

Lezerspost

Nieuw beoordelingssysteem voor gebitsslijtage

Aan het artikel van Wetselaar et al over een beoordelingssysteem voor gebitsslijtage ligt een literatuuroverzicht van Bartlett en Shah (2006) ten grondslag (*Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011; 118: 324-328). Daarin worden de verschillende typen gebitsslijtage en hun etiologie, voor zover bekend, op overzichtelijke wijze besproken.

Uit Bartlett's literatuuroverzicht concluderen de auteurs dat abfractie, behoudens enige evidence uit *in vitro*-onderzoeken, vooral een hypothetische component van cervicale slijtage is. Daarom achten zij het verantwoord om abfractie verder buiten beschouwing te laten. Voorts geven zij aan dat cervicale slijtage het gevolg is van abrasie met brede en V-vormige laesies in de premolaren en cuspidaten. De laesies zouden worden veroorzaakt door verkeerde mondverzorging.

Abfractie is een *in vivo* moeilijk aantoonbaar, multifactorieel proces, veroorzaakt door langdurig klemmen en/of attritie, van abrasie en van corrosie. Een combinatie dus van corrosie, bio-corrosie (cariës) en frictie. Collega Lambrechts uit Leuven vatte dit proces met de term biotribocorrosie uitstekend samen.

Cervicale slijtage blijkt niet het gevolg van abrasie, veroorzaakt door tandenpoetsen, de druk van de tandenborstel en tandpasta (Bartlett en Shah, 2006).

Abfractie buiten beschouwing laten is op basis van Bartlett's artikel niet verantwoord. Zijn conclusie dat verkeerd tandenpoetsen de oorzaak van abrasie is evenmin. *In vitro*-onderzoeken ondersteunen abfractie. Dat kan ook nauwelijks anders, want geen enkele medisch ethische commissie zou ooit toestemming verlenen voor een *in vivo*-experiment, waarbij proefpersonen de kans hebben schade aan hun gebit op te lopen.

Onvoldoende bewijs voor abfractie betekent bovendien niet dat er geen bewijs is: 'No evidence of effect' betekent niet 'evidence of no effect'.

A.J.J. Zonnenberg, reconstructief tandarts

Rotte kindergebitten

In zijn ingezonden brief over rotte kindergebitten (*Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011; 118: 352) diskwalificeert collega Gruyt-

huysen het proefschrift van mevrouw Judith Versloot (Versloot J. Pain in pediatric dentistry. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2007), een slimme onderzoeker wier artikelen zijn geaccepteerd door gerenommeerde tijdschriften. Versloot heeft kiespijn bij kinderen meetbaar gemaakt en aangetoond dat sanering van kindergebitten helpt om de pijn te elimineren.

Kiespijn bij kinderen is een actueel onderwerp. Het wordt als variabele onderkend en ook meegenomen in relevante nieuwe (inter)nationale onderzoeksoepzettingen. We moeten er zorg voor dragen dat kiespijn bij kinderen niet wordt weggeschreven als iets dat toch niet te diagnosticeren is en dus kan worden genegeerd. Gruythuisen kiest voor fluoride-applicaties "om de dentinetubuli geruime tijd af te sluiten". Een goede anamnese en een adequate behandeling lijken eerder aangewezen. Fluoride is onnavolgbaar ter preventie van cariës; voor de behandeling van cariës bestaan echter zinnvollere alternatieven.

J.S.J. Veerkamp, tandarts

Reactie

Psycholoog mevrouw Judith Versloot heeft een uitstekend proefschrift geschreven. Daar doe ik niets aan af. Ik heb over haar proefschrift een recensie geschreven in *TandartsPraktijk* van december 2007. Die recensie heb ik voor de publicatie aan haar voorgelegd en zij was het volledig eens met mijn tekst. Naast de teksten waarnaar Veerkamp verwijst, was het volgende fragment hierin te vinden: "Te vaak nog worden jonge kinderen met *early childhood caries* traditioneel met medewerking van een anesthesist behandeld (belastend, kostbaar en te weinig effectief)." In een discussie met Judith Versloot waren we het onderling spoedig eens over wat moet gebeuren: jonge kinderen met caviteiten niet standaard radicaal saneren onder algehele anesthesie, maar meer individueel bekijken welke aanpak voor welk kind het meest geëigend is. Waar mogelijk non-invasief handelen.

Ik verzet mij tegen het oneigenlijke gebruik van het proefschrift om volledige behandeling, al dan niet in algehele anesthesie, te legitimeren. De 'zinvolheid' van de alternatieven waarop Veerkamp doelt, is voldoende bekend uit de vele

internationale rapportages van symptomatische behandelingen onder algehele anesthesie, waarvan het aantal gevallen van relaps zorgwekkend is. En zoals mevrouw Versloot beweerde, kwamen veel van de na restauratieve behandeling verdwenen klachten na 8 maanden al terug. Hoezo adequaat?

Mijn aanbeveling aan allen die werkzaam zijn in de kindertandheelkunde is de werken van wetenschapsfilosoof Karl Popper te bestuderen. Zijn advies is: ga op zoek naar het tegendeel van wat je beweert. Door hieraan gevolg te geven toen ik nog de restauratieve visie deelde, ben ik 10 jaar geleden op het niet-restauratieve spoor gekomen. Nu weet ik: het steeds maar zoeken naar bevestiging van de symptomatische aanpak zal de doelgroep niet verder helpen.

Ondertussen ben ik zelf al weer op zoek naar het tegenbewijs van Niet-Restauratieve Caviteitsbehandeling. Dat is overigens niet zo gemakkelijk te vinden.

R.J.M. Gruythuisen, tandarts

Ook reageren?

Mail naar: redactielezerspost@ntvt.nl