

Medicinska riskpatienter

MAUD BERGDAHL

I Norden har vi inom tandvården en unik möjlighet att tidigt upptäcka allmänsjukdomar hos våra patienter eftersom mera än tre fjärdedelar av befolkningen regelbundet besöker en och samma klinik minst en gång per år.

En helhetssyn på våra patienter bör prägla vårt arbetssätt, allt ifrån anamnesupptagning till beaktande av allmänsjukdomar och medicinering. Redan när patienten kommer in i behandlingsrummet, kan vi snabbt få en uppfattning om patientens allmäntillstånd genom att iaktta rörelsemönster, kroppshållning, kroppsbyggnad och psykiskt tillstånd. I Tabell 1-3 finns en sammanställning av de vanligaste yttre tecknen på allmänsjukdomar. De flesta tandkliniker har idag en autoanamnes som i varje enskilt fall bör kompletteras med fylligare information, där vår främsta uppgift blir att observera och lyssna.

Tabell 1. Yttre tecken på neurogena och psykiska sjukdomar.

Tecken	Innebörd	Förklaring
Rörelsemönstret	Allmän rörelsehämning, sparsam mimik	Depression
	Stel mimik, grovvågig vilotremor, släpande gång	Parkinsons sjukdom
	Hyperaktivitet, oro, svettningar, endokrina ögonsymtom	Hyperthyreos
Rörelsemönstret, huden	Nedstämdhet, frusna, kalla, torr hud	Hypothyreos

Tabell 2. Yttre tecken på sjukdomar i andnings- och cirkulationsorganen.

Tecken	Innebörd	Förklaring
Dyspne	Försvårad andning	Hjärtsvikt, lungsjukdom, anemi, oro, dålig kondition
Ortopne	Andnöd i liggande	Hjärtsvikt
Cyanos	Reducerat Hb > 50	Hjärt-, lung-, njursjukdom, långsam perifer cirkulation, hematologisk sjukdom
Generella ödem	Ökad mängd interstitiell vätska	Hjärt-, lung-, njursjukdom, levercirros, albuminbrist

Tabell 3. Yttre tecken på allmänsjukdomar på huden.

Tecken	Innebörd	Förklaring
Blödningar, blåmärken	Ökad blödningsbenägenhet, koagulationsrubbingar	Blod-, njur-, leversjukdom
Sår, rivmärken	Klåda, stickmärken	Njursjukdom, i.v. missbruk
Färg	Gulfärgad (ikterus)	Leverskada, gallsjukdom, hepatit
Torrhet	Dehydrering	Nedsatt aptit, diuretika
Pigmentering	Hyperpigmentering	Addisons sjukdom

I samband med den odontologiska undersökningen kan ibland också tidiga tecken på allmänsjukdom upptäckas (se Tabell 4).

Medicinsk riskbedömning är idag nödvändig inom tandvården med tanke på att fler och fler av våra patienter har nedsatt allmäntillstånd och/eller är immunosupprimerade pga sjukdom eller ökad ålder. Allt fler individer överlever också allvarliga sjukdomar, vilket gör att kraven ökar på att allmäntandvården har kunskap om de vanligaste allmänsjukdomarna. Sveriges Tandläkarförbund har utarbetat ett system för riskbedömning enligt ASA som är anpassad till tandvårdens behov¹.

Tabell 4. Om patienten har nedanstående orala subjektiva symtom och/eller uppvisar oklara objektiva fynd, bör allmänmedicinsk undersökning göras. (Nej) vanligtvis inga symtom eller fynd, men förekommer ibland.

