

Christoph Steinbock, Michael Schlotmann

Letter to the editor

Leserbrief



Deutsch

Concerns about the article/Zum Beitrag: Türp JC, Greene CS. A critical reflection on the so-called phase 1/phase 2 strategy for the therapy of patients with temporomandibular disorders. *J Craniomandib Funct* 2023;15:119–127.



English

Der Artikel setzt sich kritisch mit dem Zweiphasenkonzept auseinander und wurde mit der erklärten Intention formuliert, Gutachter über die fehlende wissenschaftliche Evidenz dieses Konzepts aufzuklären. Da mit dem Artikel restriktiv auf die realen Therapiemöglichkeiten in Deutschland eingewirkt werden soll, ist es zu erwarten, dass er besonders sorgfältig formuliert wurde. Doch leider verhält es sich nicht so. So finden sich irrtümliche Aussagen über orthopädische Konzepte¹ und, erstaunlicherweise, eine Fehlübersetzung eines zentralen Terminus aus dem Englischen². Seltsam und für einen wissenschaftlichen Artikel unpassend, muten auch die Spekulationen über die Beweggründe von Zahnärzten an, die mehrphasige Konzepte auf ihren Webseiten vertreten.

Doch wenden wir uns der Argumentationskette zu. Die Phase-1/Phase-2-Behandlungsstrategie besagt, dass nach der Phase 1, die neben anderen Maßnahmen eine orale Schientherapie beinhaltet, in der Phase 2 dauerhafte okklusale Veränderungen durchgeführt werden. Eine solche zweiphasige Strategie bezeichnen die Autoren als Übertherapie und unangemessen, da eine erfolgreiche Therapie „in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit reversiblen, konservativen Mitteln erfolgen kann“. Es werden nun weitere Arbeiten aufgeführt, die ebenfalls darauf hinweisen, dass die Phase 2 „nicht generell erforderlich“ ist oder sogar „in den meisten Fällen eine unnötige Überbehandlung darstellt“. Um ihre Argumentation zu stärken, zitieren die Autoren aus den Leitlinien der American Academy of Orofacial Pain: „Angesichts der Tatsache, dass die dauerhafte Repositionierung des Unterkiefers als Behandlungsziel nicht alle Kriterien einer medizinischen Notwendigkeit erfüllt, wird dringend empfohlen, die Begriffe Phase-1- und Phase-2-Behandlung in Zusammenhang mit CMD nicht mehr zu verwenden. Das Problem mit dieser Terminologie besteht darin, dass sie impliziert, dass eine

The article takes a critical look at the two-phase concept and was written with the stated intention of informing reviewers of the lack of scientific evidence for this concept. Since the article is intended to have a restrictive effect on the actual therapeutic options in Germany, one would expect that it would be written with particular care. Unfortunately, this is not the case. There are incorrect statements about orthopedic concepts¹ and, surprisingly, a mistranslation of a key term from English.² The speculation about the motives of dentists who advocate multiphase concepts on their websites also seems strange and inappropriate for a scientific article.

But let us turn to the chain of reasoning. The phase 1/phase 2 treatment strategy states that after phase 1, which includes oral splint therapy among other measures, permanent occlusal changes are carried out in phase 2. The authors describe such a two-phase strategy as overtreatment and inappropriate, because successful treatment “can be achieved with reversible, conservative means in the vast majority of cases”. They go on to cite other studies which also suggest that phase 2 is “not generally needed” or even “represents unnecessary overtreatment in most cases”. To strengthen their argument, the authors quote from the guidelines of the American Academy of Orofacial Pain: “Given that permanent mandibular repositioning as a treatment goal does not fulfill all of the criteria for medical necessity, it is strongly suggested that use of the terms phase 1 and phase 2 treatment of TMDs be discontinued. The problem with this terminology is that it implies that phase 2 treatment inevitably follows phase 1 treatment. The scientific literature does not support the need for two-phase treatment because definitive occlusal therapy is not required for the effective treatment of most TMDs.” Due to the translation error, the term “CMD” should be replaced with the term “MAP” [in the German version of the text]. So what exactly do these guide-

