

Kommentarer til artiklen: Nyvad B, Dige I, Richards A, Schlafer S. Carieskontrol i tandlægepraksis. Tandlægebladet 2015;119:836-47.

Kim R. Ekstrand, lektor, ph.d., Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Kære forfattere

Jeg har med interesse læst ovennævnte artikel, som har mange gode holdninger og fif til tandlæger og tandplejere i deres daglige gøren og laden med deres patienter. Dejligt at se, at I foreslår diagnoser på latin, hvilket har været tradition i mange år på Tandlægeskolen i København. Et enkelt forståelsesproblem: 2 % NaF-behandling på aktive læsioner er i Fig. 4 angivet at være på patientniveau og ikke på fladeniveau – er det korrekt?

Min anke med artiklen er dog på området røntgenbilleder til registrering af caries. I nævner på side 840, højre spalte midt på siden, at røntgenbilleder ikke direkte anvendes til at stille diagnoser, hvilket jeg er enig i. Man kan ikke på et røntgenbillede alene se, om læsionen er aktiv eller standset. Men jævnfør de nye krav til korrekt journalføring skal sygdom på røntgenbilleder jo beskrives, og jeg kan ikke se, at dette krav efterleves i jeres artikel. Eksempelvis hvis et (caries) radiolucent område identificeres på 6+ mesialt, og det ikke kan identificeres klinisk, registrerer I det så ikke?

I øvrigt er det en nem metode, når (caries)radiolucens observeres approksimant på kæde den sammen med tilstedeværelse af inflammation i den nærliggende gingiva. Bløder gingiva ved forsigtig sondering, så er der stor sandsynlighed for, at læsionen er aktiv, og bløder gingiva ikke ved forsigtig sondering, så er der stor sandsynlighed for, at læsionen er standset (1). Så på ovennævnte læsion på 6+ mesialt, er der blødning ved forsigtig sondering, så vil diagnosen højst sandsynlig være aktiv caries i et superficielt stadie (Caries progressiva superficialis, CS), og det vil efter min mening nærme sig en kunstfejl ikke at behandle denne læsion, selv under hensyntagen til falsk positive observationer, med instruktion i tandtråd og lokal applikation af fluorid (2 % NaF/Duraphatlak).

1. Ekstrand KR, Bruun G, Bruun M. Plaque and gingival status as indicators for caries progression on approximal surfaces. *Caries Res* 1998;32:41-5.

Ann Wenzel, professor, dr.odont., ph.d. og Sektion for Oral Radiologi, Institut for Odontologi, Health, Aarhus Universitet

Kære forfattere

På Sektionen for Oral Radiologi, AU, har vi med interesse læst jeres gode og informative artikel og hæftet os ved beskrivelsen af de diagnostiske processer. De kliniske cariesdiagnoser er velbeskrevet; men vi er ikke enige i ordlyden i artiklen på side 840, højre spalte midt på siden: "Der stilles ikke cariesdiagnoser på baggrund af røntgenbilleder ...", hvis denne sætning skal tages bogstaveligt.

Vi er enige i, at man naturligvis ikke på en enkelt røntgenoptagelse kan vurdere, om en carieslæsion er aktiv eller inaktiv, kaviteret eller intakt i overfladen (kun når læsionen er dyb i dentin, kan man med rimelighed antage, at den er kaviteret, som det også anføres side 843, anden spalte). Derfor bestemmer røntgendiagnosen udelukkende dybden af læsionen. Vi er også enige i, at en samlet klinisk og radiologisk vurdering af en læsion bør udmøntes i en (samlet) diagnose for tanden. Der er dog tilfælde, hvor der i overensstemmelse med korrekt journalføring bør anføres en separat radiologisk cariesdiagnose. Den radiologiske diagnose kan anføres på dansk eller latin, som fx Caries dentalis enameli eller Caries dentalis dentini superficialis ("superficialis" anvendes på Tandlægeskolen i Aarhus for en læsion, der er <1/3 inde i dentinen).

Det er velkendt for de fleste klinikere, at der kan være flader, specielt approksimant, hvor en læsion, der ses radiologisk, ikke kan identificeres klinisk. Et manglende klinisk overblik over tandfladerne kan være en af indikationerne for at foretage røntgenundersøgelsen. Hvor en læsion er identificeret radiologisk, bør røntgendiagnosen fremgå af journalen, jf. krav til korrekt journalføring (Røntgen-ydelsen omfatter if. den nye overenskomst: optagelse, fremkaldelse, diagnose, journalføring af fundene, arkivering af det brugbare røntgenbillede/bite-wing).