	Subjektiva symtom	Objektiva fynd
Muntorrhet	ja/nej	ja/nej
Candida	(nej)	ja
Munsveda	ja	(nej)
Gingivit/parodontit	(nej)	ja
Hyperplastisk gingiva	(nej)	ja
Slemhinnan: skör/rodnad	(nej)	ja
Tungan: papillatrofi	(nej)	ja

I samband med många odontologiska ingrepp sker ett utträde av bakterier i omgivande vävnad. Vid tandextraktion beräknas det att 10 till 100% av förekommande bakterier kommer ut i omgivande vävnad, depurationer 8 till 80% samt endodontisk behandling ca 20%. Detta bör jämföras med att 7 till 51% av bakterierna kan utträde i samband med tuggning².

Eftersom många sjuka patienter har försämrat generellt immunförsvar, tunna sköra slemhinnor och försämrad salivsekretion med minskat innehåll av skyddande substanser så bör vi ha ett så atraumatiskt arbetssätt som möjligt i beaktande av att den postoperativa infektionsrisken trots allt utgör så mycket som 4 till 15%.

Denna artikel kommer enbart att fokusera på rent odontologiska konsekvenser av våra vanligaste sjukdomar. För ytterligare information om allmänsjukdomar hänvisas till medicinsk litteratur. Den behandlande tandläkaren bör vid minsta tveksamhet kontakta patientens läkare.

Allmänsjukdomar

I den nedanstående sammanställningen återfinns enbart våra vanligaste sjukdomar. För ytterligare information om allmänsjukdomars samband med och påverkan på den orala hälsan hänvisas till nedanstående litteratur^{3,4}.

Hjärt-kärl sjukdom

I den industrialiserade världen utgör hjärt-kärl sjukdomar hälften av alla dödsfall⁵.

Hjärt-kärl sjukdomar är orsakade av ateroskleros, åderförkalkning i kroppens artärer. Sjukdomar som är relaterade till ateroskleros, är hjärtinfarkt, angina pectoris, perifera kärlsjukdomar och stroke. Vårt ansvar som tandläkare är att kunna känna igen de symtom som sjukdomarna uppvisar, och minska risken för episoder där blodtrycket stiger. Vi bör också ha kunskap så att vi minimerar risken för att förvärra medfödda hjärtfel och förebygga med antibiotika om nödvändigt. Jag hänvisar till riktlinjer om antibiotikaprofylax i tandvården^{2,6}.

Patienter med hjärt-kärl sjukdomar behandlas om möjligt med korta ingrepp helst på morgonen efter nattens vila⁵. Generellt kan sägas att patienter med hjärt-kärl sjukdomar ska behandlas halvsittande. Detta gäller speciellt vissa patienter med hjärtinsufficiens och andnöd. Om patienten uppvisar ångest och rädsla så rekommenderas premedicinering. Allmän stress ska undvikas samt den stress som smärta framkallar, så anestesi är därför viktig och då helst med Prilokain med fenylpressin (Citanest octapressin). Vid extraktion kan en eller två tänder extraheras, men mera omfattande behandlingar bör utföras på sjukhus. Retraktionstrådar innehållande adrenalin bör undvikas liksom kortikosteroider. Risken för att pacemaker skall störas av ultraljud, är minimala, och sensibilitetstest med el går bra att utföra. På patienter med pacemaker ska däremot diatermi och elektrotrom undvikas. Patienter med hjärtsjukdom har risk för ortostatisk hy-

pertension, så stötta alltid patienten när han/hon reser sig ur behandlingsstolen. Vid eventuell angina pectoris attack ska patienten behandlas med nitroglycerin, och detta bör därför vara lätt-tillgängligt. Om många patienter med angina pectoris sjukdom behandlas på tandkliniken, är det lämpligt att nitroglycerin i sprayform införskaffas. Efter hjärtinfarkt bör mera omfattande tandbehandlingen uppskjutas i sex månader. Det är viktigt att patienten får professionell oral profylax under denna tid. Patienter som haft hjärtinfarkt, behandlas ofta med Waran, och vid ev. analgetikaföreskrivning ska NSAID preparat och acetylsalicylsyra undvikas pga interaktion med Waran. Skriv istället ut paracetamol och preparat med kodein.

