

Parodontalvård i Norrbotten vårdprogram

Syfte

Detta vårdprogram har som mål att skapa ett gemensamt synsätt när det gäller parodontalt omhändertagande och gemensamma värderingar inom området parodontalvård.

Vårdprogrammet är baserat på aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet inom ämnesområdet. Det ger allmänna behandlingsrekommendationer som har visat sig vara framgångsrika i de flesta fall. Patientbehandling måste dock alltid anpassas efter den enskilda individen allt efter sjukdomsyttningar. Ett vårdprogram som detta kan ge den grund utifrån vilket individuella modifieringar kan göras.

Den odontologiska kunskapen växer och ändrar innehåll hela tiden. Ett vårdprogram är därför inget för alltid givet, utan måste naturligtvis vara föremål för ständig revision och förbättringar. Förhoppningsvis kan dock ett dokument som detta utgöra en grund för ett sådant arbete och fungera som ett instrument för kommunikation mellan olika vårdgivare.

Omfattning

Allmäntandvården, Specialisttandvården, Privattandvården, Enheten för Käkkirurgi/Orofacial Medicin

Innehåll

Syfte.....	1
Munhälsa och allmän hälsa hänger ihop	2
Gingivala sjukdomar	3
Parodontala sjukdomar	4
Basprofylax - vuxna	5
Parodontal undersökningsmetodik	6
Parodontala registreringsmetoder	7
Parodontala diagnoser – nya och gamla	8
Gingivala sjukdomar	15
Parodontala sjukdomar	19
Parodontit	20
Parodontal diagnostik vid revisionsundersökning av vuxna	20
Parodontal registrering i journaler.....	21
Förenklat parodontal vårdprogram	24
Målsättning för parodontalt omhändertagande av barn- och ungdom.....	27
Parodontal undersökningsmetodik, barn och ungdomar	29

Antiseptika vid parodontal behandling.....	38
Vid icke-kirurgisk parodontal behandling.....	39
Antibiotika vid parodontal behandling.....	40
Mikrobiologisk provtagning - bakterieprov	41
Parodontal epidemiologi i Norrbotten (EPI-norr)	42
EPI – norr 1991 – 2011	45
Specialisttandvården i Norrbotten	46

Munhälsa och allmän hälsa hänger ihop

Under de senaste 30 åren har forskare intresserat sig alltmer för kopplingen mellan kroniska orala infektioner och en ökad risk för allmän sjukdomar utanför munhålan. Den mest omfattande forskningen har gjorts på diabetes och kardiovaskulära sjukdomar och här förväntas parodontal behandling ha en positiv inverkan på sjukdomsförloppet. Diabetiker har gravare parodontit än icke-diabetiker, men alla detaljer om parodontitens inverkan på diabetes är inte klarlagda. Det förefaller som om diabetes är vanligare förekommande hos parodontitpatienter än hos individer med god parodontal hälsa.

Sambandet mellan kroniska orala infektioner och kardiovaskulära sjukdomar (CVD) har fastslagits i ett flertal omfattande epidemiologiska studier. Majoriteten av evidensen avser sambandet mellan parodontit och åderförkalkning och parodontit har erkänts som en oberoende riskfaktor för CVD. Det finns också ett antal genetiska faktorer som skulle kunna göra en individ predisponerad för både parodontit och CVD. Interventionsstudier har visat att med lämplig parodontal behandling är det möjligt att påverka riskfaktorer för CVD. Därmed är parodontal behandling även gynnsamt för den allmänna hälsan.

Svenska forskare har funnit ett samband mellan parodontit och Alzheimers sjukdom. Patienter med nedsatt kognition har mer än tre gånger så hög risk att ha karies och alzheimerpatienter mer än 15 gånger så hög risk att ha tandfickor djupare än 6 millimeter. Resultatet, med ett tydligt samband mellan parodontit och Alzheimers sjukdom, ligger väl i linje med flera tidigare studier, men forskarna efterlyser långtidsstudier för att kunna fastslå orsakssambandet.

En ökad prevalens av parodontit hos patienter med reumatoid artrit har i flera studier påvisats. Men resultaten är motstridiga och något orsakssamband har inte kunnat bekräftas. Det krävs ytterligare forskning för att klarlägga mekanismerna som kopplar samman de två sjukdomarna.

Det är inte bara kärllhälsan som kan påverkas av parodontit. Nu har spanska forskare hittat belägg för att kronisk parodontit kan vara en riskfaktor även för impotens. I en fall-kontrollstudie omfattande 80 impotens-patienter och 78 åldersmatchade kontroller har spanska forskare hittat belägg för att kronisk parodontit skulle kunna vara en riskfaktor för impotens. Studien som

tog hänsyn till faktorer som grad av impotens, ålder, rökning, alkoholintag, diabetesförekomst, förekomst av hjärt-kärlsjukdom, biokemiska data för bland annat testosteron, kolesterol och triglycerider samt åtta parodontala variabler visade ett signifikant samband mellan de två tillstånden. Patienterna med impotens hade mer än dubbelt så hög risk att dessutom vara drabbade av kronisk parodontit. Forskarna efterlyser, precis som många andra, fler studier för att bekräfta eventuella sambandet.

Med ökande ålder blir sambandet mellan mun- och allmänhälsa mer påtagligt. Sjukdom och medicinering påverkar munhälsan. Den som är skör eller har sviktande hälsa påverkas särskilt starkt både fysiskt och psykiskt av oral ohälsa. Listan på tillstånd som visats kunna ha samband med munhälsa är lång. På listan finns som sagt diabetes, hjärt-kärlsjukdom, reumatisk sjukdom, demens men även impotens, sjukdomar i luftvägarna, graviditets-komplikationer, osteoporos, psoriasis, Parkinson sjukdom och cancer. Sambanden är dock inte direkta och helt tydligt klarlagda utan mer forskning behövs men mycket pekar mot att frisk munhälsa är väldigt viktig för god allmän hälsa.

Målsättning för parodontalt omhändertagande av vuxna individer

- Förebygga gingival och parodontal sjukdom.
- Öka kunskaperna om gingivala och parodontala sjukdomar och dess orsaker.
- Identifiera individer med sjukdom genom effektiva diagnostiska metoder.
- Ombesörja ett adekvat omhändertagande av individer med parodontal sjukdom på rätt vårdnivå.

Inom parodontalvård diagnostiseras och behandlas främst reaktionsmönster och **sjukdomstillstånd i de parodontala vävnaderna** d.v.s. de mjuk- och hårdvävnader som utgör tandens upphängningsapparat. Beroende på vilken anatomisk enhet som drabbats skiljer man på **gingivala och parodontala sjukdomar**. Ytterligare ett område som idag innefattas av parodontalt omhändertagande gäller diagnos och behandling av **sjukdomstillstånd vid implantat** såsom mukositis samt peri-implantit.

