
Satsa på bättre parodontivård

BJÖRN KLINGE

Tandhälsan har förbättrats påtagligt i Skandinavien under senare årtionden. Färre individer är helt tandlösa och vi får behålla allt fler tänder i allt högre åldrar. Förekomst av karies har minskat betydligt, särskilt hos barn och ungdom. Ibland kan man därför få intrycket att tandsjukdomarna inte längre utgör något problem. Det är inte sant. Tvärtom finns det oroande tendenser att munhygien och plackkontroll inte längre är ett prioriterat område inom allmäntandvården och att parodontivård inte alltid genomförs på ett sätt som följer vetenskap och beprövad erfarenhet. Syftet med denna artikel är att belysa nuläget och att avsiktligt provokativt försöka skapa intresse för att återuppväcka vår stolta Skandinaviska tradition inom parodontologi. Tillsammans kan vi göra parodontivården bättre. Det är ett gemensamt ansvar för alla oss som på olika sätt är verksamma inom tandvården.

Parodontit är en vanlig sjukdom

Parodontit är fortfarande en vanligt förekommande sjukdom. Mer allvarlig parodontal sjukdom förekommer hos omkring 10-15% av en vuxen population¹, medan 35% har måttlig eller mild parodontit². Undersökningar av Norderyd och medarbetare³ visar att munhygien hos 20-åringar hade försämrats under en tioårsperiod. Medelvärdet för plackindex ökar under detta tidsintervall från 20% till 30%. Förekomst av gingivit hos aktuell åldersgrupp återgår till nivåer som fanns tjugo år tidigare: 30%

av individerna i denna åldersgrupp har mer än 50% gingivit. Vidare fann man att förekomsten av individer med diagnosen grav generell parodontal sjukdom var 13%, denna nivå är oförändrad mellan 1983-1993 trots att mycket omfattande parodontalvård har genomförts.

Socialstyrelsen granskade år 2000 verksamheten hos tjugo slumpvis utvalda allmänpraktiserande tandläkare vad gäller parodontal vård⁴. Det finns ingen anledning att tro, att de fynd som gjordes i den studien är begränsade till just denna grupp svenska tandläkare. Tvärtom finns mycket information också från övriga Skandinavien, som tyder på att situationen inte är annorlunda på andra ställen. Kanske har vi alla något väsentligt att lära av denna granskning. Sammanfattningsvis fann man att:

- 94% av patienterna hade mer än 10 tänder med benförlust
- 86% av patienterna hade mer än 1 tand med benförlust som omfattade mer än $\frac{1}{3}$ av rotlängden
- 76% av patienterna behandlades av tandhygienist
- 80% saknade uppgift om parodontal diagnos
- 32% extraherade tänder saknade diagnos
- 32% saknade gingivalstatus
- 76% journaler var bristfälliga avseende allmänanamnes
- 61% saknade behandlingsplan
- 80% saknade epikris avseende parodontitbehandling

Socialstyrelsen drar slutsatsen att en diskussion bör komma till stånd inom professionen angående behovet av ökad kunskap inom parodontologi och vikten av att höja kvaliteten när det gäller den långsiktiga planeringen och utvärderingen av parodontitbehandling.

En finsk studie rapporterade nyligen praxis avseende parodontal behandling bland allmäntandläkare⁵. En tredjedel av tandläkarna följde inte aktuella behandlingsrekommendationer. Absoluta kontraindikationer för parodontal kirurgi var okända för mer än 60% av de tillfrågade. Inte heller här finns skäl att tro att

den undersökta gruppen avviker från skandinavisk kunskapsnivå i allmänhet.

