of materials radiopacity in radiographic diagnosis of secondary caries: evaluation in film and two digital systems. *Dentomaxillofac Radiol* 2011; 40: 344-50.
10. ISO:DP 4049. Dental resin based restorative materials. International standards organization (Draft Proposal); clause 6.10: 1985.
11. Khamisipour Gh, Tamjidi A, Tamjid A, et al. Genetic damages in radiation workers of radiology centers in Bushehr port. *ISMJ* 2004; 1: 11-8.
12. Tveit AB, Espelid I, Erickson RL, et al. Vertical angulation from X-ray beam and radiographic diagnosis of secondary caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 333-5.
13. van der Stelt PF, Ruttiman UE, Webber RL, et al. In vitro study into the influence from x-ray beam angulation on the detection of artificial caries defects on interproximal radiographs. *Caries Res* 1989; 23: 334-41.
14. Haak R, Wicht MJ, Hellmich M, et al. Detection of marginal defects of composite restorations with conventional and digital radiographs. *Eur J Oral Sci* 2002; 110: 282-6.
15. Torres MG, Santos Ada S, Neves FS, Arriaga ML, et al. Assessment of enamel-dentin caries lesions detection using bitewing PSP digital images. *J Appl Oral Sci* 2011; 19: 462-8.
16. Zoellner A, Diemer B, Weber HP, Stassinakis A, et al. Histologic and radiographic assessment of caries-like lesions localized at the crown margin. *J Prosthet Dent* 2002; 88: 54-9.
17. Jacobsen JH, Hansen B, Wenzel A, et al. Relationship between histological and radiographic caries lesion depth measured in images from four digital radiography systems. *Caries Res* 2004; 38: 34-8.
18. Peker I, Toraman Alkurt M, Altunkaynak B. Film tomography compared with film and digital bitewing radiography for proximal caries detection. *Dentomaxillofac Radiol* 2007; 36: 495-9.
19. Valizadeh S, Tavakoli MA, Zarabian T, et al. Diagnostic Accuracy of Digitized

Conventional Radiographs by Camera and Scanner in Detection of Proximal Caries. J

Dent Res Dent Clin Dent Prospect 2009; 3: 126-31.

Original Article

Diagnosis of dental secondary caries in composite restoration by changing vertical angulation in bitewing radiography (in vitro)

MR. Nokhostin^{1*}, A. Ghaznavi²

¹Department of Operative, School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, IRAN

²Department of Oral and Maxillofacial Radiology, School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, IRAN

(Received 20 Jul, 2012 Accepted 8 Sep, 2012)

Abstract

Background: Radiography plays an important role in the detection of secondary caries. These caries are most important cause of changing restorations. The aim of this study was to evaluate the accuracy on diagnosis of secondary caries on esthetic restorations of different materials, changing the incidence vertical angle (IVA) of the x-ray beam.

Material and Methods: 40 carious extracted human molars received MOD inlay preparations in vitro study. All teeth were restored with 2 composite resins (Filtek-Z250 and TPH-Spectrum) at 2 moments. Two radiographic images were acquired with 0° and 15° IVA. Four observers evaluated the images using a 5-point confidence scale. Inter, intra-observer reliability was analyzed with the Interclass Correlation Coefficient and the diagnostic accuracy was evaluated using the area under the ROC curve (Az), Friedman test and Wilcoxon test ($\alpha=0.05$).

Results: Higher accuracy values were obtained with 15° IVA ($Az=0.65$, Filtek-Z250 $> Az=0.56$, TPH-Spectrum) compared to 0° ($Az=0.50$, Filtek-Z250 $> Az=0.37$, TPH-Spectrum), though without statistically significant difference ($p>0.05$).

Conclusion: Changing the IVA of the x-ray beam has no negative influence on the diagnosis of secondary caries-like lesions simulated on esthetic restoration of different materials.

Keywords: bitewing radiography, periapical radiography, secondary caries, vertical angulation

*Address for correspondence: Department of Operative, School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, IRAN; E-mail: m_nakhostin@sbmu.ac.ir