Ett flertal mediciner för behandling av hjärt-kärl sjukdom kan ha orala biverkningar:

- Betablockare: muntorrhet, lichenoida reaktioner
- ACE hämmare: smakstörning, lichenoida reaktioner, sveda, sår
- Ca flödeshämmare: gingivala hyperplasier
- Diuretika: muntorrhet.

Beakta också risken för förlängd blödningstid vid viss medicinering såsom t.ex. Waran (warfarin) och Trombyl (acetylsalicylsyra)⁷.

Neurologiska sjukdomar

Jag kommer enbart att presentera våra vanligaste neurologiska sjukdomar. Generella odontologiska aspekter på dessa sjukdomar kan vara känselbortfall och förändrad känsloupplevelse, motorisk påverkan i form av ökad rörlighet eller pareser samt ibland atypisk smärta i ansikte, munhåla och käkar.

Stroke

Stroke är den tredje vanligaste dödsorsaken och vanligaste orsaken till långvarigt handikapp. Stroke uppkommer efter en hjärnskada orsakad av hjärninfarkt (85%) eller hjärnblödning (15%)⁸. Patienterna är ofta gamla och har andra sjukdomar med störd motorisk och kognitiv förmåga, vilket kan komplicera tandbehandling. De medicinerar också vanligen med mediciner som har orala biverkningar, eller som riskerar att interagera med förskrivna läkemedel. Svalgpares är vanligt, vilket försvårar sväljning och försämrar kräkreflexen. Behandla därför om möjligt patienterna sittande med tillgång till en bra saliv sug och luta huvudet åt den sida där behandlingen sker. Patienter med svalgpares ska inte skölja munnen eftersom tunnflytande vätska lätt aspireras. Facialispares förekommer som ger sensibilitetsnedsättning och dålig motorik. Bitsår kan därför lätt uppstå, och mat och mediciner blir liggande kvar i munnen vilka kan ge upphov till erosioner av slemhinnan och ökad förekomst av karies, gingivit och parodontit.

Patienterna behöver ofta extra tid och stöd i samband med behandling. Hjälp med god munvård är enormt viktigt för denna patientgrupp.

Epilepsi

Epilepsi förekommer hos ca 1% av befolkningen, men enstaka provocerade anfall kan förekomma hos så många som 10%⁹. Många faktorer medverkar till att framkalla anfall såsom vissa läkemedel och alkoholmissbruk, men även trötthet och stress. Hos känsliga personer kan anfall initieras av blinkande ljus, men även infektioner och hormonella orsaker kan bidra. Epilepsipatienter har ibland psykiska problem och andra handikapp. Om fall uppkommer vid anfall så skadas ofta ansikte och mun. Vissa mediciner kan ha orala biverkningar såsom Fenytoinpreparat (gingivala hyperplasier), Carbamazepine (muntorrhet, glossit, stomatit, ulceration) och Sodium valporate (blödningstendens). Fenytoinpreparat kan interagera med ett flertal läkemedel som

används i tandvården (metronidazol, fluconazol, acetylsalisyr-syra, NSAID:s). Tandbehandling av patienter med epilepsi bör planeras till en anfallsfri lugnare period och bör ske i lungt tempo samt med effektiv smärtkontroll. Om anfall uppträder så får patienten inte lämnas ensam och bör om möjligt läggas på sidan med tillgång till syrgas. Om anfallet inte upphör inom 1 min ska ambulans tillkallas.