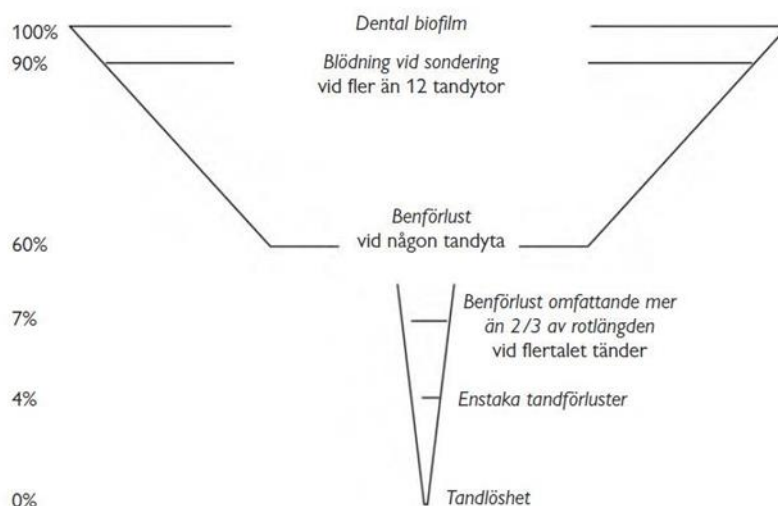
Gingivala sjukdomar

I de gingivala sjukdomarna innefattas både plackrelaterade tillstånd och icke sådana. Absolut vanligaste reaktionen i de gingivala vävnaderna är plackrelaterad **gingivit**. Gingivit är kroppens naturliga svar på bakteriell plackansamling. Det är en reversibel process och inflammationen läker ut efter att den bakteriella biofilmen/plackett avlägsnats. Den inflammatoriska reaktionen kan modifieras av olika faktorer som medicinering, sjukdomar, hormonella faktorer, specifika infektioner mm. Plackrelaterade gingiviten anser man föregår parodontitläsionen även om detta inte är helt bevisat.

I de gingivala sjukdomarna ingår också **specifika infektioner, oralmedicinska sjukdomstillstånd och traumatiska läsioner** som manifesterar sig på olika sätt i de gingivala vävnaderna och som kräver speciell behandling. Kombination med plackrelaterad gingivit förekommer ofta.

Parodontala sjukdomar

I de parodontala sjukdomarna ingår olika former av parodontit och parodontitassocierade läsioner. **Parodontit** drabbar populationen selektivt. Detta betyder att i epidemiologiska studier kan iaktas en skevhet i fördelningen av sjukdomen, så att de flesta är friska och endast en mindre del av befolkningen drabbas av sjukdom. Parodontitförekomsten ökar med stigande ålder. Cirka 10 % av befolkningen är drabbade av grav parodontit. Sjukdomen ger irreversibla skador på parodontiet men genom adekvat behandling kan man förhindra progression av sjukdomen eller förlångsamma sjukdomsprocessen.



Figur 1.2 Förekomst av olika tillstånd för personer i åldersgruppen 50 år baserade på uppgifter från studier med regionalt urval i Sverige [4–6].

SBU-rapport 2004

Parodontitsjukdomen kan variera på ett mycket individuellt sätt, med generell eller lokal utbredning och kan uppvisa ett långsamt eller ett aggressivt, snabbare förlopp. Parodontit anser man idag, drabbar individer med disposition för sjukdomen men en samtidig bakteriell infektion måste förekomma. Därför är det alltid viktigt att eftersträva **plackfrihet** både i sjukdomsbehandling och i förebyggande effekt.

Även parodontala sjukdomar påverkas och modifieras av faktorer såsom allmänsjukdomar, specifika infektioner, rökning, medicinering samt genetiska faktorer som modulerar infektions- och inflammationsförsvaret.

Dessa faktorer är mer eller mindre lätta att påverka. **Rökning** anses som en säkerställd riskfaktor för parodontitutveckling. Det är en faktor som kan vara möjlig att påverka hos den enskilda individen.

Då parodontit är en förhållandevis vanlig sjukdom i populationen så bör man sprida kunskaper om gingivala och parodontala sjukdomar och deras orsakssammanhang.

”Det är egentligen inte så att bakterier attackerar kroppen och gör så att man blir sjuk. Det är snarare så att det är kroppen som avgör hur och när bakterier ska få agera”.

Lisbeth Sachs

Basprofylax - vuxna

Syftet med basprofylax är att vidmakthålla en god munhälsa hos majoritet av individer. Vi kan idag inte med säkerhet förutsäga vem som kommer att utveckla parodontit. Det bakteriella placket och biofilmen är dock den bidragande orsaken till både gingivit och parodontit. En god egenvård har betydelse för att vidmakthålla hälsa genom att minska den bakteriella infektionen. Rökning är en påverkbar riskfaktor för parodontit.

Därför bör varje individ kunna utföra:

- **adekvat plackkontroll dels med tandborste och dels med munhygieniska hjälpmedel för utrymmet mellan tänderna**

och ha kännedom om:

- **nödvändigheten av regelbundna munhygienvanor för att minska risken för sjukdom**
- **tobaksvanor och deras samband med allmän – och parodontal hälsa**

Mycket av innehållet i det som kallas basprofylax är sådan information som inte kräver speciellt inbokade besök utan ingår i patientens allmänna revisionsvård. Alla i tandvårdsteamet kan ge denna kunskap.

Ge konkreta tips och praktiska tips när det gäller egenvård.

Visa mer och prata mindre. Ge beröm och uppmuntra.

Se till att det finns tillgängliga munhygieniska hjälpmedel samlade på ett ställe i rummet.

Se till att patienten köper med sig de hjälpmedel han eller hon behöver direkt efter instruktion.

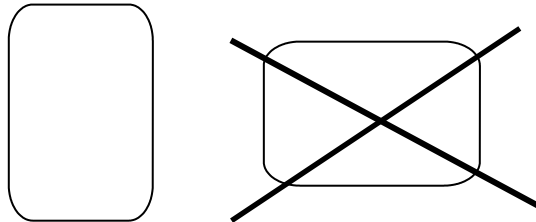
Parodontal undersökningsmetodik

Anamnes

- **Allmän** - inkluderande rökvanor och ev. hereditet gällande parodontit
- **Oral**

Status

- **Fickdjups-screening** vid 6 punkter på alla tänder i bettet
- **Röntgen, stående bitewing** rekommenderas för bedömning av marginala benkanter/bennivåer.



- **Bedömning av placksituation.**
- **Bedömning av gingivans utseende och inflammationsgrad.**

OBS! Om parodontala problem konstateras vid screening runt alla tänder, bör **fullständig parodontal undersökning** utföras som innefattar:

- **Fullständig fickstatus med blödning (tandfickor på 4 mm eller mer registreras)**
- **Plack- och gingivalindex, mobilitet och furkationsinvolveringar**
- **Utökad röntgenundersökning i form av helstatus och ev OPG om möjligt.**

Dessutom utformas en terapiplan, vilket görs i samarbete mellan tandhygienisten och patientens **ansvariga tandläkare**.

Allmänt om risk

För att bedöma risk för parodontitutveckling brukar man skilja på **risk-faktorer och riskindikatorer (riskmarkörer)**. De första innebär en större risk att insjukna i sjukdomen medan de senare har visat ett samband med sjukdomen eller med hur sjukdomen utvecklas, utan att man kunnat bevisa att de ökar risken för insjuknande.

