

Herstel van pathologische gebitsslijtage

Een 30-jarige man en een 23-jarige vrouw werden door hun huistandarts verwezen naar een praktijk voor bijzondere tandheelkunde vanwege gebitsslijtage. De man had last van afbrekend tandweefsel, hij had geen pijn, maar wel functionele klachten. Bovendien stoorde hij zich aan de verminderde esthetiek. De vrouw had geregeld pijn, milde functionele klachten en een verdiepte beet. Behandeling van pathologische gebitsslijtage begint met een goede diagnostiek en opsporen en elimineren van etiologische factoren. Daarnaast is voldoende motivatie bij de patiënt van belang. De behandeling moet zo minimaal mogelijk invasief zijn. Bij afwezigheid van indirecte restauraties heeft het dynamisch behandelconcept de voorkeur, waarbij nieuwe ruimtelijke verhoudingen worden uitgetest in composiet. Bij behandeling van lokaal tandweefselverlies kan het Dahl-concept in aanmerking komen. Beide casussen benadrukken het belang van evaluatie van de uitgevoerde therapie. Langdurige follow-up is noodzakelijk bij het vergroten van inzicht en ervaring in het duiden van de etiologie en de benadering van ernstige gebitsslijtage.

Wabeke KB. Herstel van pathologische gebitsslijtage

Ned Tijdschr Tandheelkd 2018; 125: 198-203

doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2018.04.18119>

Inleiding

Pathologische gebitsslijtage die niet bij de leeftijd van de patiënt past en die gepaard gaat met pijn en gevoeligheid, functionele problemen en verminderde esthetiek kan een restauratieve behandeling rechtvaardigen. De behandeling moet zo minimaal mogelijk invasief zijn. Hieronder volgen 2 casussen waarin een minimaal invasieve behandeling van pathologische lokale, dan wel gegeneraliseerde gebitsslijtage wordt getoond.

Casus 1

Gegeven en anamnese

Een 30-jarige gezonde man werd door zijn huistandarts verwezen naar een verwijspraktijk voor bijzondere tandheelkunde in verband met afbrekend tandweefsel. De man had geen pijnklachten maar wel functionele beperkingen waaronder moeite met afbijten. Hij stoorde zich aan de verminderde esthetiek, in het bijzonder de ingekorte en afgebrokkelde frontelementen in de bovenkaak (afb. 1). Bezorgd over de prognose van zijn gebitselementen zocht hij hulp. Na voorlichting door zijn huistandarts had hij zijn drinkgewoonten (hij 'groeide op met cola') opgegeven. De huistandarts had de patiënt verteld dat er geen ruimte was voor vormherstel van de gesleten bovenfrontelementen omdat zijn onderfrontelementen door uitgroei er tegenaan waren komen te staan.

Leermoment

Langdurige follow-up is noodzakelijk bij het vergroten van inzicht en ervaring in het duiden van etiologie en benadering van ernstige gebitsslijtage.

Diagnostiek

Bij intraoraal onderzoek werd een complete dentitie gezien met rondom tekenen van chemische en mechanische gebitsslijtage (Wetselaar et al, 2018). Het bovenfront vertoonde palatinaal en incisaal kwantitatief het meeste verlies van tandweefsel, de uiterlijke kenmerken, samen met de anamnestic gegevens, wezen op een combinatie van etiologische factoren: extrinsieke chemische slijtage (colagebruik) en intrinsieke mechanische slijtage (bruxisme). De DPSI-score bedroeg 2. Er was sprake van een Angle I-molaarrelatie en een omgekeerde curve van de incisaallijn van het bovenfront dat met een overbeet en overjet van krap 1 mm, nagenoeg overal in contact stond met het onderfront (afb. 2 en 3).