Parkinsons sjukdom

Parkinson debuterar vanligen i 50 till 60 års ålder, sällan före 45 eller efter 65. En procent av ålderspensionärerna drabbas¹⁰. Parkinson patienter kan vara svåra att kommunicera med, inte minst för den sparsamma mimiken och entoniga rösten. De kan vara mentalt påverkade och uppfattas ofta som dementa, även om detta inte är fallet. Demens uppträder vanligtvis efter många års sjukdom. Parkinson patienter kan vara svårbehandlade för tandvårdspersonalen eftersom de kan ha svårartad tremor och muskelstelhet, vilket medför svårighet att gapa. Patienterna kan upplevas ha kraftig salivsekretion, men den rikliga förekomsten av saliv beror oftast på sväljsvårigheter. Ofrivilliga tungrörelser förekommer också liksom munsveda. Smärta ökar såväl tremor som muskelstelhet. Muntorrhet är vanligt hos denna patientgrupp. Detta och patienternas motoriska problem gör att noggrann individanpassad profylax är viktig. Med tanke på sjukdomens progression är det betydelsefullt att röntgenhelstatus tas tidigt för att möjliggöra terapiplanering inför framtida tandvårdsbehov.

Endokrina sjukdomar

Det endokrina systemet utgörs av ett flertal organ vars hormoner utsöndras och cirkuleras i kroppen. Enbart de vanligaste sjukdomarna som har stor relevans för tandvård, presenteras här. I detta sammanhang bör dock påpekas om det stora bruk som förekommer av systemiska kortikosteroider som används för att

ersätta avsaknad av hormon från binjurebarken (t.ex. Addisons sjukdom). Mera vanligt är dock användandet av kortikosteroider som immunosuppression vid exempelvis astma, reumatoid artrit (RA), systemisk lupus erythematosus (SLE), Crohns sjukdom och vissa blodsjukdomar.

Diabetes

Diabetes drabbar ca 4% av befolkningen, men incidensen ökar förmodligen delvis pga att allt fler personer blir överviktiga.

Diabetes patienter drabbas 2,5 till 4 gånger oftare av periodontal sjukdom som tycks utvecklas tidigare än andra diabeteskomplikationer¹¹. Dessutom tycks de få allvarigare periodontal sjukdomsutveckling. Patienterna bör infektionsutredas, och dentala infektionsfokus åtgärdas. Antibiotika skydd bör övervägas om patienten är dåligt inställd eller har omfattande kärlförändringar, vilket ger dålig sårhäkning. Kontakta då alltid ansvarig läkare.

Tandbehandling ska anpassas till patientens måltider, och den sker bäst efter frukost:

- Enbart kostbehandlad diabetes: Behandling går som regel bra
- Tablettbehandlad diabetes: Små ingrepp går som regel bra om måltidsordningen är normal, vid dålig blodsockerkontroll ska patienten remitteras till sjukhus
- Insulinbehandlad diabetes: Små ingrepp två tim efter frukost och morgoninsulindosen.

Viss ökad risk för hypoglycemi finns om insulindosen varit för hög. Patienten utvecklar då snabbt oro och förvirring, och medvetandegraden sänks. Behandling på tandklinik kan ske initialt med hjälp av socker och söt saft samt senare på sjukhus med glukos intravenöst.

De vanligaste orala manifestationerna hos diabetespatienter är förutom periodontit, minskad salivsekretion (förekommer),

ibland glossit som drabbar de filiforma papillerna på tungan, smakstörningar, burning mouth syndrome (BMS) samt även orala lichenoida reaktioner (OLR). Dåligt kontrollerad diabetes kan medverka till oral candidos. Ökad risk för decubitus kan förekomma hos diabetiker pga att smärt- och känselnervernas impulser kan vara försämrade. Diabetes patienter bör kallas på täta revisioner, gärna två gånger per år.

Thyroidea sjukdomar

Thyroidea sjukdomar, hypothyroidism och hyperthyroidism, är ofta odiagnostiserade och subkliniska sjukdomar som kan uppträda hos ca 10% av postmenopausala kvinnor¹². Hjärt-kärl sjukdomar är vanliga hos dessa patienter, och de är ofta nedstämda eller oroliga samt drabbas av muntorrhet och munsveda. Sämre sårhäkning förekommer samt högre incidens av periodontal sjukdom. Patienterna kan vara stresskänsliga, men försiktighet med sedativa rekommenderas.

