Afwachten versus behandelen

Wat zijn de gevolgen van afwachten? Zoals op de afbeeldingen 1 t/m 5 te zien is hebben we hier te maken met een in aanleg zeer dunne laag glazuur. De elementen zijn daardoor erg gevoelig voor koud en warm. Het risico op cariës is bij amelogenesis imperfecta groter omdat een ontkalking sneller dan bij normaal aangelegde elementen de glazuur-dentinegrens zal bereiken. Tevens zal er door slijtage en/of erosie snel sprake zijn van dentine-expositie waardoor de slijtage van de tandkroon versneld verder zal gaan.

Door de ‘mesial drift’ van de elementen zullen de interdentale ruimten afnemen met als gevolg dat de radices erg dicht op elkaar komen te staan. Dit heet ‘root proximity’. Het nadeel daarvan is dat dit interdentale slecht te reinigen is en dat parodontale afbraak 3,6-maal hoger is dan normaal. Dit kan dus tot vroegtijdig verlies van deze elementen leiden (afbeelding 6a-b).

Bij herstel op latere leeftijd met kronen zal daarvoor een hoge biologische prijs betaald moeten worden, want naast de dichtgelopen interdentale ruimten zullen we in het molaargebied ook occlusaal ruimte missen. Ook occlusaal is immers minder glazuur aanwezig op de dragende knobbel (afbeelding 7). Dit betekent dat er van het toch al schaarse tandmateriaal onnodig veel verwijderd moet worden, met daardoor een groter risico op endodontologische complicaties.

Afgezien van tandheelkundige problemen moet ook het sociaal-emotionele aspect niet onderschat worden. Kinderen met amelogenesis imperfecta voelen zich onzeker over hun gebit en worden vaker gepest vanwege hun afwijkende bruine tanden (afbeelding 8). Daarnaast wil de motivatie om het gebit goed te blijven verzorgen daardoor ook nog wel eens te wensen overlaten. Verfraaiing van de esthetiek kan net dat duwtje in de rug geven om het gebit beter schoon te houden (afbeelding 9a-d).

Wanneer behandelen?

De patiënt van onze casus bevindt zich in zijn tweede wisselfase. Op de zijdelingse opnamen is te zien dat de eerste blijvende molaren niet in een neutro-occlusie staan. Aan de rechterzijde is sprake van 1 premolaarbreedte disto-occlusie,
Afb. 1-5 Zoals te zien is hebben we hier te maken met een in aanleg zeer dunne laag glazuur en een gebit dat zich in de tweede wisselfase bevindt.

Afb. 6a-6b Op deze bitewings is de 'root proximity' goed zichtbaar. De elementen staan dicht op elkaar en interdentaal is er weinig bot.

Afb. 7a-7b Occlusaal is er nauwelijks sprake van enige anatomische vormgeving. Deze is onder invloed van occlusie en articulatie vrijwel verdwenen.
Afb. 8 De bruine kleur van tanden met amelogenesis imperfecta leidt vaak tot plagen of pesten op school.

Afb. 9a-d Vroegtijdig behandelen en verfraaien van de esthetiek heeft een zichtbaar effect op het welbevinden van jonge patiëntjes.

Afb. 10-12 Meisje van 10 jaar met amelogenesis imperfecta en een mesiorelatie in het front.
aan de linkerzijde 0,5. Toch lijkt er in het front sprake van een normale frontrelatie. Dit is echter schijn!

Omdat onze patiënt nagenoeg de volledige dikte van zijn glazuurkap mist, is hier sprake van een te lage beet. Zoals iedereen die uitgebreide slijtagebehandelingen uitvoert weet, draait de onderkaak naar distaal als de beet verhoogd wordt. Herstel van de anatomie bij onze patiënt zal derhalve betekenen dat er een gerede kans is dat ook in het front een distorelatie zal ontstaan. Om dit te illustreren tonen we op de afbeeldingen 10-12 mondfoto’s van een 10-jarig meisje met amelogenesis imperfecta en een mesiorelatie in het front. Na herstel van de anatomie in composiet en de daarmee gepaardgaande beetverhoging is een normale frontrelatie ontstaan (afbeelding 13). Wanneer op haar twaalfde ook de anatomie van de overige blijvende elementen hersteld wordt, hebben we een situatie bereikt waarbij een normale ontwikkeling van het dento-alveolaire complex kan plaatsvinden. Uiteindelijk was daardoor een orthodontische behandeling niet nodig (afbeelding 14-16).