Tijdens een vervolgesprek kreeg de patiënt meer inzicht in de mate van zijn tandweefselverlies aan de hand van een scherp gedetailleerd gebitsmodel. Hij herhaalde zijn wens zijn oorspronkelijke tandlengte terug te krijgen. Dieetaanpassingen, die hij thuis binnen zijn gezin had doorgevoerd, bevestigden zijn motivatie verdere extrinsieke chemische slijtage te voorkomen. De verwachting is dat wanneer er geen sprake meer is van demineralisatie van de harde tandweefsels het risico op voortgaande mechanische gebitsslijtage zal afnemen.

Vervolgens werd de behandeloptie volgens het Dahl-concept uiteengezet (Wabeke, 2014), waarbij in dit geval de restauraties beperkt zouden blijven tot de meest aangedane gebitselementen in het bovenfront. De milde slijtage in de rest van de dentitie bleef dan onbehandeld en voorgesteld werd deze in de tijd te monitoren. De patiënt verklaarde zich bereid deze behandeling te ondergaan en het tijdelijke ongemak ervan te accepteren. Het ongemak zou worden veroorzaakt door de tijdelijke verhoging van de beet ter plaatse van de frontelementen, waarna intrusie van het front en uitgroei van de zijdelingse delen moesten worden afgewacht. Ook was de patiënt bereid na behandeling terug te komen voor evaluatie van het occlusieherstel.

Behandeling

In overleg met de patiënt werd besloten het bovenfront palatinaal en incisaal te herstellen met indirecte composietrestauraties en buccaal directe composietrestauraties toe te passen. Scherpe randen van de frontelementen in de bovenkaak werden afgerond en een afdruk werd genomen met een siliconen materiaal.



Afb. 1. De dentitie van een 30-jarige gezonde man met klachten van gebitslijtage: niet in occlusie, ingekort en afgebrokkeld bovenfront.



Afb. 2. Occlusaal aanzicht van de bovenkaak: combinatie van chemische en mechanische slijtage.



Afb. 3. Vooraanzicht in occlusie, omgekeerde curve van de incisaallijn van het bovenfront.



Afb. 4. Occlusaal aanzicht van het model van de bovenkaak met indirect vervaardigde composiet 'backings'.



Afb. 5. Vooraanzicht van het model van de bovenkaak: de 'backings' verlengen de ingekorte gebitselementen van het bovenfront.



Afb. 6. Vooraanzicht in occlusie: de 6 indirecte composiet 'backings' zijn adhesief bevestigd. Hiermee zijn de gebitselementen van het bovenfront verlengd en is de curve van de incisaallijn hersteld. Postcanien is de interocclusale ruimte in de zijdelingse delen nog net zichtbaar.



Afb. 7. Vooraanzicht van 6 directe composietrestauraties op de buccale vlakken van de gebitselementen van het bovenfront.



Afb. 8. Zijdelings aanzicht van rechts na 6 maanden: de occlusie heeft zich hersteld.



Afb. 9. Zijdelings aanzicht van links na 6 maanden: de occlusie heeft zich hersteld.



Afb. 10. Een jaar na behandeling is door knarsen een scherv van het directe composiet buccaal van gebitselement 13 afgebroken. De mesio-incisale hoek van gebitselement 11 is gefractureerd als gevolg van een botsing.



Afb. 11. Gerepareerde composietrestauraties bij gebitselementen 13 en 11.



Afb. 12. Occlusaal aanzicht 4,5 jaar na behandeling: palatinaal zijn de indirecte composiet 'backings' intact gebleven.

In het tandtechnisch laboratorium werden gebitsmodellen met een beetverhoging in een articulator gemonteerd. Zes restauraties van composiet werden vervaardigd met in de palatinale vormgeving nieuwe occlusale stops (Dahl-

plateaus). Het onderfront maakte contact met deze stops. Een individueel passende tandverlenging werd palatinaal en incisaal gerealiseerd (afb. 4 en 5).

Vervolgens werden de indirecte composiet 'backings'

adhesief bevestigd in de praktijk voor bijzondere tandheelkunde. Hiermee ontstond interocclusaal ruimte in de zijdelingse delen en werd de curve hersteld (afb.6). Buccaal werden 6 directe composiet veneers aangebracht (afb.7).

