

SVAR TIL FAGLIGE KOMMENTARER

Svar til faglige kommentarer af Kim Ekstrand, Ann Wenzel og Sektion for Oral Radiologi, Institut for Odontologi, Aarhus Universitet til artiklen: Carieskontrol i tandlægepraksis. Tandlægebladet 2015;119:836-47.

Bente Nyvad, professor, dr.odont., ph.d., MPH, Institut for Odontologi, Health, Aarhus Universitet, på vegne af artiklens forfattere

Vi har med interesse læst Kim Ekstrand og Ann Wenzels kommentarer til vores artikel i Tandlægebladet 2015;119:836-47 om carieskontrol i tandlægepraksis.

Vi skal indledningsvis beklage, at flowdiagrammet i Fig. 4 kunne give anledning til misforståelser. Som beskrevet bruger vi det som hjælp til at overvåge non-operative cariesbehandlinger, både på individniveau og på læsionsniveau, og vi behandler naturligvis kun professionelt med 2 % fluorid på aktive carieslæsioner.

Det er vores opfattelse, at Kim Ekstrand og Ann Wenzel sammenblander begreberne "beskrivelse/registrering" og begrebet "diagnose". Det siger sig selv, at alle potentielle patologiske/anomale forhold observeret på røntgenoptagelser skal beskrives/registreres, men sådanne registreringer fører ikke nødvendigvis til en diagnose. I det af Kim Ekstrand nævnte tilfælde med en radiologisk, men ikke klinisk detekterbar forandring på 6+, skal den radiologiske observation naturligvis beskrives/registreres; men om denne skal føre til en samlet klinisk cariesdiagnose, endsige intervention, afhænger, som beskrevet i vores artikel og også antydtes af Kim Ekstrand, af en række øvrige kliniske forhold. Under alle omstændigheder må man overveje, hvilken af de to modstridende diagnostiske informationer man hælder mest til, og hvilke fejlkilder der eventuelt er i spil. Den overbehandling, man risikerer at påføre en patient, hvis man ukritisk baserer sin cariesbehandling på "røntgenskygger" alene, er tidligere dokumenteret og diskuteret i Tandlægebladet (1).

Med forbehold for de meget begrænsede oplysninger, vi har om røntgenobservationen på 6+, anbefaler vi, at patienten instrueres i adækvat approksimalt renhold og brug af fluortandpasta. Hvis patienten ved den efterfølgende fokuserede undersøgelse (fx efter en måned) viser sunde gingivale forhold uden

biofilm, og man stadig ikke kan detektere en læsion ved omhyggelig klinisk inspektion, er der næppe behov for professionel fluoridterapi. Regelmæssig biofilmfjernelse med fluortandpasta er i sig selv en behandling med signifikant effekt (2). Hvis gingiva derimod fortsat bløder, og der er biofilm i approksimalrummet, kan man foretage en professionel behandling med 2 % fluorid, hvis man skønner, der er tale om en aktiv læsion. Prognosen for denne terapi er imidlertid tvivlsom, såfremt der vedvarende er biofilm i området.

Vi er enige med Kim Ekstrand og Ann Wenzel i, at man ikke kan stille en klinisk relevant cariesdiagnose alene på baggrund af et røntgenbillede. Derfor undrer det os, at Ann Wenzel alligevel advokerer for radiologiske cariesdiagnoser i visse tilfælde.

I det første tilfælde er røntgenundersøgelsen foretaget på grundlag af "manglende klinisk overblik" i en situation, hvor der ikke er kliniske detekterbare tegn på en carieslæsion. Uden yderligere indikationer ville vi ikke foretage røntgenundersøgelse i et sådant tilfælde, men er den foretaget, skal eventuelle anomale røntgenfund selvsagt registreres/beskrives. Som anført ovenfor behøver dette imidlertid ikke nødvendigvis føre til en cariesdiagnose, da denne kræver en samlet vurdering og afvejning af alle fund, kliniske såvel som radiologiske. I den forbindelse bør man huske, at en omhyggeligt udført klinisk cariesundersøgelse fører til fund af flere små carieslæsioner i emaljen end en bite-wing-undersøgelse, også på approksimalflader (3).