Risikfaktorer	Riskindikatorer
Stigande ålder	Tidigare parodontiterfarenhet
Rökning	Diabetes
Vissa genetiska sjukdomar	Stress
Ärftlig koppling till parodontit	Genetiska sjukdomar och variationer
	Immunodefekter

Parodontala registreringsmetoder

Plackregistrering

Plackindex, PII

Plack registreras lämpligen dikotomt, dvs. finns plack eller ej. Förekomst av plack markeras med en prick på aktuell yta. Detta görs genom infärgning eller att man använder sondspetsen som förs längs aktuell tandyta för att se om synligt plack finns. Sedan räknar man ut, på hur många % av tandytorna det finns plack.

Gingivitregistrering (GI alt. BII)

Gingivitindex alt Blödningsindex

Gingivit registreras även det dikotomt dvs. gingivit eller inte. Sondspetsen förs längs tandköttsfickans mynning och sedan ser man om en blödning uppstår inom 30 s. Alternativt trycker man med den trubbiga delen av sonden på utsidan av marginala gingivan, komprimerar mjukvävnaden och bedömer blödning efter detta. % blödande ytor räknas ut därefter.

Fickdjupsregistrering

Registreras på 6 ytor. Sondtrycket får ej vara för kraftigt, ca 25 -30 g, speciellt inte i inflammerad vävnad. Följ tandytan parallellt. Registrera **blödning vid sondering** inom 30 s efter att sonden tagits bort från tandköttsfickan. Fickor lika med eller över 4 mm registreras. Bedöm även rotytan vid ficksondering, ojämnheter, fåror, fyllnings- och kronskarvar subgingivalt och andra försvårande faktorer.

Furkaturreregistrering

- **Grad I:** Den horisontella komponenten är ringa och sonden enbart sonderar öppningen av furkationen
- **Grad II:** En horisontell komponent finns och sonden når in till mitten av furkaturen.
- **Grad III:** Den horisontella komponenten är betydande och sonden passerar genom hela furkaturen.

Mobilitetsregistrering

1. Rörlighet 0,2-1mm
2. Rörlighet >1mm
3. Rörlighet även i axial led

Röntgenanalys

Bedömning av:

- Marginal bennivå
- Förekomst av vertikala defekter
- Utseendet på marginala benet
- Förekomst av furkationsinvolveringar
- Ev. progression av benförlust över tiden

Parodontala diagnoser – nya och gamla

En klassificering av sjukdomstillstånd i vävnader runt tänder och tandimplantat är nödvändig för att underlätta kommunikationen mellan vårdgivare inom professionen och mellan tandvården, patienter och myndigheter. En klassificering skall även vara ett ramverk för klinisk forskning, särskilt vid genomförandet av epidemiologiska studier och behandlingsforskning.

En stor förändring av klassificering av parodontala sjukdomstillstånd genomfördes vid det internationella konsensusmötet 1999. Beskrivningen kom att omfatta parodontit som (i) kronisk, (ii) aggressiv (lokal och generell), (iii) nekrotiserande och (iv) manifestering av allmänsjukdom. Även om denna fram till idag gällande klassificering använts i stor omfattning inom klinisk verksamhet, forskning och nationella riktlinjer för tandvården, har ny forskning inom fältet visat på överlappningar mellan tillstånd och brister i möjligheten att särskilja mellan framförallt kronisk och aggressiv parodontit. Begreppet kronisk och aggressiv parodontit är passerat och bör inte längre användas i kliniska situationer.

Med denna utgångspunkt genomfördes i november 2017 ett nytt internationellt konsensusmöte i Chicago; ”World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions”, arrangerat av ämnesorganisationerna American Academy of Periodontology (AAP) och European Federation of Periodontology (EFP).

I. Parodontal hälsa/Gingivala sjukdomar

Det viktigaste kliniska måttet att påvisa sjukdom i parodontala vävnader är blödning vid sondering (BoP) och gränsvärdet för att särskilja mellan individer med parodontal hälsa och patienter med gingivit angavs till 10 % BoP. Parodontal hälsa kännetecknas av sonderingsdjup (PPD) ≤ 4 mm och kan påvisas vid både intakt och reducerat parodontium. Gingivala sjukdomar indelas i plack-inducerade och icke-plack-inducerade tillstånd. Till den senare och mer ovanliga kategorin räknas lokalt förekommande lesioner eller tillstånd som kan kopplas till allmänsjukdomar. Plack-inducerad gingivit är en inflammationsprocess som är ett resultat av interaktioner mellan bakteriell biofilm och värdens infektionsförsvar. Lesionen är begränsad till bindvävsområdet intill gingivans fickepitel och når inte kontakt med tandens fästeapparat.

Periodontal Health and Gingivitis: Consensus Report Chapple, Mealey, et al. 2018 Active link to consensus report	Gingival Diseases: Case Definitions and Diagnostic Considerations Trombelli, Tatakis, et al. 2018 Active link to case definitions
---	--

PERIODONTAL HEALTH, GINGIVAL DISEASES/CONDITIONS

- 1. Periodontal health and gingival health**
Lang & Bartold 2018 [link](#)
 - a. Clinical gingival health on an intact periodontium
 - b. Clinical gingival health on a reduced periodontium
 - i. Stable periodontitis patient
 - ii. Non-periodontitis patient
- 2. Gingivitis – dental biofilm-induced**
Murakami et al. 2018 [link](#)
 - a. Associated with dental biofilm alone
 - b. Mediated by systemic or local risk factors
 - c. Drug-influenced gingival enlargement
- 3. Gingival diseases – non-dental biofilm induced**
Holmstrup et al. 2018 [link](#)
 - a. Genetic/developmental disorders
 - b. Specific infections
 - c. Inflammatory and immune conditions
 - d. Reactive processes
 - e. Neoplasms
 - f. Endocrine, nutritional & metabolic diseases
 - g. Traumatic lesions
 - h. Gingival pigmentation

II. Parodontit

Konsensusmötet konstaterade att tre former av parodontit kan särskiljas. Utöver de tidigare beskrivna formerna nekrotiserande parodontal sjukdom och parodontit som manifestering av allmänsjukdom existerar en kategori, samlad under benämningen parodontit. Den nya kategorin parodontit omfattar således båda de tidigare formerna kronisk och aggressiv parodontit.

Klinisk definition av parodontit skall baseras på 3 element: (i) kategorisering av individ som parodontitpatient, (ii) identifiering av distinkt form av parodontit och (iii) en klinisk beskrivning som påverkar terapibeslut och prognosbedömning.

Konsensusmötet presenterade därför ett nytt system för klassificering av parodontitpatienter bestående av en indelning i sjukdomsstadier och prognosgrader. Indelningen i sjukdomsstadier (I–IV) är huvudsakligen baserad på svårighetsgraden av parodontit och den komplexitet med avseende på omfattning av behandlingsbehov som kan föreligga. För alla 4 stadier görs även en bestämning av sjukdomens utbredning: lokaliserad (< 30 % av tänder), generell eller enbart molar/incisiv-lokalisation. Prognos-gradering (A, B, C) bygger på information som inhämtats om patientens sjukdomshistoria (progressionshastighet), prognos/ bedömning av förväntat behandlingsutfall och risk för framtida sjukdomsrecidiv.