Zes maanden later had de occlusie zich hersteld door een combinatie van intrusie van het front en uitgroei van de uit occlusie getilde gebitselementen in de zijdelingse delen (afb. 8 en 9). Daarop werd de patiënt terugverwezen naar zijn huistandarts.

Een jaar later meldde de patiënt zich wederom, mede op verzoek van zijn huistandarts, in verband met opgetreden schade aan enkele directe composietrestauraties. Inspectie toonde een afgebroken scherf van de composietrestauratie buccaal van gebitselement 13 en een gefractureerde mesio-incisale hoek van de composietrestauratie van gebitselement 11 (afb. 10). De schade bij gebitselement 13 was, gezien de aard en locatie ervan, veroorzaakt door bruxisme, terwijl de schade bij gebitselement 11 het gevolg was van de botsing met een bierflesje. Na reparatie van de composietrestauraties werd een opbeetplaat aangemeten om herhaling van knarsschade te voorkomen (afb. 11)

Na 3,5 jaar verscheen de patiënt opnieuw met het verzoek tot reparatie van schade aan de composietrestauratie buccaal van gebitselement 13. Deze vertoonde opvallende gelijkenis met de eerder opgetreden schade. Bij navraag over de opbeetplaat meende de patiënt deze nooit te hebben gekregen. Echter, nadat de aantekeningen in het elektronisch patiëntendossier dit weerspraken, besloot de patiënt thuis op onderzoek te gaan. Een maand later werd de schade aan de composietrestauratie hersteld en kon de terug gevonden opbeetplaat worden aangepast tot tevredenheid van patiënt en behandelaar. Palatinaal waren de indirecte composiet 'backings' intact gebleven (afb. 12).

Casus 2

Gegeven en anamnese

Een 23-jarige gezonde vrouw werd door haar huistandarts verwezen naar een verwijspraktijk voor bijzondere tandheelkunde in verband met toenemende gebitsslijtage en milde functionele klachten van het kauwstelsel. Zij had geregeld pijn zowel voor als onder het rechterkaakgewricht en hoofdpijn. Zij merkte dat de gebitsslijtage voortschreed omdat de beet dieper werd en haar frontelementen in de onderkaak steeds dieper achter haar gebitselementen in het bovenfront beten. Haar molaren in de onderkaak reageerden soms gevoelig op kauwen. Acht jaar eerder was zij in verband met de gebitsslijtage verwezen naar en onderzocht bij het ACTA; de patiënt meldde sindsdien voornamelijk water en soms cola met een rietje te drinken. Zij gebruikte op advies speciale tandpasta en appliceerde dat voor de nacht extra op haar gebitselementen. Het door ACTA aanbevolen maagonderzoek had destijds plaatsgevonden bij een internist met als uitslag dat haar maagafsluiting niet afdoende was. Tijdens haar menstruatie had zij frequent last van maagzuur en gebruikte zij 2 tot 3 keer

per week maagzuurremmers. De patiënt stoorde zich aan het afgebroken hoekje van gebitselement 11.

Diagnostiek

Extraoraal viel als eerste de piercing in de onderlip op en het verlies van de mesiale hoek van gebitselement 11 (afb.13). Bij intraoraal onderzoek werd een complete dentitie gezien met gegeneraliseerde gebitsslijtage en schade aan het parodontium van de gebitselementen 31 en 41 (gingivarecessie). Nagenoeg alle gebitselementen vertoonden occlusaal 'cupping' (vooral in onderkaak), zowel occlusaal als palatinaal (vooral in de bovenkaak) brede concaviteiten, blootliggend dentine en incisaal 'grooving' (afb. 14 en 15). Palatinaal van het bovenfront ter hoogte van de sulcus gingivalis was de glazuurrand behouden. Alleen de gebitselementen 17 en 27 waren redelijk gespaard gebleven. De klinische tekenen wezen op intrinsieke chemische slijtage als gevolg van reflux door onvoldoende werking van de maagsfincter. Als gevolg van de gegeneraliseerde slijtage en bij gebrek aan dentoalveolaire compensatoire uitgroei was de verticale dimensie van occlusie (VDO) afgenomen en de frontrelatie verdiept. In het front was sprake van overbeet en overjet van 2 respectievelijk 4 mm (afb. 16). De DPSI-score bedroeg 2. Er was sprake van een Angle I-molaarrelatie.