I Sverige har nyligen genomförts förändringar i Tandvårdsförsäkringen för patienter som är 65 år och äldre. Vid en genomgång av förhandsprovningar av terapiförslag för denna åldersgrupp granskade vi 517 slumpvis utvalda fall. Uppgift om parodontalstatus saknades i 350 fall (68%). Prognosbedömning och planerad uppföljning efter genomförd behandling saknas helt, eller var bristfällig i så gott som samtliga fall (97%). Det kan också konstateras att implantatbehandling är ett behandlingsalternativ som allt oftare väljs, trots att det finns kvarvarande lämpliga stödtänder för konventionell broprotetik. I många fall föreslås extraktion av parodontalt skadade, men väl behandlingsbara tänder. Det tycks råda en uppfattning att implantat i restbett på lång sikt är mer underhållsfria än naturliga tänder. Det vet vi i dagsläget mycket lite om. Tvärtom tyder nya studier på att implantatöverlevnaden är lägre och komplikationerna betydligt högre hos implantatpatienter med tidigare parodontit⁶. Förekomsten av peri-implantit var i denna studie fem gånger så hög (28,6%) hos patienter med tidigare parodontit, jämfört med nivåen peri-implantit hos en parodontalt frisk grupp (5,8%). Detta är resultat som är viktiga att ha i minnet då vi värderar olika behandlingsalternativ. Det kan vara viktigt att också tänka på att parodontit är en sjukdom som oftast utvecklas långsamt över lång tid. Eftersom mer allvarlig parodontit mest förekommer i åldrar över 40-50 år, innebär det att tanden varit utsatt för plackbelastning under kanske 30-40 år. De flesta långtidsresultat från implantatbehandling kommer från tidigare helt tandlösa fall, med helt annan mikrobiell ekologi än den som är aktuell i restbettsfall. I den här ovan refererade studien ökade komplikationerna efter mer än 6 års observation. Hittills har vi ofta betraktat 5-årsresultat som bestående. Idag är kunskapen mycket begränsad om de långsiktiga resultaten för implantatbehandling av tidigare parodontitpatienter med kvarvarande restbett. Med dagens kunskap finns inga skäl att tro att den ekologiska plack-hypote-

sen inte skulle vara giltig också för den orala miljön vid implanterat.

Parodontit-allmänsjukdomar – tandextraktioner

Intresset för sambandet mellan parodontit och allmänsjukdomar har ökat under senare år⁷. Många studier visar på ett sådant samband, men ännu saknas kunskap om ett eventuellt direkt orsaks-samband. Det är inte ovanligt att patienter och tandläkare vill ta bort parodontitiska tänder med hänvisning till denna koppling. I ett historiskt perspektiv hade fokalinfectionsläran stort inflytande på praxis i medicin och tandvård. Den behandling som föreslogs vid oklara infektionstillstånd var att extrahera samtliga infekterade tänder. Miljontals tänder extraherades följaktligen på grund av det felaktiga antagandet att tänderna äventyrade patienternas liv. Fokalinfectionsläran föll så småningom i vanrykte, delvis för de övergrepp som ägde rum i dess namn. Många patienter stympades helt i onödan.

Fokalinfectionsläran lever dock vidare ännu i våra dagar. Fortfarande extraheras tänder på felaktiga indikationer, med hänvisning till systempåverkan av oklara orala eller dentala infektioner. Fortfarande stympas patienter med hänvisning till bristfälligt underlag i fokalinfectionslärans namn. Idag finns i de flesta fall möjlighet att eliminera lokala infektioner genom adekvat parodontal eller endodontisk behandling. Det finns inget vetenskapligt underlag som stöd för att extrahera parodontitiska tänder med hänvisning till ett möjligt samband med allmänsjukdomar. Däremot är det förstås, liksom tidigare, angeläget att behandla parodontiten för dess egen skull.

Avlägsna plack

Olika sjukdomsmodeller har genom åren presenterats för utveckling av parodontit. Nu har den ekologiska plackhypotesen⁸ ersatt den tidigare specifika- respektive non-specifika modellen. En i huvudsak Gram-negativ, anaerob mikroflora, substituerar en tidigare väsentligen Gram-positiv fakultativ flora vid placktillväxt och gingival inflammation. I de djupare lagren av det tillväxande placket skapas anaeroba förhållanden. Den gingivala inflammationen ger utflöde av näringsrikt gingivalexudat i tandköttsfickan. På detta sätt gynnas de anaeroba och näringsmässigt krävande Gram-negativa bakterierna och de kan öka sin andel av mikrofloran. Genom placktillväxten kan de skadliga bakteriearterna nå en nivå som bidrar till vävnadsdestruktion. Med daglig munhygien kan god plackkontroll uppnås och på så sätt förhindras uppkomst och utveckling av gingivit. För att förhindra att en patogen mikroflora utvecklas i tandköttsfickan är det nödvändigt att med hjälp av handinstrument eller ultraljud minimera bakteriemängden i fickan. En ekologisk förändring kan också åstadkommas genom att tandköttsfickan elimineras med kirurgisk teknik. Plackkontroll är alltså lika viktig som tidigare, även om vårt synsätt på sjukdomsutvecklingen har förändrats. Därför är det förstas oroande om plackmängd och gingivit ökar i befolkningen, samtidigt som vårt professionella intresse och engagemang för frågan tycks ha minskat. Kanske är det motiverat att ställa frågan: Dog plackjägaren på 1900-talet? Det är dags att återskapa intresset för infärgning och plackjakt. I de flesta fall kan vi tillsammans med patienten förhindra att parodontal sjukdom utvecklas. Det är betydligt mer komplicerat att återskapa förlorad vävnad, sedan väl parodontal vävnadsdestruktion har ägt rum.