Periodontitis Consensus Report
Papapanou, Sanz et al. 2018
[Active link to consensus report](#)

Staging and Grading of Periodontitis:
Framework and Proposal of a New
Classification and Case Definition
Tonetti, Greenwell, Kornman 2018
[Active link to case definitions](#)

FORMS OF PERIODONTITIS

1. Necrotizing Periodontal Diseases

Herrera et al. 2018 [link](#)

- a. Necrotizing Gingivitis
- b. Necrotizing Periodontitis
- c. Necrotizing Stomatitis

2. Periodontitis as Manifestation of Systemic Diseases

Jepsen, Caton et al. 2018 Consensus Rept [link](#)

Albandar et al. 2018 [link](#)

Classification of these conditions should be based on the primary systemic disease according to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) codes

3. Periodontitis

Fine et al. 2018 [link](#)

Needleman et al. 2018 [link](#)

Billings et al. 2018 [link](#)

a. Stages: Based on Severity¹ and Complexity of Management²

Stage I: Initial Periodontitis

Stage II: Moderate Periodontitis

Stage III: Severe Periodontitis with potential for additional tooth loss

Stage IV: Severe Periodontitis with potential for loss of the dentition

b. Extent and distribution³: localized; generalized; molar-incisor distribution

c. Grades: Evidence or risk of rapid progression⁴, anticipated treatment response⁵

i. Grade A: Slow rate of progression

ii. Grade B: Moderate rate of progression

iii. Grade C: Rapid rate of progression

Parodontit - sjukdomsstadier

Sjukdomsstadierna bestäms i första hand genom bedömning av stödjevådnadsförlust, d.v.s. kliniskt mått av fästeförlust eller omfattning av benförlust i röntgenbilder. Stadierna I och II avser mild- och måttlig grad av parodontit med 1-2 mm (I) eller 3-4 mm (II) klinisk stödjevådnadsförlust, alternativt benförlust inom koronala tredjedelen (<15% för stadie I, 15-33% för stadie II) av rotens längd. För stadierna I och II noteras inga tandförluster som orsakats av parodontit och inga eller endast enstaka fynd av angulära/vertikala bedefekter. Dessutom noteras sonderingsdjup (PPD) ≤4 mm inom stadie I och ≤5 mm inom stadie II.

Sjukdomsstadierna III och IV avser svåra former av parodontit med klinisk fästeförlust ≥5 mm alternativt benförlust som överstiger koronala tredjedelen av roten. Patienter med stadie III har även förlorat maximalt 4 tänder medan patienter med stadie IV har förlorat 5 eller fler tänder på grund av parodontit. Till komplexitetsbedömning för stadie III adderas kriterierna för stadierna I och II med fynden av PPD ≥6 mm, angulära bedefekter ≥3 mm och furkationsinvolvering grad 2 och 3. För komplexitetsbedömning av stadie IV läggs fynd utöver de som beskrivs för stadie III även behov av bettrekonstruktiva åtgärder på grund av tandmobilitet ≥ grad 2, bettkollaps, tandvandring och < 20 kvarvarande tänder (10 antagonist-par).

Här nedan ser ni en modifierad Norrbottens modell för sjukdomsstadier:

Klassificering av parodontittpatienter – indelning i sjukdomsstadier. World Workshop on Periodontology, Chicago, 2017 / J Clin Periodontol 2018

Sjukdomsstadier	Stadie I	Stadie II	Stadie III	Stadie IV
Svårighetsgrad	Benförlust i röntgenbilder Inom koronal tredjedel av rot (<15%)	Inom koronal tredjedel av rot (15% - 33%)	Överstiger koronal tredjedel av rot	
	Tandförlust	Ingen tandförlust orsakad av parodontit	Förlust av ≤4 tänder orsakad av parodontit	Förlust av ≥5 tänder orsakad av parodontit
Komplexitet	Fickdjup	Max PPD ≤4 mm	Max PPD ≤5 mm	PPD ≥6 mm
		Inga vertikala bendefekter ≥3 mm	Vertikala bendefekter ≥3 mm	Utöver komplexitet för stadie III: Behov av bettekonstruktiva åtgärder på grund av: - nedsatt tuggfunktion - tandmobilitet ≥ grad 2 - bettkollaps - tandvändring - < 20 kvarvarande tänder (10 antagonist-par)
	Furkationsinvolveringar	Ingen furkationsinvolvering grad II eller III	Furkationsinvolvering grad II och III	
Utbredning	Sjukdomens utbredning för varje stadie; lokal (<30% av tänderna), generell eller molar/ incisiv-mönster			

Parodontit - prognosgradering

Vid prognosgradering görs en bedömning av patientens sjukdomshistoria med avseende progressionshastighet. För en låg progressionshastighet (grad A) skall ingen klinisk fästeförlust/ benförlust skett över 5 år. Vid avsaknad av tillgång till tidigare dokumentation (kliniska data/ röntgenbilder) görs en bestämning av benförlust vid den värst drabbade tanden i förhållande till patientens ålder, d.v.s. benförlust i % av rotlängd dividerat med ålder. För grad A gäller benförlust/ålders-score <0,25. Dessutom bedöms plack-mängd på tänder i relation till omfattningen av stödjevävnadsförlust. För grad A förutsätts stor plack-mängd på tänder och ringa omfattning av stödje- vävnadsförlust.

Måttlig progressionshastighet (grad B) baseras på klinisk fästeförlust/benförlust < 2mm över 5 år. Vid avsaknad av tidigare dokumentation används benförlust/ålders-score 0,25 - 1,0. Bedömning görs att plack-mängd korrelerar till omfattningen av stödjevävnadsförlust. Patienter med grad C har en historia av hög progressionshastighet av parodontit där klinisk fästeförlust/benförlust är ≥2mm över 5 år. Om tidigare dokumentation saknas används benförlust/ålders-score >1,0. Dessutom är omfattningen av stödjevävnadsförlusten avsevärt större än förväntad nivå i relation till observerad plack-mängd. Vissa mönster av sjukdomsutveckling ger även indikation om snabb sjukdomsutveckling, t.ex. molar/incisiv-lokalisation.

Vid prognosbedömning används även information beträffande rökvanor och förekomst av diabetes. För grad A skall patienten vara icke-rökare, ha normala blodsockervärden och ingen diabetes diagnos. Patienter som klassas grad B omfattar rökare (<10 cigaretter/dag) och välinställd diabetes. Motsvarande värden för patienter (rökare och diabetiker) som klassas i grad C är >10 cigaretter/dag och dålig blodsockerkontroll.