Tijdens het functieonderzoek was de rechter musculus masseter pijnlijk bij palpatie. De patiënt herkende aard en locatie van de pijn en gaf aan dat vanuit deze locatie uitstralende pijn naar de rechterzijde van haar hoofd kon optreden.

Gezien de leeftijd van de patiënt, de geringe kans op volledige eliminatie van de etiologische factor maagreflux alsmede het aantal aangedane vlakken, betrokken bij occlusie en articulatie, werd restauratief herstel met composiet in een beetverhoging voorgesteld. Hieraan voorafgaand kon de nieuwe beethoogte worden uitgetest met een opbeetplaat waarvan tevens een positief effect op haar myogene klacht te verwachten viel. De patiënt werd geprezen om haar aanpassingen in dieet en mondverzorging en werd aangemoedigd de lippiercing uit te laten (Hennequin-Hoenderdos et al, 2015). Toename in medicatie was voor haar geen optie, een aanpassing van de positie tijdens het slapen, waarbij het hoofd en bovenlichaam iets hoger kwamen te liggen, was wel mogelijk.

Behandeling

De patiënt droeg 4 maanden 's nachts en zoveel mogelijk overdag een stabilisatie-opbeetplaat. Ze raakte snel gewend aan de toegenomen beethoogte en gaf aan geen last meer te hebben van pijn in haar kauwspier rechts noch van pijnuitstraling naar haar hoofd. De lippiercing droeg zij nog sporadisch bij een feestje. Zij werd aangemoedigd de piercing definitief te verwijderen. Voorgesteld werd de behandeling in fasen uit te voeren, bedoeld om het grote aantal gesleten gebitselementen zo voorspelbaar mogelijk te restaureren in de uitgeteste beethoogte. De patiënt ging hiermee akkoord.



Afb. 13. Vooraanzicht van de dentitie en lachlijn van een 23-jarige gezonde vrouw met klachten van toenemende gebitsslijtage en milde functionele klachten van het kauwstelsel: licht verkorte gebitselementen in de bovenkaak door slijtage, fractuur van de mesiale hoek van gebitselement 11 en een piercing in de onderlip.



Afb. 14. Occlusaal aanzicht van de bovenkaak toont gegeneraliseerde chemische slijtage.



Afb. 15. Occlusaal aanzicht van de onderkaak toont gegeneraliseerde chemische slijtage.



Afb. 16. Zijdelings aanzicht van rechts in occlusie toont het beethoogteverlies en de verdiepte frontrelatie alsmede de schade aan het parodontium van de gebitselementen 31 en 41.



Afb. 17. Zijdelings aanzicht van rechts toont de in de uitgeteste beethoogte herstelde gebitselementen in het bovenfront en de ingekorte opbeetplaat.



Afb. 18. Zijdelings aanzicht van rechts toont het beeld zonder opbeetplaat: door de beetverhoging in het bovenfront zijn de postcaniene gebitselementen uit occlusie waardoor interocclusaal ruimte wordt gecreëerd.



Afb. 19. Occlusaal aanzicht van het opwasmodel van de bovenkaak: gebitselementen 14 en 24 worden later direct opgebouwd en dienen eerst als occlusale stop voor de dieptrekplaat waarmee de tweede premolaren en eerste molaren worden opgebouwd.



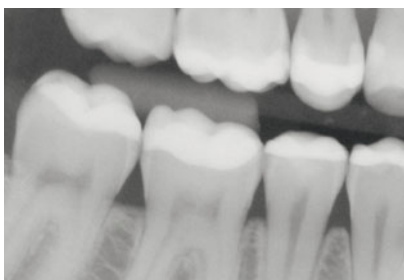
Afb. 20. Zijdelings aanzicht van rechts na behandeling.