Bindvävssjukdomar

Bindvävssjukdomar indelas i inflammatoriska ledsjukdomar där reumatoid artrit (RA), juvenil kronisk artrit, morbus Bechterew och reaktiv artrit ingår samt inflammatoriska systemsjukdomar med Sjögrens syndrom (SS), systemisk lupus erythematosus (SLE), sklerodermi och polymyalgia reumatika. I denna sammanställning presenteras enbart RA, SS och SLE.

Reumatoid artrit (RA)

RA drabbar alla kroppens leder och ca 2% av befolkningen har sjukdomen¹³. Den är två till tre gånger vanligare hos kvinnor. Orsaken till RA är okänd, men etiologin tycks vara multifaktoriell och involverar infektioner, genetiska, endokrina och immunologiska faktorer. Ett klassifikationssystem har utformats av American College of Rheumatology 1987 (ACR).

Patienterna drabbas av stelhet och smärta som är mest uttalad

på morgonen så tandbehandling sker bäst senare på dagen. Eftersom handens leder vanligtvis involveras så försvåras ofta den orala hygien. Regelbunden individuell professionell hygienbehandling blir ofta nödvändig liksom utprovande av greppvänliga hygienhjälpmedel. Detta är speciellt viktigt då patienterna tycks ha en högre förekomst av periodontal sjukdom. Femtio procent av patienterna får käkledsinvolvering som kan vara snabb hos ca 25% av de drabbade. Hos ca 10% sker en kraftig käkledsdestruktion.

Andra odontologiska problem kan vara att halsryggen drabbas av artrit, vilket kan medföra instabilitet, och stöd för nacken behövs för dessa patienter. Många patienter (ca 25%) får sekundär Sjögrens syndrom (SS) och muntorrhet. Många läkemedel som används vid behandlingen av RA, kan ge orala biverkningar (Tabell 5).

Tabell 5. Läkemedel vid behandling av RA och eventuell läkemedelsbiverkan.

Läkemedel	Läkemedelsbiverkan
Kortikosteroider	Candidos
Methotrexat	Ulceration
Guld	Lichenoida reaktioner
Pencillamine	Smakförlust Lichenoida reaktioner Svår ulceration
Antimalariamedel	Lichenoida reaktioner
NSAIDs	Lichenoida reaktioner Ulceration

Sjögrens syndrom (SS)

Primär SS är en kronisk reumatisk autoimmun exokrinopati som i första hand drabbar salivkörtlarna och ögats och lungornas exokrina vävnader¹⁴. Andra exokrina organ kan också drabbas. Den finns hos drygt 2% av befolkningen, och 90% av patienterna är kvinnor.

Lång tid brukar ofta förflyta innan diagnosen SS ställs genom att sjukdomen oftast först yttrar sig med torrhet i ögon och mun samt onaturlig trötthet. De diagnostiska kriterierna kan variera mellan olika länder, men i Sverige baseras diagnostiken på de europeiska kriterierna enligt Vitali et al. 2002¹⁵. Det är viktigt att dessa patienter blir utredda av två orsaker: Den ena är diagnostik och avgörande för fortsatt medicinsk och odontologisk behandling och uppföljning, den andra av ekonomiska skäl eftersom patienterna kan få ekonomisk hjälp med ersättning för de omfattande odontologiska behandlingsbehoven som uppkommer pga den låga salivsekretionen (se rutiner för diagnostik och intyg i respektive region).

Förutom den låga salivsekretionen som orsakas av destruktion av salivkörtelvävnaden, så kan en kraftig svullnad av parotiskörtlarna uppkomma. Det är viktigt för tandläkare att veta att patienterna har en 20 till 40 gånger förhöjd risk att drabbas av maligna lymfom. Dessa patienter har stora orala problem med snabb kariesutveckling, men även tal-tugg- och sväljsvårigheter samt dålig smak i munnen. De bör kallas på täta revisionskontroller. Idag finns ingen bra behandling mot SS förutom symptomatisk behandling med saliversättningsmedel och ögondroppar. Pilokarpin (Salagen) används med bra resultat till vissa patienter, och vid hög sjukdomsaktivitet används immunosuppressiv behandling.

