

proximal caries in the primary dentition. *J Clin Pediatr Dent* 1997; 22: 59-62.

11. Wang NJ, Berger B, Ellingsen BH. Clinical judgement as a basis for choice of recall interval in child dental care? *Community Dent Health* 1998; 15: 252-5.
12. Wang NJ, Riordan PJ. Recall intervals, dental hygienists and quality in child dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23: 8-14.
13. Wang NJ, Holst D. Individualizing recall intervals in child dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23: 1-7.
14. Wang NJ. Productivity in dental care for children. Factors influencing the time spent delivering dental care. *Community Dent Health* 1994; 11: 227-32.
15. Wang N, Marstrander P, Holst D, Øvrum L, Dahle T. Extending recall intervals – effect on resource consumption and dental health. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20: 122-4.
16. Nikiforuk G. Optimal recall intervals in child dental care. *J Can Dent Assoc* 1997; 63: 618-24.
17. Hintze H. Caries behaviour in Danish teenagers: a longitudinal radiographic study. *Int J Paediatr Dent* 1997; 7: 227-34.
18. Sundhedsstyrelsen. Bekendtgørelse om dentalrøntgenanlæg til intraorale optagelser med spændinger til og med 70 kV. Bekendtgørelse nr. 209 af 6. april 1999.
19. Antoft P. Undersøgelsesintervaller i dansk kommunal børne- og ungdomstandpleje. *Tandlægernes Tidsskr* 2000; 15: 8-13.

## Forfatter

Lars Krumholt, overtandlæge

Svendborg Kommunale Tandpleje

### Spørgeskemaundersøgelse om rodstifter:

#### Svigt af stiftretinerede restaureringer

Sidste sommer sendte vi fem spørgeskemaer ud til alle klinikker med opfordring til at udfylde et skema når/hvis man kom ud for en rodstift der var løsnet eller fraktureret, eller en stifttand der var fraktureret.

Vi takker for de mange spørgeskemaer vi har modtaget indtil nu, men ...

Vi har brug for mange flere udfyldte skemaer, og undersøgelsen fortsætter i to år endnu.

Vi håber derfor du vil tage dig tid til at udfylde et spørgeskema næste gang uheldet er ude for en stiftretineret restaurering.

Har du brug for flere spørgeskemaer, eller har du spørgsmål, kontakt:

Anne Peutzfeldt

Telefon: 35 32 65 83

E-mail: apz@odont.ku.dk

Afdeling for Dentalmaterialer, Tandlægeskolen,

Nørre Allé 20, 2200 København N

Alireza Sahafi

Anne Peutzfeldt

Erik Asmussen

Tandlæge

Lektor, dr.odont.

Professor, dr.odont.

## Om kraniosakral medicin

Gennemlæsning af mødereferatet fra kursus i kraniosakral medicin i *Tandlægebladet* 2001 nr. 11 kan nemt efterlade læseren med to hovedindtryk: 1) traditionelle behandlingstilbud kan ikke hjælpe »bidfunktionspatienter«, og 2) kraniosakral medicin »virker«. Det er min opfattelse at begge punkter har behov for en kritisk vurdering, før vi går ud og varmt anbefaler kraniosakral medicin til vores smertepatienter.

For det første er det ikke klart hvad der menes med »bidfunktionspatienter«. Er det patienter med kroniske smerter i kæbemuskulaturen? Eller en akut displaceret discus i kæbledet efter traume? Eller lidt krepitation? Eller en ændret okklusionsforfølelse? Selvom betegnelsen »bidfunktionspatienter« ofte har været anvendt som en samlet beskrivelse af en række forskellige symptomer, herunder smerter, fra den kraniofaciale region, må vi i dag søge at være mere nøjagtige og angive hvilke diagnoser der tales om. Til dette formål er der udviklet et internationalt klassifikationsskema (1) med tre simple hovedgrupper: (a) myofaciale smerter, (b) discusforskydninger samt (c) ledsmerter, osteoarthritis og osteoarthritis som også tidligere har været beskrevet i *Tandlægebladet* (2).

Tilsvarende kan man argumentere at »kronisk hovedpine« er et meget vidt og upræcist begreb. Denne unøjagtighed ville måske ikke gøre noget hvis der ikke eksisterede differentierede behandlingstilbud til patienter med smerter i den kraniofaciale region, men det gør der faktisk (se fx 3-5). Det er derfor ikke klart for mig hvilke patienter vi eventuelt skulle henvise til kraniosakral medicin.