Afb. 21. Occlusaal aanzicht van de bovenkaak na behandeling; gebitselementen 14 en 24 zijn met direct composiet opgebouwd.



Afb. 22. Occlusaal aanzicht van de onderkaak na behandeling.



Afb. 23. Bitewing-röntgenopname rechts na behandeling.



Afb. 24. Zijdelings aanzicht van rechts 21 maanden na behandeling toont een stabiele occlusie. De getraumatiseerde gingiva buccaal van de gebitselementen 31 en 41 heeft zich grotendeels hersteld.

Tijdens de eerste fase werden de 6 gebitselementen in het bovenfront met behulp van een matrixband palatinaal en waar nodig incisaal gerestaureerd met directe compositie-restauraties. Hierbij werd gestreefd naar herstel van de oorspronkelijke anatomische tandvormen en de opgebouwde gebitselementen kwamen in contact te staan met de incisale vlakken van de gebitselementen in het onderfront. De opbeetplaat werd vrijgeslepen van het front; het dorsale gedeelte bleef occlusaal contact bieden tussen de postcaniene gebitselementen in afwachting van de volgende restauratieve fase (afb. 17 en 18).

Op nieuw vervaardigde gebitsmodellen werd in het tandtechnisch laboratorium een opwas verzorgd van de gebitselementen in de zijdelingse delen. De eerste premolaren en de tweede molaren van de bovenkaak werden hier niet in opgenomen, want zij zorgden voor afsteuning van de dieptrekmal mesiaal en distaal (afb. 19).

Tijdens de tweede fase werden de zijdelingse delen occlusaal opgebouwd met composiet. Voor herstel van de tweede premolaren en eerste molaren in de bovenkaak werd gebruikgemaakt van de semi-indirecte techniek met een dieptrekmal. Op dezelfde wijze werden alle premolaren en molaren in de onderkaak opgebouwd. Hier boden de tweede molaren die slechts milde slijtage van de knobbels vertoonden samen met het front de vereiste afsteuning voor de dieptrekmal.

In de derde fase werden in de zo vastgelegde occlusie de eerste premolaren en tweede molaren in de bovenkaak direct opgebouwd met composiet met behulp van een matrixsysteem (afb. 20 t/m 23). Na de restauratieve behandeling nam de patiënt definitief afscheid van haar lippiercing. Bij een controlebezoek 21 maanden na behandeling was er sprake van een stabiele occlusie en had de getraumatiseerde gingiva buccaal van de gebitselementen 31 en 41 zich grotendeels hersteld (afb. 24).

Beschouwing

Gebitsslijtage hangt vaak samen met levensstijl (dieet, bruxisme, maagzuurreflux) (Huysmans, 2018). Preventieve maatregelen, adviezen hiertoe en zorgvuldig monitoren van de gebitssituatie zouden idealiter pathologisch tandweefselverlies kunnen voorkomen. Pathologische gebitsslijtage kan leiden tot een vraag om behandeling. Alvorens er wordt besloten tot behandeling over te gaan, is het van eminent belang etiologische factoren op te sporen, deze zoveel mogelijk te elimineren en verzekerd te zijn van voldoende motivatie bij de patiënt. Een uitgebreide anamnese en het herkennen van de verschijningsvormen zijn hierbij de belangrijkste handvaten. Zo kan overmatig cola-gebruik leiden tot extrinsieke chemische slijtage, die zich soms lokaal in een dentitie presenteert. Bij maagzuurreflux kan intrinsieke chemische slijtage gegeneraliseerd gebitselementen aantasten. Waak- en slaapbruxisme veroorzaken intrinsieke mechanische slijtage die niet alleen harde tandweefsels bedreigt maar ook aangebrachte restauraties (Johansson et al, 2010). Naast de harde tandweefsels kunnen ook zachte mondweefsels slijten onder invloed van

externe mechanische slijtage (piercing) (Hennequin-Hoenderdos et al, 2015).