Systemisk lupus erythematosus (SLE)

SLE är en kronisk autoimmun kollagen sjukdom som drabbar många organ. Sjukdomen går i skov¹⁶. Den kallas också den röda varegens sjukdom pga av den klassiska hudförändringen över näsrygg och kinder som drabbar vissa patienter. Den är nio gånger vanligare hos kvinnor och kan ge upphov till en rad medicinska problem såsom hjärtsjukdomar med klaffel. Detta innebär att endokarditprofylax kan vara aktuell och även antibiotikaskydd under läkningstiden efter extraktioner hos patienter med svår SLE. Njursjukdomar finns hos ca 75% av patienterna, och

anemier, blödningstendens och läkemedelsbiverkningar är vanliga. Psykiska symtom med nedstämdhet och ångest förekommer. Den orala slemhinnan och läpparna kan drabbas av atrofier och erosioner. Periodontal sjukdom och muntorrhet är vanligt förekommande. Fyrtio till 50% av patienterna drabbas av sekundär SS. SLE är en sjukdom med varierande svårighetsgrad, och patientens läkare bör kontaktas om det finns minsta tveksamhet om patientens allmäntillstånd.

Obstruktiv lungsjukdom

Munhålan kan spela en viktig roll i utvecklingen av lungsjukdom hos redan lungsjuka och sängliggande patienter. Detta genom att infektionsagens från dentala plack aspireras¹⁷. Nosokomiala pneumonier är den näst vanligaste infektionen på sjukhus och utgör 10-15%, där 50% av patienterna avlider i sjukdomen. Risken minskar med 50% om daglig munhygien utförs.

Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)

KOL är en progredierande destruktiv luftrörsbegränsande sjukdom som utgör den tredje vanligaste dödsorsaken hos vuxna. Den är två gånger så vanlig som astma, och ca 5% av befolkningen drabbas. Incidensen ökar med stigande ålder. Frekvent syrgasbehandling och läkemedel ger upphov till muntorrhet. Detta medför ökad förekomst av karies och slemhinneinfektioner med candida och atypiska munhålebakterier. Kariesrisken ökar också pga. ogynnsamt och frekvent intag av näringsdryck. Om patienterna är rökare är det extra viktigt att kontrollera om slemhinnan har erytroplakier och/eller leukoplakier.

Astma

Astma drabbar ca 3% av den vuxna befolkningen, och sjukdomen tycks öka hos barn där den rapporteras vara 7 till 10%. Noggrann anamnes är viktigt, och tandbehandling ska ske då patienten är symtomfri, eller då symtomen är välkontrollerade¹⁸. Alla

tandkliniker bör vara allergiserade eftersom allergiska reaktioner kan orsakas av ämnen och preparat som används i tandvården, exempelvis jod och gummi (latex). Latex bör om möjligt undvikas. Vid behandling ska preparat innehållande adrenalin undvikas och även ordination av acetylsalicylsyra och NSAID. Ordinerar paracetamol vid behov. Astmapatienter är ofta allergiska mot penicillin, och biverkan från astmamediciner förekommer. Inhalation av kortikosteroider kan ge candidainfektioner, och beta₂-agonister kan ge muntorrhet. Ångest och psykisk stress kan utlösa anfall. Om patienten använder bronkodilaterande medel, ska dessa vara tillgängliga under behandlingen som bör ske med patienten halvliggande. Patienten får aldrig lämnas ensam i behandlingsrummet, och patienter med svår astma ska behandlas på sjukhus.