Diagnostik

För att kunna diagnosticera parodontala sjukdomar krävs en systematisk och noggrann klinisk och röntgenologisk undersök-

ning av patienten. Det låter både självklart och enkelt, men som beskrivits tidigare i denna artikel finns i allmänhet mycket övrigt att önska i detta avseende.

Alla våra kliniska undersökningsmetoder har stora brister och begränsningar, men det ursäktar inte att vi underlåter att genomföra en undersökning på bästa – nu kända – sätt. Och att vi självklart redovisar våra undersökningsfynd i journalen.

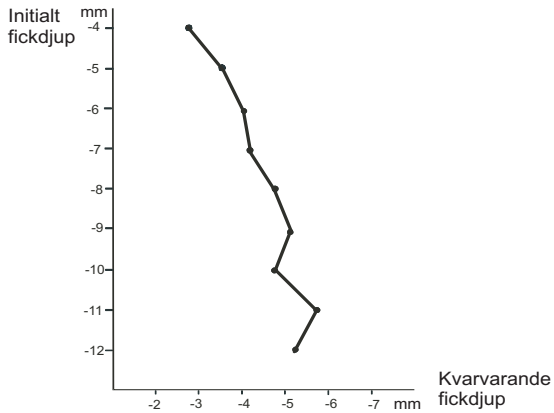
Det finns ett klart samband mellan djupa tandköttsfickor och fortsatt parodontal vävnadsdestruktion⁹. Mycket tyder också på att ett stort antal djupa och blödande fickor är ett tecken på ökad risk för fortsatt sjukdomsprogression. Omvänt gäller att grunda icke-blödande tandköttsfickor vanligen är stabila också på lång sikt. Initial behandling (plackkontroll och scaling) bör utvärderas efter tre månader. Först då är det lämpligt att göra en mer definitiv behandlingsplan och en rimlig prognosbedömning.

Behandlingsplan

Inför en seminarierie i parodontologi gick vi igenom våra egna gamla patientfall. Det gav anledning till självvrannsakan. I alltför många fall kunde vi i retrospekt konstatera att behandlingsplan saknades och att vi inte tydligt klargjort vilket utfall vi förväntade av behandlingen. Istället fann vi planlöst upprepat fickdjupsmätande och osystematisk behandling. Vi hade inte gjort tydligt, varken för oss själva eller för patienten, vad vi ville uppnå med behandlingen.

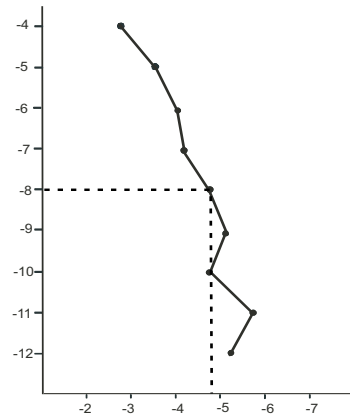
Vid en genomgång av anmälningsärenden finner man ofta stora brister i såväl diagnostik som behandlingsplanering och också i kommunikation med patienten. Så långt det är möjligt skall patienten förstås vara delaktig i denna planering. Den primära bedömningen får ofta revideras vid en utvärdering tre månader efter avslutad initial behandling, som innefattar plackkontroll och systematisk depuration.

Figur 1. Utfall av behandling (icke-kirurgisk depuration) redovisat som medelvärde. (Bearbetad efter Badersten 1984).

