

# Restauratieve behandeling van angstige kinderen moet tot het uiterste worden beperkt

## Voorstander

**René Gruythuysen**, onafhankelijk publicist, onderzoeker en docent postacademisch onderwijs pedodontologie/cariologie

■ Op de uitnodiging deze stelling te verdedigen ga ik graag in, hoewel aarzelend vanwege het fanatiek aandoende 'uiterste'. Het gaat immers niet om wel of niet restaureren, maar om het zoeken naar de balans tussen een niet-restauratieve en een restauratieve behandeling, afgestemd op de context van het individuele kind.

Jarenlang heb ik vele emmertjes met restauratiemateriaal naar een zee van caviteiten in kindermondjes gedragen, de reparatiecyclus volgend. Steeds weer ontstonden echter nieuwe cariëslaesies, ondanks mijn voorlichting en fluorideapplicaties. Daardoor dreigden bij mij motivatieproblemen te ontstaan, ook al betrof het 'verantwoorde zorg'.

Een bezoek aan Jette en Christian Christiansen op het eiland Nexø in Denemarken, ongeveer 10 jaar geleden, bracht bij mij een omslag teweeg. Zij leerden mij: door tandenpoetsen is beginnende cariëactiviteit te stoppen. Ze hadden het Non Operative Caries Treatment Programme (NOCTP) ontwikkeld om effectief terugvalpreventie te bedrijven door ouders steeds opnieuw op neutrale wijze te confronteren met hun verantwoordelijkheid. Ze communiceerden aan de hand van klinische foto's en legden uit wat er in de mond van hun kind gebeurde.

Reeds in 1986 werd in een gerandomiseerd klinisch onderzoek aangetoond dat ook in (wortel)dentine cariëactiviteit door goede zelfzorg kan stoppen. Dit onderzoek, gecombineerd met het NOCTP, moest een alternatief kunnen bieden voor de benadering van kinderen met gecaviteerde cariëslaesies.

Black (1908) besleep al dentine-

laesies bij kinderen, om psychologische redenen. Hij zag dat daardoor de cariëactiviteit afnam en de gebits-elementen behouden bleven. Zijn kennis op grond van klinische waarneming en kindpsychologie is nog steeds actueel. Sommigen zoeken echter naar een associatie tussen levenskwaliteit en radicale behandeling onder algehele anesthesie. Maar de uitkomsten daarvan zijn voorspelbaar: het gaat even goed, maar al snel ontstaan weer cariëslaesies. Een kindertandarts in opleiding wilde jaren geleden al iets preventiefs doen aan dit veelvuldig optredend en voor iedereen zichtbare verschijnsel. Maar helaas is het er nog niet van gekomen. Hopelijk komt hier snel verandering in.

Inmiddels bleek mij dat ik door een modificatie van de behandeling volgens Black, de Niet-Restauratieve Caviteitsbehandeling (NRC), nog maar zelden werd geconfronteerd met schreeuwende kinderen. Dat was voorheen wel even anders. Het concept van de NRC is uitgebreid beschreven in een themanummer van dit tijdschrift (*Ned Tijdschr Tandheelkd* 2010; 117: 173-180).

Over tandartsen die moeite hebben met de traditionele behandeling wordt gezegd: "er zijn meer tandartsen die bang zijn voor kinderen dan omgekeerd." Daar kunnen ze het mee doen. Maar wie helpt hen met het zoeken naar simpele methoden om goede zorg te leveren? Een simpele methode als de NRC heeft 2 functies: afstel en uitstel van restauratie.

Ik schrijf dit allemaal omdat ik me schaam voor de kindertandheekunde. Het is treurig dat het nog steeds nodig is de kern van bovenstaande stelling te verdedigen. Ik hoop dat er over 10 jaar meer collega's zijn die met plaatsvervangende schaamte terugkijken, omdat ze dan constateren dat wij te lang hebben vastgehouden aan het reparatiemodel. Er zijn namelijk een

paar interessante publicaties op komst die de niet-restauratieve behandeling ondersteunen.

Naar aanleiding van een artikel over NRC in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* ontstond een discussie waarin onder andere werd gesuggereerd dat cariës en NRC systematisch pijn doen en dat deze behandelmethode gelijk staat aan verwaarlozing (*Ned Tijdschr Geneesk* 2011; 155: A3489). Die suggestie is echter op niets gebaseerd en uit ervaring weet ik dat het ingaan van de reparatiecyclus verwaarlozing juist maskeert. De wettelijk verplichte meldcode moet dit verhinderen (*Ned Tandartsenblad* 2011; 66(19): 20-21).

Mijn eerste ervaring met NRC publiceerde ik in het studieboek 'Kindertandheelkunde 2'. Het ging om een nauwelijks benaderbaar meisje van 3 jaar met gevorderde cariëslaesies. Uitstel van restauratie met behulp van deze behandelmethode gedurende ongeveer 1,5 jaar had het vertrouwen van het meisje dermate vergroot dat ze me verveeld zat aan te kijken bij de uitleg over lokale anesthesie als voorbereiding op een restauratieve behandeling. Alsof ze wilde zeggen: "komt er nog wat van?" Ze vertrok geen spier toen ze de injectie kreeg.

Een enkele keer is restauratie in het belang van een kind niet te vermijden, zelfs niet als het om een angstig kind gaat. Die enkele restauratie gaat vast lukken. Zeker als al enige ervaring is opgedaan met de NRC, dan komt het vanzelf!