De behandeling moet zo minimaal mogelijk invasief zijn (Loomans et al, 2018). Bij afwezigheid van indirecte restauraties heeft het dynamisch behandelconcept de voorkeur, waarbij nieuwe ruimtelijke verhoudingen worden uitgetest in composiet. Bij behandeling van lokaal tandweefselverlies kan het Dahl-concept in aanmerking komen. Hierbij is goede voorlichting over tijdelijk ongemak van belang evenals de bereidheid van de patiënt zich te laten controleren op herstel van de occlusie. Heeft gegeneraliseerde gebitsslijtage geleid tot verlies van beethoogte, dan kan een beetverhoging, nodig om ruimte te scheppen voor occlusaal herstel, worden uitgetest met behulp van een opbeetplaat. Dit lijkt geen absolute voorwaarde, maar kan in aanwezigheid van functionele klachten van het kauwstelsel bijdragen aan voorspelbaar behandelen.

Discussie

Tandartsen zien steeds vaker gebitsslijtage vooral bij kinderen en adolescenten. Ernstige vormen ervan werden bij 6% van de Nederlandse bevolking waargenomen (Wetseelaar et al, 2018). Het begrip 'ernstige gebitsslijtage' behelst een kwantitatieve omschrijving van de hoeveelheid verloren gegaan tandweefsel. Wanneer duidelijk sprake is van een in de tijd actief slijtageproces dat niet past bij de leeftijd van een patiënt spreekt men van 'pathologische gebitsslijtage'. Tandartsen beschikken niet over evidencebased indicaties tot restauratieve behandeling. Niet ingrijpen kan het risico betekenen beschuldigd te worden van gecontroleerde verwaarlozing ('supervised neglect'). Wel ingrijpen kan het begin zijn van een onomkeerbare restauratiecyclus. De recent verschenen Europese consensusverklaring biedt richtlijnen voor tandartsen die geconfronteerd worden met ernstige vormen van gebitsslijtage (Loomans et al, 2018). Een van de uitgangspunten voor restauratieve rehabilitaties in deze consensus luidt: *"De restauratieve rehabilitatie dient daar waar mogelijk 'additief en minimaal invasief' te zijn, in plaats van 'subtractief', waarbij nog meer tandweefsel wordt verwijderd, waarbij er keuze is in directe, indirecte of hybride technieken"*. Hieraan kan worden toegevoegd dat de mogelijkheid tot reparatie van composiet ('repairability') de succesfactor bij restaureren met additieve materialen vergroot.

In casus 1 was sprake van functionele beperkingen (moeite met afbijten), verminderde esthetiek (ingekorte en afgebrokkelde gebitselementen in het bovenfront) en bezorgdheid over de prognose van de gesleten dentitie. Kwantitatief bestond er groot verschil in de mate van tandweefselverlies tussen het bovenfront en de overige gebitselementen. Omdat in deze casus het risico op voortschrijding van milde gebitsslijtage gering leek en de patiëntmotivatie als bemoedigend werd ingeschat, werd besloten alleen de in het bovenfront gelokaliseerde ernstige gebitsslijtage te behandelen volgens het dynamisch behandelconcept. Het gebruik van directe of indirecte

technieken hierbij is afhankelijk van wensen van de patiënt en de ervaring van de behandelaar.

Een behandeling volgens het Dahl-concept is een goede keuze wanneer er zonder een beetverhoging geen ruimte aanwezig is voor restauratief herstel. Weliswaar bestaat er weinig wetenschappelijke onderbouwing omtrent deze behandelingsaanpak, daarentegen is de hoeveelheid practicebased bewijs toegenomen. In het redactioneel van september 2017 pleit redacteur Eijkman voor het op waarde schatten van 'practice-based evidence' (Eijkman, 2017). Dergelijk bewijs is gebaat bij het volgen van behandelde patiënten. Zo bleek bij casus 1 hoe herhaling van motiverende bejegening van de patiënt kan bijdragen aan toename van patiëntmotivatie.