Tijdig restauratief behandelen kan dus een orthodontische behandeling voorkomen. Bij deze patiënten komt een open beet vaak voor. Deze verergert door het verhogen van de beet als beoogd wordt de occlusale anatomie te herstellen. Soms herstelt deze zich spontaan wanneer de lippen weer actief worden na het afleren van de slikgewoonte en logopedische training in het sluiten van de mond.

**Parodontale aspecten**

Patiënten met amelogenesis imperfecta hebben dus vaak een orthodontische behandeling nodig. Om deze makkelijker en meer voorspelbaar te maken is herstel van de anatomie voorafgaand aan de beugelbehandeling erg prettig voor de orthodontist. Nadeel bij kinderen op deze leeftijd is dat de passieve eruptie nog bij lange na niet voltooid is. Aangezien we maar één keer voorspelbaar kunnen opbouwen met zicht op de aanwezige dentinekern, moeten we de passieve eruptie versnellen door middel van een kroonverlengingsschering. Dit is voor een kind op deze leeftijd een redelijk heftige ingreep. De winst op het sociaal-emotionele vlak is echter groot. De kroonverlengingsoperatie wordt bij voorkeur uitgevoerd door de parodontoloog, omdat het om een moeilijke ingreep gaat en omdat de glazuur-dentinegrens bij patiënten met deze aandoening vaak lastig te zien is (afbeelding 17-20). Ervaring is dus vereist en in het belang van de patiënt moet de ingreep niet onnodig lang duren.

Na de kroonverlengingsoperatie wordt onder rubberdam de anatomie hersteld, waarbij de linguale zijde eerst gedaan wordt na de occlusale anatomie te herstellen. Soms herstelt deze zich spontaan wanneer de lippen weer actief worden na het afleren van de slikgewoonte en logopedische training in het sluiten van de mond.
tour van het onderliggend element als referentie. Vervolgens kan onder een nieuwe rubberdam de buccale zijde vormgegeven worden met de nieuwe linguale contour als referentie (afbeelding 21-24).

Behandeling van deze patiënten moet in onze optiek in teamverband plaatsvinden, waarbij parodontoloog, orthodontist, restauratief tandarts en in geval van open beten ook de logopedist zeer nauw samenwerken. Intensieve samenwerking is veel belangrijker dan de vraag of de behandeling al dan niet in een centrum voor bijzondere tandheelkunde moet plaatsvinden. Uiteraard moet binnen een CBT deze expertise en interdisciplinaire samenwerking ook aanwezig zijn om optimale zorg te kunnen bieden.

Verwijs deze patiënten bij voorkeur eerder dan op 12-jarige leeftijd. Liever zien we deze kinderen rond een jaar of 8-9 zodat we meer tijd hebben om de patiënt aan ons te laten wennen in verband met de vele behandelingen die vaak nog gaan volgen. We kunnen ze dan daarop beter voorbereiden en worden minder snel overvallen door nieuw doorgebroken elementen die binnen afzienbare tijd hersteld moeten worden. In het geval van een open beet zullen we nogal eens een logo-

**Afb. 17** Open beet bij een 9-jarige jongen.

**Afb. 18** De beet na een jaar logopedie zonder verdere tandheelkundige behandeling.

**Afb. 19-20** Kroonverlengingsoperatie om de passieve eruptie te versnellen.

**Afb. 21** Opbouw van de linguale zijde na verwijdering rubberdam.

**Afb. 22** De linguale zijde afgewerkt met de niet opgebouwde buccale contour als referentie.

**Afb. 23** Opgebouwd onderfront na verwijdering van de tweede rubberdam.

**Afb. 24** Buccale zijde afgewerkt op geleide van de linguale contour.
pedische behandeling moeten indiceren om een interdentale slik af te leren. Als dit lukt blijkt dat de open beet zich vanzelf kan sluiten.

