

Tasten in het duister: niet gehoorde pijnklachten 2

Bij een zeer ernstig verstandelijk beperkte doofblinde man was het ondanks farmacologische ondersteuning nog altijd zeer moeilijk om tandheelkundige controles, diagnostiek en behandeling uit te voeren. Pijnklachten kan de man niet aangeven. Vanwege geconstateerde cariës en tandsteen werd hij onder algehele anesthesie behandeld. Tijdens deze behandeling bleek hij ook nog ernstige parodontale en periapicale problematiek te hebben. De wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt was tijdens de behandeling niet bereikbaar voor overleg over wijziging van het vooraf opgestelde behandelplan. Hierdoor werd het tandheelkundig behandelteam voor een dilemma geplaatst. Deze casus werd gepresenteerd op 17 maart 2017 tijdens het congres 'Uit de kunst', dat door de Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheidszorg voor Gehandicapten (VBGG) werd georganiseerd. In dit tweede deel van de casus wordt de uiteindelijke behandeling besproken, beschouwd en bediscussieerd.

D.J.F. Lambregts-van Marrewijk. Tasten in het duister: niet gehoorde pijnklachten 2
Ned Tijdschr Tandheelkd 2017; 124: 177-179
doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2017.04.17109>

Inleiding

Het gegeven van deze casus is reeds met bijbehorend fotomateriaal gepubliceerd in de editie van maart 2017 (Lambregts-van Marrewijk, 2017). Het betreft een casus van een 54-jarige doofblinde man met een ernstige verstandelijke beperking. Pijn kan hij niet goed aangeven. Hij is bekend met rumineren en automutileren.

In juli 2016 werd aan de wettelijk vertegenwoordiger voorgesteld een behandeling onder algehele anesthesie te laten plaatsvinden. Hierbij zou gebitselement 37 worden geëxtraheerd en tevens zou dan uitgebreide gebitsreiniging en verder mondonderzoek en röntgendiagnostiek plaatsvinden. De wettelijk vertegenwoordiger stemde hiermee in door middel van het ondertekenen van het preoperatief informed consent-formulier.

Onder algehele anesthesie werd mondonderzoek uitgevoerd, een röntgenstatus gemaakt en er werd een pocketstatus opgenomen (Lambregts-van Marrewijk, 2017). Naar aanleiding van de nieuwe diagnoses wilde de behandelend tandarts aan de wettelijk vertegenwoordiger voorstellen gebitselementen 16, 31 en 41 te extraheren en ook tandboogverkorting van gebitselement 15 tot en met 26 en van 36 tot en met 46 te overwegen. Dit laatste in verband met de parodontale conditie, de moeilijkheden die de begeleiding van de patiënt dagelijks ondervindt bij de mondverzorging van de patiënt, de moeilijkheden bij het uitvoeren van een goede tandheelkundige inspectie en het feit dat de patiënt niet duidelijk pijn kan aangeven. Bovendien zou voor behandelingen in de toekomst ook weer algehele anesthesie noodzakelijk zijn, wat belastend is voor de patiënt.

Leermoment

Bij mensen met een verstandelijke beperking bij wie door een slechte coöperatie geen goed mondonderzoek mogelijk is, is het soms noodzakelijk om verdere diagnostiek en behandeling onder algehele anesthesie uit te voeren. Tijdens die behandeling kan uit de verdere diagnostiek ad hoc de noodzaak ontstaan een vooraf opgesteld voorlopig behandelplan te wijzigen. Hiervoor is het noodzakelijk dat overleg met de wettelijk vertegenwoordiger direct op het moment van de behandeling onder algehele anesthesie kan plaatsvinden.

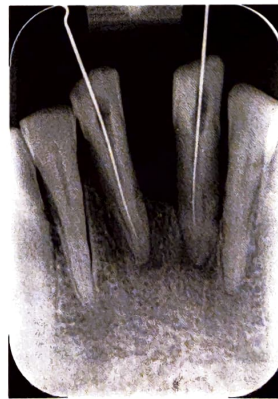
Er werd gedurende de behandelsessie meerdere malen geprobeerd om telefonisch contact te krijgen met de wettelijk vertegenwoordiger (broer van patiënt) om de diagnose en een aangepast behandelvoorstel te bespreken. Helaas was de wettelijk vertegenwoordiger niet bereikbaar. Dit plaatste het tandheelkundig behandelteam voor een dilemma.

