

Palle Holmstrup, Ulla Pallesen, og Søren Schou

Odontologisk æstetik og etik

I nærværende artikel diskuteres æstetiske behandlinger af tandsættet ud fra en etisk synsvinkel, især med fokus på æstetiske behandlings biologiske aspekter og behovet for æstetisk tandbehandling. Der nævnes grundlag for en række valg vedr. æstetisk tandbehandling, og problemer med alderens betydning for behandlingsvalgene berøres.

Forbedring af tandsundheden og økonomisk velfærd med større fokus på det enkelte menneskes udseende har medført betydelig fokusering på æstetiske tandbehandlinger. Den etiske udfordring her er især relateret til følgende to aspekter:

1. Æstetiske behandlinger kan medføre forringelse af tandsundheden, og hvor er grænsen, der tilgodeser såvel biologi som æstetik?
2. Hvor vidt kan tandlægen gå mht. at skabe behov for æstetisk behandling hos den enkelte patient, og hvor langt skal tandlægen følge patientens ønske?

Det er formålet med denne artikel at medvirke til debatten om god behandlingsskik, idet vi er opmærksomme på, at der ikke findes en alment accepteret opfattelse, hvad dette begreb indebærer. Vi vil forsøge at diskutere etik og æstetik ud fra de to spørgsmål, der er stillet ovenfor. Temaet og de relaterede etiske problemstillinger har i øvrigt tidligere været berørt i skandinaviske artikler (1–3).

Forfattere

Palle Holmstrup, professor, dr.odont., odont.dr. (h.c.), ph.d.
Afdeling for Parodontologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Ulla Pallesen, overtandlæge. Afdeling for Tandsygdomslære og Endodonti, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Søren Schou, professor, dr.odont. ph.d. Afdeling for Kæbekirurgi & Oral Patologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet

Biologi og æstetik

Det er oplagt, at der i en lang række af tandlægens behandlingsopgaver indgår behov for at tilgodese æstetiske hensyn. Alle er enige i, at bivirkninger må accepteres i et vist omfang, når der skal udføres nødvendige behandlinger, dvs. behandlinger, der har til formål at forbedre mundsundheden. Ligeledes kan mange være enige i, at behandlinger, der ikke har til formål at forbedre mundsundheden, men udelukkende har æstetiske formål, kun tillader en mindre grad af bivirkninger. I det hele taget kan der spørges: Hvad vil æstetik sige i forbindelse med tænder, og hvor højt skal æstetik prioriteres i forhold til biologi (4)?

I den forbindelse er det vigtigt at gøre sig klart, at behandlinger, hvorved der fjernes tandsubstans, altid indebærer irreversible ændringer af tanden, og herved er der et potentielt behov for reparation og omlavning, hvorved mere og mere tandsubstans kan mistes, ligesom pulpa og gingiva kan blive påvirket i negativ retning. Det ultimative er naturligvis tab af tanden. Dette aspekt adskiller tandlægens behandling fra den almindelige «konsument-situation». Man kan altid købe en ny cykel eller få repareret sin radio uden andet end et økonomisk afsavn. I den situation gælder således den almindelige forbrugersuverænitet, men ved invasive behandlinger kan patienten ikke fortryde og få sit tandsæt tilbage til det oprindelige. Patienten kan ikke overskue de mulige komplikationer, og ofte har vi som tandlæger heller ingen forudsætninger for at

Hovedbudskap

- Invasiv æstetisk behandling kan medføre behov for fremtidig reparation og omlavning.
- Ofte har patient og tandlæge svært ved at overskue fremtidige behov for opfølgende behandling.
- Jo yngre patient, jo mere konservativ tilgang til æstetisk behandling.
- Patientens egne behov – og ikke omgivelsernes – bør styre eventuel æstetisk behandling.

Ubiologisk forslag til behandling af dental fluorose



Figur 1. En 17-årig pige med dental fluorose tilbydes behandling med 28 fuldkeramiske kroner på kosmetisk indikation. Den omfattende behandling indebærer risiko for uoverskuelige umiddelbare og senere komplikationer.

forudsige, hvad der fremover vil kunne forventes af reparation og omlavning hos den enkelte patient (Figur 1). Hvad sker der fx, når patienten bliver ældre, bliver medicineret og spytksekretionen kompromitteres? Hvordan er patientens mulighed for fortsat at opretholde sufficient mundhygiejne i højere alder? Vil patienten fortsat have økonomisk mulighed for at få udført reparation eller omlavning? Forudsætningerne for en given behandling ændres således ofte med alderen. Jo yngre patient, jo længere er perspektivet, og derfor bør der især ved yngre patienter vises størst mulig tilbageholdenhed med invasive behandlinger, en konservativ tilgang er afgørende. Dette understreges yderligere af, at mange kosmetiske tandbehandlinger ikke er undersøgt i langtidsundersøgelser.