Det næste spørgsmål er så hvor godt kraniosakral medicin egentlig virker? Det fastslås tre gange i referatet »at det virker«, og at der er tale om en årsagsbehandling. Dette må siges at være uden hold i virkelighedens verden, idet der til dato ikke er fremført videnskabelig dokumentation for virkningsmekanismen ved kraniosakral medicin. En systematisk gennemgang af litteraturen viste derimod for nylig at der var utilstrækkelig evidens til i det hele taget at støtte brugen af kraniosakral medicin (6). Dvs. at når man systematisk og uden forudindtaget (bias) gør effekten af behandling op og evt. tager højde for spontan remission eller sammenligner med standardbehandlinger, så er der i dag ikke noget sikkert belæg for virkningen af kraniosakral medicin!

Det er også interessant at bemærke vanskeligheden ved at dokumentere selve forekomsten af »mikrobevægelser« selv for trænedede kraniosakrale terapeuter med masser af »Fingerspitzgefühl«. Der er således ingen sammenhæng mellem re-

sultaterne når den såkaldte kraniale rytmiske impuls registreres af to forskellige terapeuter (7). Man kan selvfølgelig spørge ligesom referenterne gør, hvorfor er det så vigtigt med dokumentation når kraniosakral medicin tilsyneladende »virker« på den enkelte patient? Jeg mener at dette er et spørgsmål om faglig etik. På patientens vegne er jeg naturligvis altid glad for en smertelindrende effekt, men vores uddannelse som sundhedspersonel forventer også at vi kan bygge vores anbefalinger og behandlinger på nøgtern faglig viden – ellers mister vi troværdighed. Når faglig evidens ganske enkelt ikke er til stede, har patienten krav på at blive informeret om dette, de eventuelle bivirkninger og de økonomiske aspekter taget i betragtning.

På denne baggrund vil jeg derfor tage afstand fra referatets holdning til varmt at anbefale kraniosakral medicin til vores »bidfunktionspatienter«.

### Litteratur

1. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord* 1992; 6: 301-55.
2. De Laat A. New perspectives on painful temporomandibular disorders. *Tandlægebladet* 1998; 102: 574-9.
3. List T, Tegelberg Å, Lundeberg T, Ohrbach R, editors. Smärtlindring i ansikte och huvud ur bettfysiologiskt perspektiv. Stockholm; Gothia; 1999.
4. Lund JP, Lavigne GJ, Dubner R, Sessle BJ, editors. Orofacial pain: From basic science to clinical management. Chicago: Quintessence; 2001.
5. Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KM, editors. The headaches. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
6. Green C, Martin CW, Bassett K, Kazanjian A. A systematic review of craniosacral therapy: biological plausibility, assessment reliability and clinical effectiveness. *Complement Ther Med* 1999; 7: 201-7.
7. Moran RW, Gibbons P. Intraexaminer og interexaminer reliability for palpation of the cranial rhythmic impulse at the head and sacrum. *J Manipulative Physiol Ther* 2001; 24: 183-90.

*Peter Svensson, professor, lic. et dr. odont.*

Afdeling for Klinisk Oral Fysiologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet

Vi er bestemt ikke uvidende om hverken de internationale klassifikationer af bidfunktions- og hovedpinegrupperne og dertil hørende behandlingstilbud.

Skal man meget overordnet svare på hvilke patienter der evt. skulle henvises, måtte det være patienter med oplysninger om forudgående kranietraumer (opstået efter traumer, operative indgreb eller tandekstraktioner) som på trods af sufficient behandling i sundhedssystemet alligevel har gener i form af kroniske eller ofte tilbagevendende smerter.

Omkring vores faglige etik behøver det vel ikke være sådan at man ikke må fortælle om nogle gode positive oplevelser – som har hjulpet mange patienter – hvis man ikke har lavet en videnskabelig undersøgelse/artikel om emnet. Hvis man aldrig fortæller hinanden om hvad man har erfaret, så stopper megen givtig interaktion os kolleger imellem. Desuden er det klart at der skal dokumenterende studier til, hvilket først kan ske når teknikken er blevet indøvet i tilstrækkeligt omfang.

Med venlig hilsen

*Bent Rasmussen, Elisabeth Højensgaard og Susanne Rames*

### Svar

Først må vi beklage hvis referatet har givet anledning til det hovedindtryk at traditionel bidfunktionsbehandling ikke hjælper. Det var bestemt ikke tilsigtet – tværtimod! Vi skulle nok efter »patienter med bidfunktionssymptomer« have tilføjet »som ikke har kunnet hjælpes med de traditionelle behandlingstilbud«. Det beklager vi, for det havde forhåbentlig hjulpet på forståelsen.