Deze casus werd gepresenteerd op 17 maart 2017 tijdens het congres 'Uit de kunst', dat door de Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheidszorg voor Gehandicapten (VBGG) werd georganiseerd. In dit tweede deel van de casus wordt de uiteindelijke behandeling besproken, beschouwd en bediscussieerd.

Behandeling

Aangezien overleg met de wettelijk vertegenwoordiger niet lukte gedurende de behandelsessie onder algehele anesthesie, was er geen informed consent voor uitvoering van een ingrijpend gewijzigd behandelplan. Er werd besloten tijdens deze behandelsessie gebitselementen 31 en 41 endodontisch te openen in verband met mogelijke pijnklachten ten

gevolge van de periapicale ontstekingen. Na extirpatie en uitgebreide irrigatie met natriumhypochloriet werden deze gebitselementen met een noodrestauratie afgesloten. Beide bleken een isthmus te hebben en uit te lopen in een tweede wortelkanaal dat in dezelfde sessie niet geopend kon worden vanwege moeilijke toegankelijkheid van de tweede kanalen in combinatie met tijdsgebrek (afb. 1). De prognose voor deze gebitselementen was daardoor slecht te noemen.



Afb. 1. Gebitselementen 31 en 41 hebben een periapicale ontsteking, een afsplitsing in een tweede wortelkanaal en gevorderd parodontaal aanhechtingsverlies.

men, zowel vanuit parodontaal als endodontisch oogpunt. Verder werd volgens het vooraf opgestelde behandelplan extractie van gebitselement 37 uitgevoerd en werd uitgebreide gebitsreiniging uitgevoerd. Tevens werd het carieuze gebitselement 44 gerestaureerd. Wegens tijdgebrek was het carieuze gebitselement 34 niet gerestaureerd. Aangezien de patiënt zelf niet duidelijk kan aangeven of er sprake is van pijn en omdat in verband met het geëxtraheerde gebitselement 37 wel pijn werd verwacht, werd met de begeleiding van de patiënt een pijnstillingsbeleid afgesproken voor de eerste week na de behandeling.

Tijdens de behandeling was de noodzaak voor een tweede behandelsessie onder algehele anesthesie ontstaan doordat er niet direct tijdens deze behandelsessie een ingrijpende wijziging van het behandelplan met betrekking tot extracties kon worden besproken en uitgevoerd. In een tweede behandelsessie zou tevens gebitselement 34 nog moeten worden gerestaureerd.

Een week na de eerste behandelsessie kwam de patiënt terug voor nacontrole en met geduld en wat moeite lukte het om bij de patiënt even kort in zijn mond te kijken. De wondgenezing van de extractiealveole was netjes en er was geen sprake van zwelling of fistelvorming ter plaatse van gebitsselementen 31 en 41. Het gedrag van de patiënt bleek na de eerste behandelsessie niet anders dan anders te zijn geweest, dus leek hij volgens zijn begeleiding nauwelijks tot geen last van napijn te hebben gehad.

Met de wettelijk vertegenwoordiger en de begeleiding van de patiënt had inmiddels bespreking van de bevindingen en het behandelvoorstel plaatsgevonden. Naast het advies gebitsselementen 16, 31 en 41 te extraheren en verkorting van de tandboog te overwegen, werd tevens besproken of de patiënt een uitneembare gebitsprothese ter vervanging van de ontbrekende gebitsselementen zou accepteren. Dit werd vanwege patiënt's ernstige verstandelijke beperking onwaarschijnlijk geacht. Bovendien zou de patiënt deze gebitsselementen waarschijnlijk niet echt missen, gezien het feit dat hij in verband met weigering van veel soorten voedsel deze gebitsselementen voor de kauwfunctie waarschijnlijk niet zal missen. Esthetiek speelde voor deze patiënt bovendien geen rol. Een brug of implantaten waren vanwege de parodontale conditie en beperkte mogelijkheden voor mondverzorging niet geïndiceerd. Verder stelde de behandelend tandarts dat in de toekomst vaker tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie nodig zal zijn voor uitgebreide diagnostiek en behandeling.