Heldigvis tillader materialeudviklingen på fyldningsområdet i tiltagende grad brug af behandlingsmetoder, der begrænser fjernelsen af hårde tandvæv. Behandlinger, der tidligere krævede kroner, facader eller indlæg, kan i dag ofte gennemføres med plastiske fyldningsmaterialer med god æstetik (Figur 2 a og b). Kronefrakturer, der repræsenterer et objektivt nødvendigt behandlingsbehov, kan således ofte behandles med plastrestaureeringer, hvor de kan erstatte keramiske skal- eller fuldkroner. I den forbindelse er det diskutabel

praksis, når der behandles flere incisiver for at opnå æstetisk lighed, selv om kun en enkelt tand er afficeret (5).

Det sker ofte, at patienter henvender sig for at få gennemført blegning af tænder. Når en rødbehandlet tand er blevet mørk, er intern blegning en tandsubstansbevarende behandling, der kan erstatte mere invasive behandlinger med facade eller krone (6–10). Behandlingen af mindre mineraliseringsforstyrrelser med helt overfladiske farveændringer, som fx ved dental fluorose, kan ofte gennemføres med gode resultater ved mikroabrasion af tandemaljen. Mere dybtliggende misfarvninger som følge af mineraliseringsforstyrrelser kan ikke fjernes ved mikroabrasion, da udtalt fjernelse af emalje kan skade tanden. Her kan ekstern blegning ofte med fordel anvendes (Figur 3), men det kan også være nødvendigt at anvende plast eller evt. keramik. Overfladiske misfarvninger som følge af indtrængning af organiske farvestoffer kan ofte fjernes ved ekstern blegning.

Endnu mere vidtgående konsekvenser for tandsundhed og økonomi kan ses som følge af, at der i visse tandlægekredse har bredt sig en praksis, hvor indikationsområdet for implantatbehandling er vokset. Det drejer sig fx om, at tænder med behov for rødbehandling foreslås ekstraheret og erstattet med implantat uden at forsøge rødbehandling, eller tænder med fæstetab, der ekstraheres i stedet for, at der udføres parodontalbehandling. Tilsvarende foreslås ikke sjældent ekstraktion af endodontisk behandlede tænder med persistente apikal parodontitis eller knækket rodfil, uden der forsøges revision eller retrograd rodfyldning. Der kan selvfølgelig være grunde til at erstatte sådanne tænder, men den beskrevne praksis er problematisk. Ud over økonomiske overvejelser er implantatbehandling ikke altid komplikationsfri på længere sigt (11,12). En mere konservativ tilgang synes derfor velbegrunnet. Et yderligere problem er, at implantater undertiden indsættes uden en samlet behandlingsplan for hele tandsættet og forudgående sufficient parodontalbehandling, herunder sikring af, at patienten kan opretholde den for implantatbehandling nødvendige mundhygiejne (Figur 4). Dette skal ses i lyset af, at der er en hyppigere forekomst af periimplantær

Non-invasiv behandling med adhæsiv teknik



Figur 2A og B. I dag er det muligt med adhæsiv teknik at udføre æstetisk tandbehandling med non-invasiv teknik. Billederne viser små laterale incisiver udbygget med plast uden præparation.

vævsnedbrydning, herunder marginalt knogletab, hos patienter med tandtab som følge af marginal parodontitis (13,14).

Den «gode» æstetiske behandling indebærer, at patienten har et reelt behov, og at behandlingen opfylder krav til evidens. Det medfører, at der bør foreligge kliniske undersøgelser, der dokumenterer,

Blegning af tetracyclinmisfarvede tænder



Figur 3. Tetracyclinmisfarvede overkæbetænder er bleget vha. hjemmeblegning i blegeskinne over en periode på to måneder. Med denne behandling kunne der opnås et for patienten tilfredsstillende æstetisk resultat, og kronebehandling kunne undgås eller udsættes.

at behandlingen kan opfylde det foreliggende behov, at holdbarheden af behandlingen er tilfredsstillende, og at mulige bivirkninger er afdækket. Non-invasive behandlinger er klart at foretrække, da hensynet til tandsubstans, pulpa og parodontium derved tilgodeses bedst.

Et andet væsentligt aspekt er, at behandleren må være i stand til at kunne udføre behandlingen, som ofte kan være vanskelig, og der findes ikke metoder, der kan kompensere for en dårlig behandler (Figur 5). Blegning og mikroabrasion er, som tidligere anført, mindre invasive end plastbehandling. Plastbehandling kan dog ofte ske uden præparation af tanden, og herved kan en fortrydelsesret tilgodeses. Samtidig er plast lettere at reparere end keramik. Porcelænsfacader kræver præparation, og derved er der ved fremtidige behandlinger altid behov for en restaurering med øget tab af tandsubstans til følge. Porcelænsfacader er første led i en kronepræparation, men dog mindre invasive end fuldkroner, og hensynet til parodontiet kan ofte tilgodeses ved anbringelse af præparationsgrænsen supragingivalt uden at kompromittere æstetikken (Figur 6) (1).