I et andet tilfælde kan der være foretaget en røntgenundersøgelse i andet diagnostisk øjemed, fx vurdering af visdomstændernes lejring på et panoramabillede. Panoramabilledet skal, som alle røntgenbilleder, tolkes i sin helhed. En carieslæsion observeret på billedet skal diagnosticeres og journalføres, uanset at optagelsen er foretaget af anden årsag (og patienten er ude af stolen). Dette har været påpeget i flere tilfælde i forbindelse med Sundhedsstyrelsens tilsyn med journalføring hos tandlæger. Forhåbentlig kan fundet af en carieslæsion på eksempelvis et panoramabillede senere verificeres klinisk.

For ”radiologer” og andre, som tolker og beskriver røntgenoptagelser uden at have set patienten, er det et ufravigeligt krav, at vi beskriver alle patologiske/anomale forhold. Dette punkt aktualiseres af Sundhedsstyrelsens skrivelse fra januar i år, hvor kravene til beskrivelse af røntgenbilledet er skærpet til den, der foretager en røntgenundersøgelse for en henvisende kollega: ”Hvilke pligter følger med, når en røntgenoptagelse foretages for en anden klinik?”

Det er desuden vores holdning, at diagnosen ”radiolucens” i tandfladen er en unuanceret betegnelse for en læsion, der med stor sandsynlighed er en cariøst betinget demineralisering. Ca. halvdelen af en intraoral optagelse består af radiolucente områder, og det vil være fattigt eksempelvis at diagnosticere en apikal parodontitis som et ”radiolucens område omkring apex”. Radiolucens/radiopacitet kan anvendes, hvis man i prosa beskriver udseendet af fund i billedet, men den endelige røntgendiagnose bør vise, at man ved, hvad ”radiolucensen” er betinget af. Den radiologisk baserede diagnose kan angives som fx R.D. //Caries dentalis dentini superficialis +6//.

Vi lærer selvfølgelig de studerende, at der for alle radiologiske fund skal overvejes differentialdiagnoser. Den radiologiske diagnose alene vil i de fleste tilfælde ikke være bestemmende for behandlingsvalget.

Supplerende kommentar

Ann Wenzel, professor, dr.odont., ph.d., Institut for Odontologi, Health, Aarhus Universitet

Jeg går bestemt ikke ind for rutinemæssig røntgenundersøgelse, men jeg må opponere mod sætningen på side 846: ”Et yderligere argument mod rutinemæssige røntgenoptagelser som supplement til klinisk undersøgelse er, at denne praksis øger risikoen for forkerte behandlingsbeslutninger (26)”.

Dette kan ikke afledes af den artikel, som der refereres til (reference 26). I den undersøgelse blev der sat et SIMULERET scenarie, hvor resultatet var: HVIS en tandlæge borer i læsioner, der radiologisk fremtræder i den yderste del af dentinen, SÅ vil behandlingsbeslutningen taget på grundlag af bite-wing-billedet være mindre korrekt end beslutningen taget på grundlag af den kliniske undersøgelse (facitlisten var, at det er korrekt at bore i en kaviteret flade, og ikke i en ikke-kaviteret flade). Der blev ikke foretaget nogen behandlingsbeslutning i denne undersøgelse; det var udelukkende en TÆNK situation! Undersøgelsen kan således ikke tages til indtægt for udsagnet, at antal eller hyppighed af røntgenoptagelser giver anledning til øget risiko for forkerte behandlingsvalg. Den kan intet sige om risiko, når det ikke er kendt, hvorvidt en tandlæge faktisk ville bore i dentinlæsionen.

Undersøgelsen viste, som flere før den, at ikke alle radiologiske dentinlæsioner er kaviterede, og at man derfor ikke i disse tilfælde skal tage beslutning om fyldning udelukkende på det radiologiske udseende, noget som de fleste danske tandlæger er velinformerede om.

KUN PÅ HEJCO.DK

20%

rabat på udvalgte varer
på Hejco webshoppen

Rabatten er gældende t.o.m. den 21. december 2015

HEJCO®

hejco.dk

Blangstedgårdsvej 66, 5220 Odense SØ
Tlf.: 3537 7700 • info@hejco.dk • www.hejco.dk

ARBEJDSTØJ FRA HEJCO ER SKRÆDDERSYET TIL DIG OG DIT ARBEJDE