In casus 2 was sprake van gegeneraliseerde gebitsslijtage bij een jonge vrouw met milde odontogene en functionele klachten. Het aanzienlijk verlies van tandweefsel had geleid tot afname van de verticale dimensie van de occlusie. De kans op volledige eliminatie van de schadelijke etiologische factor maagzuurreflux werd als gering ingeschat. Daarom werd besloten tot een uitgebreide rehabilitatie in een beetverhoging. De keuze een nieuwe beethoogte uit te testen met een opbeetplaat was ingegeven door 2 zaken:

1. het te verwachten positieve effect van opbeetplaattherapie op temporomandibulaire disfunctie;
2. de mogelijkheid de opbeetplaat tijdens het restauratieve proces in te zetten als houvast bij het realiseren van restauraties in de nieuwe beethoogte.

Op deze wijze werd de behandeling zo voorspelbaar mogelijk uitgevoerd. Een tandtechnisch laboratorium kan in dergelijke gevallen een aanzienlijke bijdrage leveren (modelanalyse, modelopwas en dieptrekmalen).

Beide casussen benadrukken het belang van evaluatie van de uitgevoerde therapie. Groeiende ervaring met behandelingen en langdurige follow-up zijn onontbeerlijk bij het vergroten van inzicht in de etiologie en in de benadering van ernstige gebitsslijtage.

Literatuur

- * Eijkman MAJ. Vragen zonder antwoorden. Ned Tijdschr Tandheelkd september 2017; 124: 403.
- * Hennequin-Hoenderdos NL, Slot DE, Weijden GA van der. The incidence of complications associated with lip and/or tongue piercings: a systematic review. Int J Dent Hyg 2015; 14: 62-73.
- * Huysmans MCDNJM. Serie: Preventieve tandheelkunde. Erosieve gebitsslijtage. Ned Tijdschr Tandheelkd 2018; 125: 217-222.
- * Johansson A, Johansson AK, Omar R, Carlsson GE. Restoration of the worn dentition. In: Paesani DA (ed.). Bruxism, theory and practice. London: Quintessence Publishing, 2010.
- * Loomans BAC, Wetselaar P, Opdam NJM. Europese consensusverklaring over de behandeling van ernstige gebitsslijtage. Ned Tijdschr Tandheelkd 2018; 125: 223-231.
- * Wabeke KB. Het Dahlconcept. Houten: Accre Didact Tandartsen, 2014.
- * Wetselaar P, Vermaire JH, Visscher CM, Lobbezoo F, Schuller AA. De prevalentie van gebitsslijtage onder de volwassen Nederlandse bevolking. Ned Tijdschr Tandheelkd 2018; 125: 205-213.

Summary

Restoration of pathological tooth wear

On account of tooth wear, a 30-year-old man and a 23-year-old woman were referred to a clinic for specialised dental services by their general dentist. The man suffered from degradation of hard dental tissues. He was not in pain but had some functional problems. In addition, the diminishing aesthetics bothered him. The woman suffered from pain frequently, had mild functional complaints and a deep bite. Treatment of pathological tooth wear begins with a sound diagnosis and investigating and eliminating aetiological factors. Sufficient motivation on the patient's side is also important. The treatment should be as minimally invasive as possible. When indirect restorations are absent a dynamic treatment plan would be preferred, in which new spatial relations can be tested in composites. For the treatment of localised loss of dental tissue the Dahl Concept might be considered. Both cases emphasise the importance of evaluating the implemented treatment. Long-term follow-up is necessary for the enhancement of knowledge and experience in the interpretation of the aetiology of and approach to severe tooth wear.

Bron

K.B. Wabeke

Uit de Denthuijse Praktijk voor Tandheelkunde in Zoetermeer

Datum van acceptatie: 14 februari 2018

Adres: mw. dr. K.B. Wabeke, Blauw-roodlaan 8, 2718 SJ Zoetermeer
wabeke@denthuijse.nl

Verantwoording

Dit artikel is een bewerking van eerder verschenen publicaties in Pelt AWJ van, Kreulen CM, Lobbezoo F, Wetselaar P (red.). Atlas gebitsslijtage. Diagnose, behandeling en prognose. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2018.