Patientens ønsker og behov

Hensynet til de ovennævnte forhold indebærer, at der altid bør gennemføres en nøje overvejelse af grundlaget for den planlagte behandling, og patienten bør inddrages i en diskussion af mulige behandlingsmuligheder, herunder ingen behandling, således at der er

Implantatbehandling uden samlet behandlingsplan



Figur 4. Implantatbehandling er udført uden en samlet behandlingsplan med sanering af hele tandsættet.

mulighed for en fælles beslutning på et informeret grundlag. Er behandlingen objektivt nødvendig? I den forbindelse bør det afklares, om behovet er et udtryk for patientens eget udtrykte ønske, eller om behovet er skabt af andre? Specielt bør tandlægen være varsom med at påpege æstetiske behov, der ikke a priori er udtrykt af patienten. Der er ikke faste normer for tandæstetik, ligesom der ikke er faste normer for andre dele af den æstetik, som mennesker omgiver sig med. Ønskerne til æstetik er et produkt af talrige forhold, herunder mode, kultur, tradition, uddannelse og socioøkonomi. Desuden indgår alderen. Moden og alderen skifter. De senere årtiers holdning til invasive, menneskeskabte modifikationer af det menneskelige udseende, herunder plastikkirurgiske indgreb, tatove-

Inkompetent behandling af diastema



Figur 5. Et eksempel på en æstetisk behandling, hvor behandleren ikke behersker metoden. Et diastema er lukket med plast uden mulighed for optimal renhold. Der findes ingen metoder, der kan kompensere for en dårlig behandler.

ringer og piercinger, er en særlig udfordring for de nye ønsker og behov, der hos den enkelte kan opstå med ændret mode og alder. Opstår der ønske om fjernelse af tatoveringer, efterhånden som alderen stiger? Kunne man forestille sig, at der med tiden kommer en «grøn bølge», hvor tænder igen må ligne naturlige tænder i form og farve og ikke hvide proteselignende tænder, som tendensen er i øjeblikket?

Under alle omstændigheder bør patienten oplyses om, at invasive kosmetiske behandlingsformer sædvanligvis indebærer vedligeholdelse og omlavning. I den forbindelse kan der opstå problemer, hvis patientens økonomi senere i livet ikke tillader opfølgende behandling, som kunne være undgået ved bevarelse af den naturlige tand.

Der er en hårfin balance mellem tillid til behandleren og tabet af samme tillid, hvis behandlingen medfører komplikationer. Forfatterne til denne artikel har set en række tilfælde, hvor tilliden var mistet, og patienten udtrykker, at den gennemførte behandling var «livets mareridt». Det gjaldt fx for en ung patient, der pga. diastemata svarende til overkæbefronten fik fremstillet kroner på fire intakte incisiver, hvorefter der opstod pulpanekroser og deraf følgende problemer. Selvom patienten har henvendt sig til tandlægen med det primære ønske at få lukket sine diastemata, er det nærliggende efter et sådant forløb, at patienten opfatter tandklinikken som en del af en «købmandsmodel» snarere end en del af en «sundhedsvidenskabelig model» (3).

Blegning af tetracyklinmisfarvede tænder



Figur 6. A, B: Viser stærkt eroderede tænder på en 16-årig dreng som følge af stort indtag af cola, C, D: Viser tænderne 12, 11, 21 og 22 behandlet med keramiske skalkroner. Der er kun udført præparation incisalt, og præparationsgrænsen ligger supragingivalt.

Vi har som sundhedspersonale en etisk forpligtelse til at gøre det bedste for patienten, ikke at skade patienten, vise respekt for patientens autonomi og informere patienten. Der kan være modsatrettede hensyn i en samtidig opfyldelse af alle disse forpligtelser. Det er dog klart, at overvejelser om mulige komplikationer, som behandlingen kan medføre, bør indgå i en diskussion med patienten.

Der stilles naturligvis i den forbindelse store krav til tandlægens sundhedsvidenskabelige professionalisme, men det er en forventelig del af den akademiske sundhedsvidenskabelige uddannelse, at vi som tandlæger lever op til denne professionalisme. Det er således op til tandlægen at beskytte patienten mod ubiologiske behandlinger, og det kan ske ved at motivere patienten til selv at fravælge det, der ikke på langt sigt er til gavn for patienten – også selv om den ønskede behandling kunne være økonomisk eller fagligt lukrativ for tandlægen at udføre.