lines recommend? They recommend nothing more than that the term two-phase concept (phase 1 and phase 2 treatment) should no longer be used, as it implies that splint therapy must be followed by “definitive occlusal therapy”, which is not necessary in most cases. We agree with this. So what is the problem? The guidelines clearly state that occlusal therapy is not necessary in most cases and this statement is not disputed. However, this statement implies that there are a smaller number of cases that cannot be successfully managed with splint therapy according to Phase 1 and that further measures are needed that permanently alter the occlusion.

However, it is unscientific and unethical, to use the authors' terminology, to denigrate dentists who offer such advanced forms of therapy in order to be able to help those patients who could not be helped with Phase 1 treatment, and to give the impression to professionals that occlusal intervention therapies are not appropriate per se.

However, both authors are to be thanked for making the guidelines of the American Academy of Orofacial Pain visible in the German discussion and thus helping to educate the reviewers in particular.

References

1. Radlanski RJ. Leserbrief. J Craniomand Funct 2023;15:351–360.
2. Türp JC, Greene CS. Antwort auf den Leserbrief von Professor Ralf Radlanski. J Craniomand Funct 2023;15:351–360.

Phase-2-Behandlung zwangsläufig auf eine Phase-1-Behandlung folgt. Die wissenschaftliche Literatur stützt die Notwendigkeit einer zweiphasigen Behandlung nicht, da eine dauerhafte okklusale Therapie für eine wirksame Behandlung der meisten CMD-Diagnosen nicht erforderlich ist.“ Wegen des Übersetzungsfehlers ist hier der Terminus CMD durch den Terminus MAP zu ersetzen. Was genau empfehlen nun diese Leitlinien? Sie empfehlen nichts anderes, als dass der Begriff des Zweiphasenkonzepts (Phase-1- und Phase-2-Behandlung) nicht mehr verwendet werden sollte, da er impliziere, dass auf eine Schienentherapie notwendigerweise eine „dauerhafte okklusale Therapie“ zu folgen habe, was in den meisten Fällen jedoch nicht notwendig sei. Dem ist zuzustimmen. Was ist nun das Problem? Es wird in den Leitlinien deutlich zum Ausdruck gebracht, dass eine okklusale Therapie in den meisten Fällen nicht nötig sei und diese Aussage ist unstrittig. Die so getätigte Aussage impliziert aber, dass es eine geringere Anzahl von Fällen gibt, die mit einer Schienentherapie gemäß Phase 1 nicht erfolgreich therapiert werden können und weitergehende, die Okklusion dauerhaft verändernde Maßnahmen erforderlich sind.

Nun jedoch Zahnärzte zu verunglimpfen, die solche weitergehenden Therapieformen anbieten, um auch den Patienten zur Seite stehen zu können, denen mit den Mitteln der Phase 1 nicht geholfen werden konnte, und bei Gutachtern den Anschein zu erwecken, dass okklusal eingreifende Therapien per se nicht angemessen seien, ist, um die Terminologie der Autoren zu verwenden, unwissenschaftlich und unethisch.

Beiden Autoren gebührt aber Dank dafür, dass sie die Leitlinien der American Academy of Orofacial Pain in der deutschen Diskussion sichtbar gemacht haben und so zur Aufklärung gerade auch der Gutachter beitragen konnten.



Christoph Steinbock

Christoph Steinbock MSc
Dr med dent, drs
Zahnarztpraxis in Petershagen, Germany

Michael Schlotmann MSc
Dr med dent
Zahnarztpraxis in Menden, Germany

Address/Adresse
Dr Michael Schlotmann, MSc
Kornblumenweg 6, 58708 Menden, Germany; Email: info@schlotmann-zahnarzt.de