**Gevecht tegen de klok**

Zelfs wanneer kinderen tijdig worden behandeld is er geen zekerheid dat alle elementen behouden kunnen blijven. De patiënt van afbeelding 8 is om psychosociale reden op 5-jarige leeftijd verwezen. Composietrestauraties werden gemaakt zodra dit mogelijk was. Zeven jaar later is de mondhygiëne zodanig verslapt dat de orthodontist de gewenste behandeling om de open beet te sluiten niet is gestart. Er blijft dus een zeer ongunstige curve bestaan (afbeelding 25a, c en d). Tien jaar na de verwijzing zijn de tweede molaren carieus en kunnen niet behouden blijven (afbeelding 25b). Twee jaar later, de patiënt is dan dus 17 jaar, wordt een aanvraag ingediend om de premolaren en molaren van kronen te voorzien, omdat microlekkage van de composiet door de matige hechting aan inferior glazuur niet te stoppen blijkt.

**Aanspraak en kostenaspect**

Een gegeven is dat deze behandelingen veel tijd kosten en waarbij voor het herstel van de anatomie rekening gehouden moet worden met een uur behandeltijd per element. Helaas is er voor de tandarts-algemeen-practicus binnen de UPT-structuur geen kostendekkerende code voor dergelijke behandelingen en wordt het al snel ‘bij elkaar sprokkelen van codes’, waarbij het sommige verzekerders een zorg zal zijn hoe deze patiënten behandeld zouden moeten worden. VGZ en CZ en hun verzekeringsklonen (UVIT) vinden het bijvoorbeeld nodig om het aantal malen dat rubberdam aangelegd mag worden te maximeren tot 6 en zetten V94-codes om naar V93, waar de prestatie eigenlijk 2 × V93 is. Bovendien betreft het gemachtigde de zorg en dient er derhalve een machtiging aangevraagd te worden die door deze ‘zorg’verzekeraars per definitie afgewezen wordt. De reden wordt nooit uitgelegd en de advi-zerende tandarts is niet bereikbaar. Zo krijgt de wettelijk vastgelegde basisverzekering wel een zeer eigen invulling en de NZA, de waakhond die hierop zou moeten toezien of reageren, slaapt een rustige slaap. Het begrip ‘aangeboren afwijking’ wordt ook nogal eens als niet ernstig genoeg omschreven. Het ontbreekt dus helaas aan concensus en ‘supervised neglect’ ligt op de loer wanneer van zorgverzekeraar wordt gewisseld. Er wordt verwacht dat wij tandartsen adequate zorgkeuzes maken. Zo niet dan ligt de bal bij ons. Aanvragen dus of tijdig doorsturen!!

Sommige patiënten haken gedesillusioneerd af. Dat kán toch niet de bedoeling van zorgverzekeraars zijn? Maar het is voor ons al niet te volgen en dus ook niet uit te leggen aan onze patiënten. Zorgplicht laten uitvoeren door schadeverzekeringsmaatschappijen is vragen om moeilijkheden en kost de behandelaar onnodig veel tijd om de tandheelkunde naar beste eer en geweten uit te voeren. Gelukkig maken de brede lach van onze behandelde patiënten en hun toegenomen zelfvertrouwen deze behandelingen meer dan de moeite waard.

Onze dank gaat uit naar Giles de Quincey, parodontoloog, voor zijn heldere exposé over ‘root proximity’ en naar Marike Vriesema (CBT-Zwolle) voor de literatuur over de psychosociale effecten van amelogenesis imperfecta bij jonge kinderen. Wij zijn alle orthodontisten die zich bekomen om deze groep patiënten zeer dankbaar, alsmede de advise rend tandartsen van zorgverzekeraars die zich ook voor hen inzetten.