En yderlighed af det grundlæggende etiske princip, respekten for patientens autonomi, er især aktuell, hvis patienten ønsker et mere invasivt behandlingsscenarie, end hvad man som behandler skønner nødvendigt. Patientens ret til egen bestemmelse kan således mistolkes som retten til at kræve en specifik behandling, hvilket ikke, hverken juridisk eller etisk, er korrekt (3). Respekten for patientens autonomi giver udelukkende patienten ret til at takke nej til en type behandling – ikke ret til at kræve en anden. At nægte at udføre, hvad man betragter som en unødvendig, og måske invasiv behandling, kan måske skabe en umiddelbar konflikt mellem patient og behandler, men kan i etisk sammenhæng ikke føre til tvivl om, at tandlægen handler korrekt ved at nægte at respektere patientens ønske.

Vi er ikke i tvivl om, at dette foregår i vid udstrækning i Skandinavien, men kendskabet til udviklingen i USA og andre lande kan skræmme, når man ser modeidealere, idoler, speakere, astronauter og skuespillere frembære porcelæns-hvide tandrækker, ofte med indbygget smil og cyanotisk gingiva, der er så langt fra det biologisk optimale, som det kan komme. Ønsket om porcelæns-hvide uslidte tænder på en perlerække uden mellemrum og uregelmæssigheder er vanskeligt foreneligt med den natur, vi er en del af. Naturlige tænder ændrer udseende med årene, og det tjener harmonien bedst, hvis tændernes udseende er i harmoni med den øvrige del af kroppen. Den enkelte persons karakter fortjener afspejling i tandsættet, og en perlerække af porcelæns-hvide tænder er sjældent noget rimeligt bilde.

English summary

Holmstrup P, Pallesen U, Søren Schou S.
Odontological aesthetics and ethics

Nor Tannlegeforen Tid. 2013; 123: 88–92

Aesthetic dental treatment in an ethical context, with a focus on biological aspects of aesthetic treatment, and the need for aesthetic dental treatment are discussed in the present article. The background for the choice of various aesthetic treatments is mentioned as is the significance of age for the type of treatment under consideration.

Litteratur

1. Pallesen U, Holmstrup P. Æstetisk tandpleje – en etisk udfordring?. I: Holmstrup P, redaktør. *Odontologi* 2003. København: Munksgaard, 2003; 189–208.
2. Holmstrup P. Er der etiske problemer i tandlægens hverdag? *Tandlægebladet*. 1997; 101: 400–10.
3. Holmstrup P, Rossel P. Tandlægeetik i år 2000 – og fremover. I: Hjørting-Hansen E, redaktør *Odontologi* 2000. København: Munksgaard, 2000; 23–38.
4. Liebler M, Devigus A, Randall RC et al. Ethics of esthetic dentistry. *Quintessence Int*. 2004; 35: 456–65.
5. Pallesen U, van Dijken J. Plastrestaureeringer – før og efter år 2000. I: Hjørting-Hansen E, redaktør. *Odontologi* 2000. København: Munksgaard, 2000; 39–53.
6. Pallesen U. Blegning af tænder: indikation, klinik og biologiske hensyn. *Tandlægebladet*. 1993; 97: 362–72.
7. Pallesen U. Blegning af misfarvede tænder. I: Hjørting-Hansen E, redaktør. *Odontologi* 1996. København: Munksgaard, 1996; 1–24.
8. Dahl JE, Pallesen U. Blegning af tænder. Effekt, holdbarhed, bivirkninger og etiske betragtninger. *Tandlægebladet*. 2002; 106: 620–7.
9. Dahl JE, Pallesen U. Tooth bleaching – a critical review of the biological aspects. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2003; 14: 292–304.
10. Holmstrup G, Palm AM, Lambjerg-Hansen H. Bleaching of discoloured root-filled teeth. *Endod Dent Traumatol*. 1988; 4: 197–201.
11. Jung RE, Pjetursson BE, Glauser R et al. A systematic review of the 5-year survival and complication rates of implant-supported single crowns. *Clin Oral Implants Res*. 2008; 19: 119–30.
12. Mombelli A, Müller N, Cionca N. The epidemiology of peri-implantitis. *Clin Oral Implants Res*. In press.
13. Schou S. Implant treatment in periodontitis-susceptible patients: a systematic review. *J Oral Rehabil*. 2008; 35 (Supp 1): S9–22.
14. Schou S, Holmstrup P, Worthington HV et al. Outcome of implant therapy in patients with previous tooth loss due to periodontitis. *Clin Oral Implants Res*. 2006; 17 (Supp 2): S104–23.

Adresse: Palle Holmstrup, e-mail adresse: pah@sund.ku.dk

Artikkelen har gennemgået ekstern faglig vurdering.

Holmstrup P, Pallesen U, Søren Schou S. Odontologisk æstetik og etik. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2013; 123: 88–92.