De wettelijk vertegenwoordiger liet, na overleg met de vader van de patiënt, weten dat zij akkoord gingen met extractie van gebitsselementen 16, 31 en 41 in een tweede behandelsessie onder algehele anesthesie en dat vervaardiging van een frame of partiële plaatprothese niet gewenst was. Verkorting van de tandbogen wilden zij nog niet laten uitvoeren, maar zullen ze in de toekomst wel willen overwegen. Voor de tweede behandelsessie onder algehele anesthesie vonden ze dit nog wat te rigoureuus en ze zouden liever bij volgende behandelingen onder algehele anesthesie eerst herevaluatie van de parodontale condi-

tie laten uitvoeren. In verband met de parodontitis en de moeilijkheden om goede diagnostiek te kunnen uitvoeren werd afgesproken dit eens in de 2 jaar te laten plaatsvinden. Doordat de wettelijk vertegenwoordigers een verkorting van de tandbogen later willen overwegen, zullen bij de tweede behandelsessie onder algehele anesthesie ook nog de carieuze gebitsselementen 34 en 47 moeten worden gerestaureerd.

Er werd door de wettelijke vertegenwoordigers gegaandereerd dat zij tijdens toekomstige behandelingen onder algehele anesthesie hierbij aanwezig of telefonisch bereikbaar zullen zijn voor overleg. De tweede behandelsessie onder algehele anesthesie staat inmiddels gepland.

Beschouwing

Een noodzaak voor een tweede behandelsessie onder algehele anesthesie is ontstaan doordat er niet direct tijdens de hele anesthesie een wijziging van de behandeling onder algehele anesthesie een wijziging van het behandelplan kon worden besproken. Zonder informatie van de wettelijk vertegenwoordiger is een ingrijpende wijziging van een voorlopig behandelplan niet toegestaan, aangezien het een wettelijke verplichting is dat de behandelende tandarts van de patiënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger informatie verstrekt en vraagt om toestemming voor de behandeling (KNMT, 2006; Legemate en Legemate, 2010; Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2010). Dat overleg mogelijk moet zijn, was al wel opgenomen in de informatie van het centrum voor bijzondere tandheelkunde over een behandeling onder algehele anesthesie, maar is nu ook toegevoegd aan het informed consent-formulier dat preoperatief wordt getekend door patiënten of hun wettelijk vertegenwoordiger; met andere woorden, sindsdien tekent de wettelijk vertegenwoordiger ook voor de beschikbaarheid tijdens een behandeling onder algehele anesthesie.

Bij kwetsbare patiëntengroepen zoals mensen met een beperking of ouderen bij wie er sprake is van verminderde zelfzorg en beperkte mogelijkheid om tandheelkundige behandelingen te ondergaan, is behoud van een volledige dentitie vaak niet realistisch. Behoud van een gezonde en functionele dentitie is wel van belang voor de kwaliteit van leven. Het verkorte tandboogconcept kan dan een nuttig uitgangspunt zijn voor het behandelplan, waarbij gebitsselementen met een twijfelachtige prognose worden verwijderd en niet vervangen. Op deze manier worden niet alleen op dat moment gecompliceerde en ondoelmatige curatieve behandelingen vermeden, maar ook behandelingen die in de toekomst wellicht belastend zijn. Daarnaast wordt de uitvoering van effectieve mondverzorging eenvoudiger voor de mantelzorgers, begeleiders en professionele zorgverleners (en in voorkomende gevallen ook voor de patiënt zelf). Een klassieke verkorte tandboog, waarbij alle molaren of vrijwel alle molaren ontbreken, biedt in de meeste gevallen een acceptabele situatie vanuit biologische en functionele aspecten en vanuit mondgezondheidsgerelateerde levenskwaliteit (Gerritsen et al, 2015).