Anemier och generella bristtillstånd

Många grupper av svårt sjuka patienter drabbas av anemier och andra generella bristtillstånd, men den absolut vanligaste gruppen med undernäring är gamla patienter. Det rapporteras att 3 till 5% av våra gamla som bor hemma, har näringsbrist. Detta att jämföra med att 15 till 60% av boende på institution är undernärda. Studier har visat att äldre äter lika bra som andra vuxna, och att intag av C-vitamin har ökat. Däremot är det svårt att inta tillräckliga mängder av D-vitamin. Munslemhinnan är mycket känslig för näringsbrist, och besvär på tungan kan uppträda redan vid låga normala hemoglobinnivåer, och candida i munhålan kan försvinna genom att behandla anemin (Tabell 6). Undernäring påverkar dessutom patienterna negativt genom att de har långsammare tillfrisknande vid sjukdom, och immunförsvaret blir sämre vilket ger fler infektioner och ökad dödlighet. Diskussioner förs idag inom tandvården om patienter med misstänkt försämrat immunförsvaret ska ha antibiotika skydd vid blodiga ingrepp i munhålan. Ansvarig läkare måste kontaktas i samtliga fall för beslut om antibiotikaskydd behövs eller inte.

Bristtillstånd som kan påverka munnens slemhinnor:

- Vitamin A: minskat salivflöde, uttorkning och hyperkeratos i munslemhinnan, försämrad smakförmåga
- Vitamin K: fördröjd koagulationsförmåga vid ingrepp, spontanblödning
- Niacin: atrofi av filiforma papiller med smärta från tunga och mun, tungsveda
- Riboflavin: munvinkelragader, röd skrovlig tunga
- Folsyra: glatt, rodnad tunga, gingivit, erosioner på tunga och/eller munslemhinna
- Vitamin C: sköra slemhinnor, långsam sårhäkning (skörbjugg)
- Järnbrist: vaxblek hud, sköra naglar och hår, munvinkelsår, avplanad röd tunga och sväljsvårigheter
- Vatten-vätskebrist kan ge sköra slemhinnor med tung- och munsveda.

När man beaktar den stora betydelsen som kosten har för individens välmående och hälsa, så kan man förundra sig över det svala intresse som ibland finns från sjukvårdens sida att tillgodosätta patienternas behov av tandvård.

Tabell 6. Orala problem som är vanliga hos patienter med näringsbrist.

Objektiva fynd	Subjektiva problem
Svampinfektioner	Muntorrhet
Muntorrhet	Munsveda
Munvinkelragader	Metallsmak
Slemhinneförändringar: tunn skör slemhinna sår eller rodnader	Smärta från sår
Tungförändringar: papillatrofi röd, torr tunga	

Läkemedelsbiverkningar: Behandling med bisfosfonater

En ny grupp av läkemedel mot skelettsjukdomar har introducerats. Dessa läkemedel påverkar benmetabolismen, och omkring 1.500 fall med käkbensnekroser har inrapporterats hos patienter som har behandlats med bisfosfonaterna zoledronat och/eller pamidronat. En majoriteten av de patienter som har fått käkbensnekroser, har behandlats med bisfosfonater mot maligna sjukdomar med skelettmetastaser, men även patienter med osteoporos och reumatoid artrit har drabbats. Viktigt för tandläkare är att känna till att det finns riktlinjer för prevention och behandling av bisfosfonatrelaterad käkbensnekros. Innan bisfosfonat behandling påbörjas, gäller det att patienterna ska vara undersökta och behandlade avseende infektionsfokus såsom apikal osteit och periodontala infektioner. För patienterna trots detta käkbensnekros så ska de handläggas av käkkirurg eller sjukhus-tandläkare¹⁹.

Sambandet mellan oral hälsa och allmänsjukdomar

En diskussion pågår för närvarande om det finns ett sambandet mellan den orala hälsan och då speciellt periodontit och allmänsjukdomar. Kan orala sjukdomar orsaka allmän sjukdom, eller föreligger det motsatta förhållandet? Forskning pekar på ett samband mellan diabetes och periodontal sjukdom, medan sambandet är mindre tydligt mellan periodontal sjukdom och hjärt-kärl sjukdomar. Mycket arbete kvarstår emellertid innan sambandet mellan orsak och verkan är klarlagda²⁰.