Här nedan ser ni modifierad Norrbottens modell för prognosgrader:

Klassificering av parodontitpatienter – prognosgrader. World Workshop on Periodontology, Chicago, 2017/ J Clin Periodontol 2018

Prognosgradering		Grad A	Grad B	Grad C
Kriterier	Direkt bedömning av sjukdomsutveckling (progressionshastighet)	Ingen benförlust över 5 år	< 2 mm benförlust över 5 år	≥ 2 mm benförlust över 5 år
	Jämförelse av röntgenbilder över tid beträffande benförlust			
	Benförlust/ålders-score*	<0.25	0.25 - 1.0	>1.0
Modifierande faktorer	Indirekt bedömning av sjukdomsutveckling (progressionshastighet)	Omfattande mängd plack/tandsten och visuella sjukdomstecken tillsammans med ringa grad av stödjevävnadsförlust	Mängd plack/tandsten och visuella sjukdomstecken korrelerar till omfattningen av stödjevävnadsförlust	Omfattningen av stödjevävnadsförlust är stor i förhållande till förekomst av plack/tandsten och visuella sjukdomstecken. Vissa mönster av sjukdomsutveckling kan ge indikation om snabb sjukdomsutveckling, t.ex. molar/incisiv-lokalisation
	Rökning	Icke-rökare	Rökare; <10 cig/dag	Rökare; >10 cig/dag
Modifierande faktorer	Diabetes	Normala blodsockervärden Ingen diabetesdiagnos	Välinställd diabetes	Diabetes med dålig blodsockerkontroll

* Bedömning av benförlust vid den värst drabbade tanden i förhållande till patientens ålder, dvs benförlust i % av rotlängden dividerat med ålder

III. Allmänsjukdomar associerade med förlust av parodontal stödjevävnad

Konsensusmötet konstaterade att det finns ett flertal, relativt sällsynta allmänsjukdomar (t.ex. Papillon Lefevre) som ofta manifesteras som tidigt och snabbt utvecklande parodontit. Dessa klassificeras inom kategorin ”parodontit som manifestering av allmänsjukdom”, med utgångspunkt från patientens systemsjukdom. Det fastslogs även att det saknas evidens för att traumatiska ocklusala krafter kan orsaka stödjevävnadsförlust, cervikala kilformiga defekter eller gingival retraktion. Förändringar i terminologi gjordes för vissa områden, bl.a. för ”biologic width” som ersätts med ”supra-crestal attachment”, d.v.s. dimensionen av gingivans epiteliala och bindvävsbaserade fäste.

Periodontal Manifestations of Systemic Diseases and Developmental and Acquired Conditions: Consensus Report
Jepsen, Caton et al. 2018
[Active link to consensus report](#)

PERIODONTAL MANIFESTATIONS OF SYSTEMIC DISEASES AND DEVELOPMENTAL AND ACQUIRED CONDITIONS

1. Systemic diseases or conditions affecting the periodontal supporting tissues

Albandar et al. 2018 [link](#)

2. Other Periodontal Conditions

Papapanou, Sanz et al. 2018 [link](#)

Herrera et al. 2018 [link](#)

- a. Periodontal Abscesses
- b. Endodontic-Periodontal Lesions

3. Mucogingival deformities and conditions around teeth

Cortellini & Bissada 2018 [link](#)

- a. Gingival phenotype
- b. Gingival/soft tissue recession
- c. Lack of gingiva
- d. Decreased vestibular depth
- e. Aberrant frenum/muscle position
- f. Gingival excess
- g. Abnormal color
- h. Condition of the exposed root surface

4. Traumatic occlusal forces

Fan & Caton 2018 [link](#)

- a. Primary occlusal trauma
- b. Secondary occlusal trauma
- c. Orthodontic forces

5. Prostheses and tooth-related factors that modify or predispose to plaque-induced gingival diseases/periodontitis

Ercoli & Caton 2018 [link](#)

- a. Localized tooth-related factors
- b. Localized dental prostheses-related factors

IV. Peri-implantära sjukdomar och tillstånd

För första gången gjordes en klassificering av peri-implantära sjukdomar och tillstånd vid en "World workshop". En tydlig distinktion gjordes mellan en sjukdomsbeskrivande definition och klinisk definition (case definition). Konsensusmötet fastslog att tre tillstånd existerar i peri-implantära vävnader; peri-implantär hälsa, peri-implantär mukosit och peri-implantit.

Peri-implantär hälsa

En frisk vävnad runt ett tandimplantat visar inga kliniska tecken på inflammation, såsom rodnad och svullnad, och ingen blödning eller pus vid sondering. Det finns ingen definierad nivå av sonderingsdjup (PPD) som är utmärkande för en frisk peri-implantär vävnad. Peri-implantär hälsa kan påvisas vid både intakt och reducerad stödjevävnadsnivå. En frisk peri-implantär vävnad får däremot inte uppvisa ökning av sonderingsdjup från tidigare undersökningstillfälle eller benförlust som är större än den initiala bennivåförändring som sker efter installation av tandimplantat.

Peri-implantär mukosit

Peri-implantär mukositis karakteriseras av en inflammation i mjukvävnaden runt ett tandimplantat som inte uppvisar förlust av stödjande ben. Inflammationsprocessen är lokaliserad till bindvävsområdet omedelbart intill fickepitelet och når inte den supra-crestala bindväven apikalt om fickepitelet. Det tydligaste kliniska tecknet på peri-implantär mukositis är blödning vid sondering. Rodnad och svullnad i slemhinnan kan även förekomma. Ökning av sonderingsdjup från tidigare undersökningstillfälle är även ett vanligt fynd. Det finns stark evidens från både kliniska och djurexperimentella studier att peri-implantär mukositis är orsakad av bakteriell biofilm (plack) på tandimplantat. Kliniska studier har även visat peri-implantär mukositis är en reversibel process likt gingivit vid tänder och kan läka ut vid insättande av munhygienåtgärder. Vid peri-implantär mukositis får det inte förekomma benförlust som är större än den initiala bennivåförändring som sker efter installation av tandimplantat.

Peri-implantit

Konsensusmötet fastställde att peri-implantit är ett plack-associerat patologiskt tillstånd i vävnader runt tandimplantat. Tillståndet kännetecknas av inflammation i mjukvävnaden i kombination med tydlig förlust av stödjande ben. Peri-implantit präglas av kliniska tecken på inflammation, blödning/pus vid sondering tillsammans med ökade sonderingsdjup och benförlust jämfört med tidigare undersökningar. Peri-implantär mukositis är ett förstadium till peri-implantit och övergången mellan tillstånden kan ske tidigt. Progressionsmönstret vid peri-implantit utmärks av en icke-linjär och ökande process. Forskning på humant biopsimaterial har visat att lesioner vid peri-implantit är betydligt större än de vid parodontit. Patienter med historia av svår parodontit, dålig munhygien och avsaknad av regelbunden stödbehandling löper högre risk för peri-implantit. Behandlingsstudier har visat att infektionsbekämpande metoder är effektiva för att minska inflammation och förhindra sjukdomsprogression.

Diagnosen peri-implantit förutsätter blödning/pus vid sondering, ökade sonderingsdjup jämfört med tidigare undersökningar och benförlust som överstiger initiala bennivåförändringar som sker efter installation av tandimplantat. Vid avsaknad av tidigare undersökningsdata kan diagnosen peri-implantit baseras på (i) blödning/pus vid sondering, (ii) sonderingsdjup ≥ 6 mm och (iii) bennivå ≥ 3 mm apikalt om den mest koronala punkten av implantatets intra-osseösa del.

Peri-implant Diseases and Conditions Consensus Report Berglundh, Armitage et al. 2018 <i>Active link to consensus report</i>	
PERI-IMPLANT DISEASES AND CONDITIONS	
1. Peri-implant health	Araujo & Lindhe 2018 link
2. Peri-implant mucositis	Heitz-Mayfield & Salvi 2018 link
3. Peri-implantitis	Schwarz et al. 2018 link
4. Peri-implant soft and hard tissue deficiencies	Hammerle & Tarnow 2018 link
Renvert et al. 2018 Case Definitions link	

För epidemiologiska studier inom peri-implantära sjukdomar bör samma kriterier för peri-implantär hälsa och peri-implantär mukositis användas som beskrivits ovan för daglig praxis. Vid epidemiologiska studier inom peri-implantit inkluderas blödning/pus vid sondering, ökat sonderingsdjup jämfört med tidigare undersökningar och benförlust som överstiger initiala bennivåförändringar som sker efter installation av tandimplantat. Epidemiologiska studier måste dessutom väga in mät-metodfel vid bestämning av benförlust runt implantat (0,5 mm). Studier bör genomföras på material med tillgång till tidigare undersökningsdata.