I det andet tilfælde beskrives en situation, hvor indikationen for røntgenoptagelsen ikke er cariesrelateret. Det ændrer ikke ved, at vi er helt enige i, at alle anomale fund på røntgenoptagelser skal registreres/beskrives. Uenigheden består alene i, om det er relevant at operere med to slags cariesdiagnoser – en radiologisk og en klinisk. Det er det efter vores mening ikke. Når

Ann Wenzel anfører, at ”diagnosen radiolucens i tandfladen er en unuanceret betegnelse for en læsion, der med stor sandsynlighed er en cariøst betinget demineralisering”, og refererer til ”radiologer og andre, som tolker og beskriver røntgenoptagelser uden at have set patienten”, så udstiller det kardinalpunktet i vores uenighed. I vores optik er ”radiolucens” en beskrivelse, ikke en diagnose; og vi kunne ikke drømme om at stille cariesdiagnoser uden at have set patienten. Den kliniske undersøgelse er et sine qua non, mens røntgenoptagelse er et muligt (men ikke nødvendigt) supplement. I vores optik er cariesdiagnosen den samlede konklusion efter en vurdering og afvejning af samtlige observationer. Vi har ikke brug for røntgendignoser, men røntgenbeskrivelser er værdifulde som supplement til at kvalificere diagnose og behandlingsvalg. Et forslag til at løse dilemmaet med modstridende diagnostisk information kunne være at give tentative kliniske diagnoser i de tilfælde, hvor den kliniske diagnose ikke umiddelbart kan afgøres.

Ann Wenzel anfører i en sidste, supplerende kommentar, at vores fælles artikel (4) ikke kan bruges til at aflede, at rutinemæssige røntgenundersøgelser øger risikoen for forkerte behandlingsbeslutninger. Begrundelsen herfor skulle være, at der er tale om et simuleret scenarie, og at de simulerede behandlingsbeslutninger ikke blev ført ud i livet. Undersøgelsen havde til formål at belyse rigtigheden af forskellige beslutningsalgoritmer ved specifikke kombinationer af kliniske og radiologiske fund, idet der jo ved modstridende observationer (eksempelvis ingen klinisk detekterbar læsion, men radiolucens af en given dybde) nødvendigvis må foretages en afvejning, før der træffes en diagnostisk og behandlingsmæssig beslutning. Uden at gå ind i artiklens mere tekniske detaljer skal vi blot bemærke, at konklusionen er bekræftet i andre undersøgelser (5), og at de anvendte beslutningsalgoritmer afspejler de beslutningsprocesser, som tandlæger almindeligvis anvender i daglig klinisk praksis.

Litteratur

1. Nyvad B. Kommentar: Har Landstamtandlægenævnet ret? Tandlægebladet 2014;118:146.
2. Marinho VCC, Higgins JPT, Logon S et al. Fluoride toothpastes for preventing caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2003;1:CD002278
3. Machiulskiene V, Nyvad B, Baelum V. Comparison of diagnostic yields of clinical and radiographic caries examinations in children of different age. Eur J Paediatr Dent 2004;3:157-62.
4. Baelum V, Hintze H, Wenzel A et al. Implications of caries diagnostic strategies for clinical management decisions. Community Dent Oral Epidemiol 2012;40:257-66.
5. Pereira AC, Eggertson H, Martinéz-Mier EA et al. Validity of caries detection on occlusal surfaces and treatment decisions based on results from multiple caries-detection methods. Eur J Oral Sci 2009;117:51-7.

Bundsolid
Professionel
Personlig

Husk, vi er tandlægernes bank



Helle Kvist Ilskjær
Erhvervsdirektør



Kristian Ebdrup
Erhvervs-kundechef

Vil du videre, så ring til os på **3378 2388** og aftal et møde. Du kan også læse mere om Lån & Spar Erhverv og vores fokusområder på www.lsb.dk

lån & spar

din personlige bank

Lån & Spar Bank A/S, Højbro Plads 9-11, 1200 København K, Cvr.nr. 13 53 85 30