Het gevolg van het besluit van de wettelijke vertegenwoordiger van deze patiënt om nog niet over te gaan tot

tandboogverkorting, is dat er een kortere termijn tussen opeenvolgende - voor de patiënt belastende - tandheelkundige behandelingen onder algehele anesthesie nodig zijn om deze moeilijk schoon te houden en parodontaal zwakke gebitselementen te verzorgen. Iedere behandeling onder algehele anesthesie brengt daarnaast risico's met zich mee, hoe klein de kans hierop ook is (Leroy, 2010).

Of de afname van de begeleiding van de patiënt juist was dat de patiënt waarschijnlijk nauwelijks tot geen napijn heeft gehad na de behandeling onder algehele anesthesie, kan door de patiënt niet zelf worden bevestigd noch ontkend. Mogelijk was er wel sprake van pijn, en was dit ook voor de behandeling al zo, en waren het rumineren, het automutuleren en het weigeren van voedsel hiervan tekenen. Mogelijk zou een verlengde periode van pijnstillingsbeleid een duidelijker beeld geven en kan daarmee pijn als oorzaak voor deze gedragingen worden uitgesloten. Dit wordt door de tandarts met de arts voor gehandicapten (AVG) en de orthopedagoog waar de patiënt onder behandeling is, besproken. Het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) heeft een model ontwikkeld voor de analyse voor probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking. Dit model, dat via de website van CCE (www.cce.nl) beschikbaar is, kan een hulpmiddel zijn bij multidisciplinaire bespreking van dergelijke casus. Pijn in de mond zou in de differentiële diagnose van de AVG moeten staan als er sprake is van zoeken naar somatische oorzaken van probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking (Centrum voor Consultatie en Expertise, 2012).

Literatuur

- * *Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)*. Model voor analyse van probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht: CCE, 2012. <http://www.cce.nl/somatiek/model-voor-analyse-van-probleemgedrag> (geraadpleegd 14 januari 2017)
- * *Gerritsen AE, Witter DJ, Creugers NHJ*. Is het concept van de verkorte tandboog nog van deze tijd? In: Aps JKM et al (red.). Het tandheelkundig jaar 2016. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2015.
- * *Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde*. Praktijkwijzer WGBO in de praktijk. (2006) <https://www.knmt.nl/richtlijnen/praktijkwijzer-wgbo-in-de-praktijk> (geraadpleegd 06-01-2017)
- * *Lambregts-van Marrewijk DJF*. Tasten in het duister: niet gehoorde pijnklachten 1. *Ned Tijdschr Tandheelk* 2017; 124: 130-132.
- * *Legemate DA, Legemaate J*. Het preoperatief informed consent. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010; 154: A2492.
- * *Leroy PLJM*. Procedurele sedatie en/of analgesie bij kinderen: van de schemerzone naar het daglicht. *Praktische Pediatrie* 2010; 3: 186-196.
- * *Ministerie van Veiligheid en Justitie*. Informatieblad Curatele, bewind en mentorschap. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2016. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/curatele-bewind-en-mentorschap/documenten/brochures/2015/04/14/curatele-bewind-en-mentorschap> (geraadpleegd 06-01-2017)

Summary

Groping in the dark: unheard pain 2

For a very severely mentally disabled, deaf and blind man, it was always very difficult to carry out dental check-ups, diagnosis and treatment, even with pharmacologic support. The man cannot communicate pain. When caries and calculus were diagnosed, the man was treated under general anaesthesia. During this treatment session he was also found to have severe periodontal disease and peri-apical problems. The legal representative of the patient was unavailable for consultation on changes to the pre-prepared preliminary treatment plan. This created a dilemma for the dental treatment team. This case study was presented during the conference 'State of the art' on March 17, 2017, that was organised by the Society for the Promotion of Dental Health Care for People with Disabilities (VBTGG). In this second part of the case, the treatment that was ultimately chosen is described, considered and discussed.

Bron

D.J.F. Lambregts-van Marrewijk, tandarts-gehandicaptenzorg

Uit Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde Amaran

Datum van acceptatie: 2 februari 2017

Adres: Centrum Bijzondere Tandheelkunde Amaran, t.a.v. D.J.F. Lambregts-van Marrewijk, Tandarts-Gehandicaptenzorg, Bredaseweg 570, 5036 NB Tilburg
debbyvanmarrewijk@gmail.com