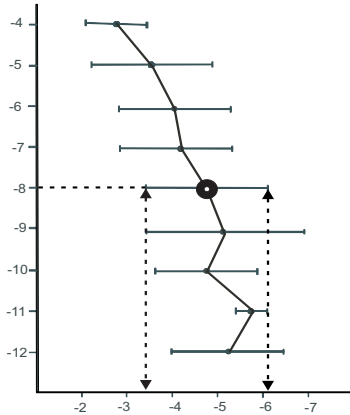


Förväntat utfall

Primär behandling med icke-kirurgisk systematisk depuration leder oftast till påtaglig fickdjupsreduktion. Ju djupare tandköttsficka är, desto mer fickdjupsreduktion. Underlag för bedömning av förväntat utfall av sådan behandling finns i otaliga vetenskapliga undersökningar. Ett exempel kan ses i Figur 1, som är en bearbetning av data från Anita Badersten och hennes medarbetare¹⁰. Det är dock viktigt att känna till att data ofta presenteras som medelvärden. Av exemplet i Figur 2 framgår att en tand-



Figur 2. Exempel på utfall av behandling, en ursprungligen 8 mm tandköttsficka blir (i medeltal) knappt 5 mm efter behandling. (Bearbetad efter Badersten 1984).



Figur 3. De horisontella linjerna representerar variationen i olika tandköttsfickor. Kvarvarande fickdjup i det markerade exemplet (8 mm) varierar mellan drygt 3 mm till 6 mm. (Bearbetad efter Badersten).

köttficka som vid primärundersökningen var 8 mm djup i medeltal reduceras till knappt 5 mm efter framgångsrik behandling. Det finns dock en individuell variation för olika tänder och olika patienter. I Figur 3 är denna variation markerad. För den tandköttficka som ursprungligen var 8 mm och som i medeltal reducerades med 3 mm till 5 mm kan det återstående fickdjupet variera från 3.5 mm till 6 mm. I verkligheten kan alltså fickdjupsreduktionen variera mellan 2 mm till knappt 5 mm. När man skall översätta förväntat behandlingsresultat utifrån forskningsdata till sina egna patienter i den egna kliniken, är det viktigt att tänka på att liknande individuella variationer förekommer i alla undersökningar. Ofta är också forskningspatienter utvalda med särskilda kriterier och behandlingsförutsättningarna är optimala. Det betyder dock inte att det är omöjligt att uppnå liknande resultat, men det är viktigt att vara medveten om de olika förutsättningar som gäller.

För kirurgisk behandling av parodontit är det möjligt att uppnå ytterligare fickdjupsreduktion, särskilt i de initialt djupaste fickorna. Tilläggsbehandling med regenerativa tekniker som GTR och Emdogain® ger fästnivåvinst utöver vad som kan erhållas med enbart lambåkirurgi.

Rökning

Det råder ett klart och entydigt samband mellan rökning och parodontal hälsa¹¹. Tandvården har därför ett stort ansvar inom rökavvänjning. Rökare löper i storleksordningen tre gånger större risk att få parodontit än icke rökare. Rökningens effekt är mest påtaglig hos yngre vuxna rökare (under 33 år) som har 14 gånger högre risk att få parodontit. Rökningen orsakar ett minskat blodflöde i tandkötet. Detta leder ofta till att rökare saknar de typiska kliniska förändringar som är typiska för gingivit: rodnad, svullnad och lättblödande tandkött. Sjukdomen kan maskeras av att tandkötet ser relativt friskt ut på grund av minskad genomblödning. Sjukdomstecken på parodontit undervärderas därför ofta hos rökare. Lämplig behandling kan därigenom försenas. Rökare har oftare tandköttsfickor i framtandsområdet och palatinalt i överkäken än icke rökare. Det är förmodligen en lokal effekt av tobaksröken. Rökare reagerar sämre både på kirurgisk och icke-kirurgisk behandling. Rökare är också överrepresenterade bland patienter med refraktär parodontit, som inte svarar på behandlingen på ett normalt sätt. Hos patienter som slutat röka är både den allmänna och den parodontala hälsan bättre än hos aktiva rökare. Att få patienter att sluta röka är en viktig, om än svår del av behandlingen. Det finns de som anser att rökavvänjning är minst lika viktigt som god plackkontroll för framgångsrik parodontitbehandling. Denna kunskap har vi nu haft tillgänglig under lång tid. Ännu verkar det inte som om vi tillämpar denna kunskap i vårt kliniska arbete.