Konsensusmötet framhöll att rekommendationerna för de kliniska definitionerna skall tolkas mot bakgrunden att det inte finns något "generiskt" implantat. Således varierar implantat med avseende på geometri och ytor, liksom metoder för installation och läkningstider. Konsensusmötet konstaterade att sondering av peri-implantär vävnad är en nödvändighet för att upptäcka förändringar i sonderingsdjup och blödning vid sondering. Tandläkare bör rutinmässigt registrera utgångsvärden (s.k. baseline registrering) för bennivåer och sonderingsdjup direkt efter att krona/bro-komponent anslutits till implantat.

Gingivala sjukdomar

Plackrelaterad gingivit (dentalt plack)

Behovet av att behandla gingivit kommer för de flesta vara ur ett allmänprofylaktiskt syfte, d.v.s. minska risken för parodontitutveckling. Detta gäller så länge vi inte har diagnostiska metoder för att mer exakt kunna identifiera individer som kommer att utveckla parodontit. I det enskilda fallet kan behandlingsbehovet vara större och behandlingspanoramat måste därför kunna modifieras. **Man får för varje patient avgöra vilken behandlings- insats som ska utföras.**

Nedanstående behandlingsschema kan därför **modifieras efter diagnos och behandlingsbehov**.

Behandlingsgång, allmänt:

1. Registrera plack och gingivit i journalen. Räkna ut plackindex %. Färga in om möjligt.
2. Visa på sambandet mellan plack och gingivit i patientens egen mun. Motivera för egna insatser.
3. Förstärk i första hand den vanliga tandborstningen. Komplettera med den approximala rengöringen.
Observera att när det gäller vuxna patienter så är inte tandtråd alltid det bästa approximala hjälpmedlet. Ofta är det bättre att använda **mellanrumsborste eller tandsticka**. Kooperationen blir ofta bättre med dessa typer av hjälpmedel.
4. Utför ev. professionell tandrengöring
5. Kontrollera efter 1 vecka. Ta nytt plackindex, färga in. Komplettera instruktionen om behov föreligger.
6. Kontroll efter 1 månad.

– Vid **gott behandlingsresultat**:

Följ upp efter 3 och ev. 6 månader och sedan individuellt.

– Vid **bristande behandlingsresultat**:

Förefaller Kooperationen vara dålig?

Finns det någon bakomliggande faktor som försämrar utläkningen (se anamnes)?

Har budskapet varit oklart?

Komplettera behandlingen eller ev. vidare utredning.

– **Upprepad bristande motivation och Kooperation**:

Gör ett nytt försök vid senare revision. Ge inte upp för snabbt. Vissa patienter behöver tid för att ändra sina vanor.

Icke plackrelaterade gingivala sjukdomar och övriga avvikande gingivala reaktioner

Här finns det en rad tillstånd som kan delas in i följande grupper:

- a) infektioner av specifika bakterier, virus och svamp
- b) läkemedelspåverkan
- c) manifestationer av hud- och slemhinnesjukdomar
- d) lokala överkänslighetsreaktioner

- e) traumatiska läsioner
- f) snus- och tobaksreaktioner
- g) övriga vävnadsreaktioner och vävnadsnybildningar

Här kommer inte alla dessa tillstånd tas upp men några kommer att nämnas ur de olika grupperna.

Akut nekrotiserande ulcerös gingivit, ANUG

Orsakas troligen av en speciell bakterieflora (G-, anaerob)

OBS! Anamnes: bakomliggande faktorer kan finnas som allmänsjukdom, dålig kost, sömnbrist, HIV och stress.

Behandling:

1. Klorhexidinsköljning med ParoEx eller Flux pro Klorhexidin 2 ggr/dag i 2 - 4 veckor. Även Andolex kan användas innan måltid. Professionell tandrengöring måste utföras så ofta som behövs. Kan inte patienten använda CHX eller borsta kan professionell rengöring utföras dagligen, annars ett par ggr/vecka.
2. Antibiotika (Flagyl 400 mg) vid påverkat allmäntillstånd. Riktad mot aktuell bakterieflora. 400 mg x 3 ggr x 7 dagar
3. Kontroll efter 1 - 3 dagar.
4. Kontroll efter 7 dagar och sedan 1 g/vecka i en månad.
5. Efter 3 månader görs ordentlig parodontal kontroll med röntgen och parodontala registreringar.

Herpetisk gingivostomatit

Primärinfektion av herpes simplex virus typ 1. Se behandling av ANUG. Patienten är vanligen ordentligt påverkad. Det kan, för speciellt barn, vara mycket besvärligt med födointag och man får se upp med uttorkning som kan kräva sjukhusvård. Antibiotika kan användas vid påverkat allmäntillstånd och risk för sekundärinfektion. I första hand V-penicillin.

Plasmacellsgingivit

Detta tillstånd som karaktäriseras av en dominans av plasmaceller i det inflammatoriska infiltratet vet man inte orsaken till än. Man har spekulerat om tillståndet beror på någon form av överkänslighetsreaktion. Kliniskt kan man iaktta en rodnad, randgingivit med generell eller lokal utbredning.

Tillståndet kräver **lång uppföljning** då läkningen går mycket långsamt. Det kan ta upp till ett år innan läkning skett. Ev. biopsi kan övervägas för att säkerställa diagnosen.

Absolut plackfrihet är nödvändig och man kan komplettera den mekaniska rengöringen med Klorhexidingel, Corsodyl 1 % munhålegel. Professionell tandrengöring måste utföras. Till en början ofta och sedan med glesare inter-

vall. Differentialdiagnostiska alternativ är atrofisk lichen, pemfigoid, pemfigus, gingivalt erythem, DLE. Om glossit och munvinkelragader förekommer kan vitamin B12-brist misstänkas.

Läkemedelsinducerad gingival hyperplasi

Orsakas främst av fenantoinpreparat, ciklosporin samt av vissa kalciumantagonister. Läkemedel heter bl.a. Felodipin, Plendil, Adalat och Amlodipin.

Kombination av dessa preparat kan förekomma och ger då en additiv effekt.

Gingivala hyperplasier påverkas negativt av plackansamling. Patienten kommer ofta in i en ”ond cirkel”. Detta leder till en ökad bakteriell infektion och ökad inflammation. Det känns obehagligt att borsta då gingivan lätt blöder och ömmar men med rätt teknik och rätt hjälpmedel brukar detta kunna överbryggas. Komplettera gärna mekanisk rengöring med Klorhexidin första tiden. I första hand i gelform på mellanrumsborstar (Corsodyl 1 %). Instruera **alltid** i approximal rengöring.