## Tegenstander

Hubert Bruins, tandarts te Bussum

Op basis van epidemiologisch onderzoek wordt geschat dat de prevalentie van extreme angst voor tandheelkundige behandelingen bij kinderen ongeveer 10% is. Een zelfde percentage kinderen heeft waarschijnlijk matige behandelangst of wordt na verloop van tijd plotseling extreem angstig.

Angstige kinderen hebben gemiddeld tweemaal zoveel cariës als niet-angstige kinderen (dmft 2,58 versus 1,12), gaan niet vaak en onregelmatig naar een tandarts, hebben vaak ook angstige ouders (vooral de moeders) en hebben vaker een extractie ondergaan. De historie van restauratieve behandelingen blijkt nauwelijks invloed te hebben op de mate van behandelangst.

Het is algemeen bekend dat cariës bij angstige kinderen kan leiden tot uiteenlopende klachten en lijdensdruk, zoals pijn en functionele beperkingen. Bijna tweederde van de kinderen die op een wachtlijst stonden voor tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie ontwikkelde in een onderzoek in gemiddeld 8 weken klachten, waarvan orale pijn (68%), eetproblemen (50%) en slaapproblemen (42%) de meestvoorkomende waren. Naast

de invloed op de fysieke gezondheid kan een slechte mondgezondheid ook vergaande consequenties hebben voor de psychosociale ontwikkeling van een kind. In Nederland zijn slechts summier gegevens beschikbaar over de prevalentie van orale pijn bij kinderen. Tijdens een groot nationaal onderzoek onder kinderen antwoordde 19% van de ouders 'ja' op de vraag 'heeft uw kind wel eens pijn in de mond gehad?'. Orale pijn bij kinderen heeft veel invloed op de levenskwaliteit. Vraag dat maar eens aan de ouders!

Bij angstige kinderen blijkt dat met optimale gedragsbeïnvloeding en pijnbestrijding met lokale anesthesie restauratieve behandelingen goed zijn uit te voeren zonder dat kinderen tijdens de behandeling grote emotionele problemen en gedragsproblemen gaan vertonen. Het maakt daarbij niet uit welke methode voor restauratieve behandeling wordt toegepast. Indien nodig, kan die behandeling plaatsvinden met behulp van lichte sedatie of in het uiterste geval met algehele anesthesie. Sedatie en algehele anesthesie komen echter niet in de plaats van een gedragsstrategie. Het is een aanvulling bij kinderen die anders geen behandelingen kunnen ondergaan in verband met extreme angst, (ontwikkelings)leeftijd of fysieke of medische conditie. Voor de behandeling van behandelangst bestaan technieken die zijn gebaseerd op *in vivo*-blootstelling, een middel waarvan de effectiviteit is aangetoond.

Het internationale verdrag inzake de rechten van het kind verplicht ons pijn en behandelangst te voorkomen. In het verdrag staat ook dat de belangen van het kind de eerste overweging moeten vormen, dat we de mening van het kind niet zomaar mogen negeren en dat we gebruiken die schadelijk zijn voor de (psychische) gezondheid van het kind moeten afschaffen. Fixatie en dwang zijn in de meeste gevallen uit den boze. Sedatie bij restauratieve behandeling van angstige kinderen is niet 'soft', maar effectief en ethisch correct. Wel moet

men afwegen welke behandeling, bijvoorbeeld wel of niet restaureren, de beste kans van slagen heeft.

Op basis van nieuwe inzichten in de cariologie wordt bij de behandeling van cariës de conventionele restauratieve benadering steeds minder toegepast ten gunste van de niet-restauratieve caviteitsbehandeling. Als bij kinderen door middel van preventie cariësactiviteit wordt gestopt, kan altijd nog worden besloten om te restaureren om de functie, het comfort en de esthetiek te verbeteren. Onderzoek heeft aangetoond dat de kans van slagen van niet-restauratieve behandeling kleiner is dan die van restauratieve caviteitsbehandeling bij cariës-laesies in het dentine, en wanneer grote kans bestaat op pijn of een ontsteking. Bij kinderen met angst is de kans op cariës in het dentine en pijn of een ontsteking relatief groot wegens hun slechtere mondgezondheid dan die van niet-angstige kinderen.

Laesies met pijn en ontsteking of met een grote kans op ontsteking komen dus niet in aanmerking voor een niet-restauratieve caviteitsbehandeling. Zij moeten worden gerestaureerd. Daarbij gebruik ik steeds vaker een Er:YAG-laser met waterspray. Mijn ervaring is dat deze laser voor angstige kinderen enorme voordelen oplevert: hij trilt niet, geeft geen hitte af en maakt geen boorgeluid. Verder is het prepareren met de laser niet of nauwelijks pijnlijk. Ook voor minder angstige kinderen is het voordeel dat algehele anesthesie in veel gevallen niet nodig is.

Kinderen hebben recht op de beste behandeling, ook angstige kinderen met cariës. En die behandeling is meestal restaureren. Mijn stelling is daarom: 'Angstige kinderen: restaureren, kindvriendelijk en met beleid'.

Wilt u reageren? Mail dan naar: [redactielezerspost@ntvt.nl](mailto:redactielezerspost@ntvt.nl)