Andra prioriteringar

Inom medicinen har frågan om direktreklam till patienter varit aktuell under ganska lång tid. Flera länder har valt en restriktiv attityd när det gäller receptbelagda läkemedel och åtgärder som måste utföras av den medicinska professionen. Regelverken luc-

kras upp efterhand, inte minst eftersom Internet erbjuder nya och väsentligen icke kontrollerbara möjligheter. Inom tandvården har hittills marknadsföringen riktad direkt till patient väsentligen rört fria handelsvaror för munhygien. Nu märks dock en förändring. Tandblekning är ett sådant område, där behandlingen både kan utföras professionellt och av patienten själv. Vid IADR konferensen 2003 i Göteborg redovisade Dr. Van B Haywood från USA, att kostnaden för direkt marknadsföring till patient av blekning nu uppgår till 80 miljoner USD årligen. Dessa produkter omsätter enbart i USA 300 miljoner USD per år. Genom den marknadsföring som riktas direkt till patienten, hamnar den odontologiska professionen, enligt Haywood, närmast i ett utpressningsförhållande vad gäller vårdprioriteringar. Förutom terapistyrningen finns en risk, att intresset för och möjligheten, att bekosta professionella tandvårdsåtgärder minskar i motsvarande grad inom andra, kanske mer angelägna områden, såsom profylax och parodontitvård.

Vi kan se liknande utveckling avseende direktreklam för implantatbehandling. Snabbare behandling utlovas i annonser med bilder av leende vackra modeller. Också här rapporterar professionen om ett ökande patienttryck. För parodontitpatienten kan det kännas lockande, att en gång för alla, få möjlighet till ett estetiskt förföriskt leende och samtidigt slippa all mödosam vård för att behålla de naturliga tänderna. Sanningen är förstås att det sällan finns enkla lösningar på komplicerade problem. Mycket talar dock för att parodontitvården riskerar att hamna i strykclass med dessa förändrade förutsättningar. Frågan är förstås om det verkligen gynnar patienten. Den odontologiska professionen har ett stort ansvar att ge patienten rätta förutsättningar att också efterfråga parodontitvård.

Sammanfattning

I många fall sker ingen adekvat diagnostik av parodontitpatienter. Generellt är det också stora brister i att göra en behandlings-

plan och att klargöra förväntat utfall av behandlingen. Det är inte längre vanligt att göra infärgningar som stöd för adekvat plackkontroll. Nya metoder och nya tekniker inom andra områden verkar mer lockande och intressanta, såväl för patient som för profession. Det är dags att vi återtar vår skandinaviska profil inom parodontologi. Allt fler allt äldre patienter får behålla fler tänder högt upp i åldrarna. Vi har mycket kunskap från parodontologisk forskning som väntar på att tillämpas i vår kliniska vardag. För patienternas och för vår egen skull.

LITTERATUR

- 1 Papapanou PN. Periodontal diseases: Epidemiology. *Ann Periodontol* 1996;1:1-36.
- 2 Hugoson A, Norderyd O, Slotte C, Thorstensson H. Distribution of periodontal disease in a Swedish adult population 1973, 1983 and 1993. *J Clin Periodontol* 1998;25:542-8.
- 3 Norderyd O, Risk for periodontal disease in a Swedish adult population. Cross-sectional and longitudinal studies over two decades. *Swed Dent J* 1998;132:1-67 (Suppl).
- 4 Von Bültzingslöwen I. Parodontalt vårdomhändertagande hos tjugo allmänpraktiserande tandläkare i västra Sverige – en granskning inom ramen för Socialstyrelsens verksamhetstillsyn. *Tandläkartidningen* 2000; 12: 66-71.
- 5 Heinikainen M, Vehkalahati M, Murtomaa H. Periodontal treatment practices of Finnish dentists. *J Clin Periodontol* 2002; 29: 1101-6.
- 6 Karoussis IK, Salvi GE, Heitz-Mayfield LJ, Bragger U, Hammerle CH, Lang NP. Long-term implant prognosis in patients with and without a history of chronic periodontitis: a 10-year prospective cohort study of the ITI Dental Implant System. *Clin Oral Implants Res* 2003;14(3):329-39.
- 7 Klinge B, Holmstrup P. Parodontit och allmänsjukdomar. Nordiskt temanummer, Parodontologi. *Tandläkartidningen* 2004 (in press).
- 8 Marsh PD. Are dental diseases examples of ecological catastrophes? *Microbiology*. 2003; 149(Pt 2):279-94.

- 9 Claffey N, Egelberg J. Clinical indicators of probing attachment loss following initial periodontal treatment in advanced periodontitis patients. *J Clin Periodontol* 1995;22:690-6.
- 10 Badersten A. Nonsurgical Periodontal Therapy. (Thesis) University of Lund, Sweden, 1984.
- 11 Bergström J, Preber H. Tobacco use as a risk factor. *J Periodontol* 1994;65(5 Suppl.):545-50. Review.