Ibland måste kirurgisk korrektion dock göras men **ska alltid föregås av instruktion och uppföljning av plackkontroll**. Kirurgi kan vara lönlöst om medicinerings fortsätter. **Överväg kontakt med behandlande läkare för ev. försök till läkemedelsbyte vid kraftiga och omfattande gingivala hyperplasier**. Andra orsaker till gingival hyperplasi kan vara munandning, idiopatisk och arvetäritär gingival fibromatosis eller leukemi.

Oral lichen planus

Vid oralmedicinska tillstånd bör man **säkerställa diagnosen** initialt. Ofta sker detta i samråd med specialist. Vid gingivala affektioner får man ofta en spröd och tunn slemhinna, ibland ulcererad. Det finns en ökad inflammatorisk aktivitet i vävnaden pga. aktiveringen av immunförsvaret lokalt. Finns dessutom en plackbildning får man även en inflammatorisk reaktion pga. denna som pålagras den lichenoida inflammationen och försämrar därmed tillståndet. **Eftersträva därför optimal munhygien hos patienter med OLP.**

Följ programmet för gingivitbehandling. Vid mer besvärliga tillstånd bör patienten få hjälp med professionell polering med jämna mellanrum. Mjuk tandborste, alltid approximala hjälpmedel, eventuell vinkelborste vid molarer. Eltandborste kan vara ett alternativ. Gärna tandkräm **utan** natruimlaurylsulfat som Zendium, Acta eller Dentosal. Klorhexidin-gel kan användas periodvis. Vid svår eller symtomgivande lichen så kan kortisonbehandling med klobetasol krävas. För denna behandling hänvisas till vårdprogram inom det oralmedicinska området. Se för övrigt VIS dokument publicerade inom ämnet.

Slemhinnepemfigoid

Pemfigoid är en autoimmun sjukdom. Blåsbildande läsion som kan likna gingival lichenläsion men har ofta ett mer aggressivt utseende. Det är lika

viktigt här att patienten uppmuntras till en mycket god munhygien. Regelbunden professionell polering och munhygienkontroller krävs. Noggrannhet vid val av hjälpmedel. Extramjuk tandborste kan användas. Om patienten tolererar Klorhexidingel så kan sådan användas periodvis. Brukar vanligtvis behandlas med kortisonpreparat. För övrigt hänvisas även här till oralmedicinskt vårdprogram i VIS om mer omfattande behandling krävs.

Traumatiska läsioner

Ofta relaterade till tandborstningsskador. Kan utgöras av ytliga ulcerationer och gingivala retraktioner kan förekomma. Tandborsttekniken måste kontrolleras och justeras. Elektrisk tandborste kan ofta rekommenderas. Vid akuta ulcerationer kan mekanisk rengöring sättas ut och patienten kan skölja under någon vecka med Klorhexidin. Gingivala retraktioner och blottade rotytor kan ibland behöva någon specialborste. Exempelvis vid retraktioner i underkäksfronten måste ofta en vinkelborste (TePe Tuft) användas lokalt. Kirurgisk korrektion kan ibland bli nödvändig. För ett gott resultat av sådan behandling krävs inflammationsfria förhållanden.

Snus- och tobaksreaktioner

Snus ger upphov till lokala slemhinnereaktioner av typiskt utseende dock oftast belägna i omslagsveckan. Dessa får bedömas i varje enskilt fall. Dessutom är det inte ovanligt med gingivala retraktioner och blottade rotytor i samband med snusanvändning. Kirurgisk korrektion är inte aktuell så länge ovanan består. Rökning kan på gingivan ge upphov till s.k. smokers melanosis dvs. en brunaktig pigmentering av varierande omfattning. Observera att rökning ofta maskerar gingivitsymtom.

Munhålan är en del av kroppen!!

Parodontala sjukdomar

- **Kronisk parodontit** (lokal eller generell) – tillhör äldre diagnoser som inte bör användas i kliniska bedömningar
- **Aggressiv parodontit** (lokal eller generell) – tillhör äldre diagnoser som inte bör användas i kliniska bedömningar
- **Parodontit som en manifestation av systemiska sjukdomar.**

Associerad med hematologiska sjukdomar:

- förvärvad neutropeni
- leukemi

Associerad med genetiska sjukdomar:

- familjär och cyklisk neutropeni
- Downs syndrom
- leukocyte adhesion deficiency syndromes
- Papillon-Levevre syndrom
- Kostmann syndrom
- Langerhans cellhistiocytos

- Chediak-Higashi syndrom
- Ehler-Danlos syndrom (typ IV och VIII)
- Hypofosfatasi
- **Nekrotiserande parodontal sjukdom.**
- Abscesser i parodontiet.
- Parodontit associerad med endodontiska läsioner.

Man kan ytterligare beskriva sjukdomen som exempelvis i vilken ålder debuten skedde, progressionshastigheten, ev. recidiv, utbredning i bettet, förekomst av furkationsinvolveringar och mobilitet.

Parodontit

När det gäller behandling av parodontit hos vuxna så bör man alltid överväga om behandlingen ska ske vid hemmakliniken eller på specialistklinik direkt. Vid tveksamheter rådgör gärna med specialist!

Behandlingen av parodontit följer i de alla flesta fall ett givet mönster som vilar på ett vetenskapligt underlag och lång erfarenhet av dessa behandlingsmetoder. Behandling av parodontit är tids- och tålamods- krävande både för terapeut och patient och man bör poängtera för patienten att han eller hon har drabbats av en kronisk och livslång sjukdom som kommer att kräva livslångt omhändertagande, naturligtvis av skiftande omfattning. En god terapiplanering är viktig och man bör för varje patient skapa en individuell målsättning för insatt behandling.

”Varje patient har sin egen parodontit”

Parodontal diagnostik vid revisionsundersökning Vuxna (18 år och äldre)

Screening d.v.s. ficksondering runt alla tänder samt granskning av aktuella röntgenbilder används för att avgöra om fullständigt fickstatus ska tas.

Om ficksondering runt tänder/tandimplantat avslöjar multipla blödande ytor, förekomst av patologiska (blödande) tandköttsfickor på 4 mm eller djupare alternativt rikliga mängder plack/tandsten, så ska fullständig parodontal undersökning (fickstatus, plaqueindex, BVS, mobilitet, furkations- involvering) registreras innan behandlingen påbörjas. Ibland behöver nytt besök bokas för denna registrering i Carita journalen (fliken Parod)!

Röntgenbilder som används för diagnostik ska visa bennivån, vid behov tas stående BW samt apikala röntgen av ök/uk front för att kunna bedöma benbrytning hos patienter med aktiv parodontit. Patientansvarig tandläkare bedömer behovet av apikalröntgen eller helt röntgentandstatus inkl. panorama (se rutin röntgen av tandhygienist).

Från 18 års ålder ses patienten som en vuxen individ. Parodfliken ska signeras från det året patienten fyller 18 år och framåt. I samband med revisions-

undersökning skall fullständig fickdjupsmätning på alla tänder utföras åtminstone en gång mellan 20 – 23 år. Ambitionen är att inga ungdomar/vuxna ska lämna Folktandvårdens organisation med odiagnostiserad parodontal sjukdom.

Parodontal registrering i journaler

Carita

Parodregistrering görs i CARITA (fliken Parod). Tandsten registreras som plack. CPI ska inte användas!

För att öka patientsäkerheten och för att kunna mäta antal gjorda parodregistreringar ska alla vuxna patienter (18+ år) som får en revisionsundersökning också ha ett signerat helstatus i parodfliken.