Klart är att oral hälsa ska beaktas som en del av den allmänna hälsan och inte separeras ut från resten av kroppen. I detta sammanhang måste betonas att alla kroniska sjukdomar är multifaktoriella, vilket gör att det är svårt att beakta alla riskfaktorer så-

som genetik, socioekonomiska faktorer och miljöfaktorer. Vår uppgift som tandläkare är att förebygga sjukdom på alla nivåer, inte bara i munnen.

LITTERATUR

1. Larsson B, Bäckman N, Holm AK. Medicinsk riskbedömning med hjälp av ASA-klassificering. *Tandläkartidningen* 2000; 92: 28-32.
2. Wilson W, Taubert K, Gewitz M, Lockhart P, Baddour L et al. Prevention of infective endocarditis. Guidelines from the American Heart Association. *Circulation* 2007; 115: 1736-54.
3. Scully C, Cawson RA, eds. *Medical problems in dentistry*. 5th ed. Bath: Elsevier Health Sciences Great Britain; 2005.
4. *Munhälsa. Sjukdom och funktionshinder*. Göteborg: Mun-H-Center förlag. Rondo Grafisk Kommunikation Sverige; 2007.
5. Jowett NI, Cabot LB. Patients with cardiac disease: considerations for the dental practitioner. *Brit Dent J* 2000; 189: 297-302.
6. www.infektion.net/klinik/hjarta/endikardit
7. Blomgren J, Eriksson H, Sjöberg WA. Är det medicinskt motiverat att justera Warandosen inför extraktion? *Tandläkartidningen* 2003; 95: 38-44.
8. Fatahzadeh M, Glick M. Stroke: epidemiology, classification, risk factors, complications, diagnosis, prevention, and medical and dental management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 102: 180-91.
9. Fiske J, Boyle C. Epilepsy and oral care. *Dent Update* 2002; 29: 180-187.
10. Lobbezoo F, Naeije M. Dental implications of some common movement disorders: A concise review. *Arch Oral Biol* 2007; 52: 395-8.
11. Vernillo AT. Dental considerations for the treatment of patients with diabetes mellitus. *J Am Dent Assoc* 2003; 134: 24-33.
12. Pinto A, Glick M. Management of patients with thyroid disease. *J Am Dent Assoc* 2002; 133: 849-58.

13. Treister N, Glick M. Rheumatoid arthritis: A review and suggested dental care considerations. *J Am Dent Assoc* 1999; 130: 689-98.
14. Fox P, Brennan M, Pillemer S, Radfar L, Yamano S, Baum BJ. Sjögren's syndrome: A model for dental care in the 21st century. *J Am Dent Assoc* 1998; 129: 719-28.
15. Vitali C, Bombardieri R, Jonsson R, Moutsopoulos HM, Alexander EL et al. Classification criteria for Sjögren's Syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 554-8.
16. Rossi SS, Glick M. Lupus erythematosus: considerations for dentistry. *J Am Dent Assoc* 1998; 129: 330-9.
17. Fourrier F, Duvivier B, Boutigny H, Roussel-Delvallez M, Chopin C. Colonization of dental plaque: A source of nosocomial infections in intensive care units patients. *Crit Care Med* 1998; 26: 301-8.
18. Steinbacher DM, Glick M. The dental patient with asthma; An update and oral health considerations. *J Am Dent Assoc* 2001; 132: 1229-39.
19. Marx RE, Sawarti Y, Fortin M, Broumand V. Bisphosphonate-induced exposed bone (osteonecrosis/osteopetrosis) of the jaws. Riskfactors, recognition, prevention and treatment. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63: 1567-75.
20. Tennenbaum H, Matthews D, Sándor G, McCulloch C. Oral health-Systemic health: What is the true connection? *J Can Dent Assoc* 2007; 73: 211-6.