- Är patienten parodontalt frisk (ingen plack, tandsten eller blödande tandköttsfickor på 4 mm eller mer) startas en ny helstatus och signeras tomt.
- Är patienten parodontalt sjuk tas en fickstatus enligt gällande vådrutin för parodontal sjukdom.

Observera att parod registrering skall göras och signeras av legitimerad personal.

Om annan personal matar in registrering på sin inloggning ska användare ändras via knappen ”Signera” i knappmenyraden till höger om statusbilden samt att legitimerad personal ska signera.

Använd inte beteckning P1 - P4 i Caritas tandjournal! Sätter man P4 i Caritas tandjournal så ligger den kvar i grafiken tills man aktivt tar bort den.

Dokumentation vid journalföring

Använd gärna färdiga fraser för att förenkla och patientsäkra journalanteckningarna.

Aktuellt

Beskriv eventuella aktuella besvär (tuggproblem, värk, lösa tänder etc.). Sociala faktorer ex skiftarbete, stress, stora händelser eller ändringar i livet, förändringar i medicinering eller hälsa. Sjukdomsinsikt? **Vad har hänt sen ni träffades sist?**

Sjukdomar

Fråga om allmänna sjukdomar samt sjukdomar som associeras med parodontit t.ex. RA, diabetes, hjärt-/kärlsjukdomar, ärftlighet av parodontit, blödningsrisk, aktuell medicinering. Bisfosfonater och skelettstärkande mediciner? Blodförtunnande eller immunsupprimerande mediciner? Infektionskänsliga? Stress? Behov av läkarkontakt eller antibiotika profylax vid tandbehandlingar? **Uppdatera anamnes!**

Hänsyn

Tandvårdsrädsla, funktionshinder, demens, nedsatt motorik eller syn, ev. ekonomi.

Profylax

Rekommenderad munhygien samt patientens kooperation avseende egenvården beskrivs. Ange patientens inställning till egenvården och intresse för behandling.

Röntgen

Beskriv eventuella rtg fynd, ange även om rtg är utan anmärkning. Sub/supragingival tandsten, nivå och utseende på marginala benkanten, vertikala inslag, furkationsinvolveringar, fyllningsöverskott. Apikala destrukturer, karies, tandsten, frakturer.

Bedömning

Dokumentera vårdplaneringen och alternativa behandlingsförslag, patientens önskemål, intresse för behandling och prognos. Ta upp riskfaktorer (lokala, generella, systemiska), tveksamma tänder, extraktionsmässiga tänder, målsättning.

Status

Beskrivs i löpande text patientens parodontala och peri-implantära diagnoser/tillstånd. Klassificering av parodontitpatienter sker enligt sjukdomsstadier (Stadium 1, 2, 3 eller 4) och prognosgrader (Grad A, B eller C). Parodontitens utbredning/omfattning bedöms enligt följande: lokaliserad (<30% av tänderna), generaliserad eller molar/incisiv-mönster. Granska även tidigare tagna röntgenbilder och gjorda parodregistreringar för att bedöma om det skett en förbättring, progression eller oförändrat sjukdomstillstånd. Skriv några ord om tobaksbruk, bettfysiologiska faktorer, mobilitet, estetik. Finns det några avvikande munslemhinneförändringar?

Kostnadsförslag

Kostnad för den parodontala behandlingen, utvärdering samt ev. övrig tandvård.

Information

Dokumentera lämnad information om parodontalt status, egenvård, samband parodontit och kronisk sjukdom, rökning, stress samt terapiplan, antal besök mm. Ev. skriftlig information.

Daganteckning

Beskriv genomförd vård.

Vårdplan

Behandling som planeras; aktiv parodontal sanering, stödbehandling, remiss specialistklinik eller konsultvisning. En preliminär terapiplan upprättas och revideras vid behov. Det ska framgå om terapiplanen gjorts i samråd med tandläkare. Vid behov av parodontal stödbehandling ska detta anges samt intervall. Om patienten avböjer föreslagen behandling dokumenteras det.

Prognos

God, tveksam eller dålig. När prognosen går att bedöma dokumenteras det här, för parodontal behandlingen i sin helhet och i förekommande för enskilda tänder.

Epikris

Sammanfattning och resultatet av behandlingen. Framgångsrikt? Restproblem? Patientens medverkan i behandlingen och visat intresse? Framtida prognos? Förslag på stödbehandlingens intervaller.

Debitering

Us debiteras enligt åtg. 101(tdl), 111/112 (thyg) samt om vidare utredning/terapiplanering utförs vid us tillfället av tdl debiteras då åtg. 103. Vid gemensam utvärdering hos tdl och thyg används åtg. 103 alt åtg. 107 för tdl vid omfattande parodontal problematik samt åtg. 113/114 hyg.

Grundläggande behandling av parodontit

Diagnostik och klassificering av individen

Diagnosen och klassifikation bygger på **anamnes och status**:

- Anamnes
 - Pat egna uppgifter om allmäntillstånd samt subjektiv bedömning av tillståndet i munhålan.
 - Hereditära faktorer.
 - Tobaksvanor (vilken omfattning).
 - Intresse för behandling samt ekonomiska ramar bör bedömas. Tidigare erfarenhet av tandvård och parodontalvård.
 - Munhygienvanor.
- Status
- Parodontalt status med:
 - plackindex
 - blödningsindex
 - fickstatus, där även blödning vid sondering noteras.

Övriga intraorala förhållanden måste också bedömas dvs. brett relation, antal tänder, förekomst av restaurationer, kariesaktivitet, slemhinnors status samt bettfysiologiska och endodontiska faktorer.

- Fullständigt röntgenhelstatus och panoramaröntgen (OPG) + BW (stående) bör finnas.
- Bedöm patientens parodontal klassifikation och anteckna i journalen.

Bedömning och målsättning

Patientens problem, objektivt och subjektivt.

Bestäm vilka tveksamma och extraktionsmässiga tänder det finns.

Bedöm och reflektera över riskfaktorer och riskindikatorer. Vilken parodontal klassifikation har individen (t.ex. frisk, parodontit med stadier och grader, peri-implantit osv)? Skriv ned det i journalen!

Sätt upp en **realistisk målsättning. Individualisera**. Annars är det risk att både patient och vårdgivare blir besvikna och tröttnar på behandlingen.

Kom ihåg att målsättningen kan revideras under behandlingens gång.

Terapiplan

Ska utformas av **ansvarig tandläkare tillsammans med tandhygienisten** och bör finnas skriftligt noterad.

Förbehandling

Vid undersökning hos tandhygienist där svårbedömt vårdbehov finns konsulteras ansvarig tandläkare för gemensam terapiplanering. Behov av förbehandling innan parodontal sanering identifieras och planeras. Detta kan t.ex. vara extraktioner, endodonti, kariologisk behandling, splinting av mobila tänder, inslipning av bettet eller bettfysiologisk behandling.

Förenklat parodontal vårdprogram

Friskt parodontium

Hälsopromotion och beröm. Fickstatus öppnas och signeras tomt!

Blödning vid ficksondering

Informera om lämplig och individuellt anpassad egenvård. Fickstatus öppnas och signeras tomt!

Blödning vid ficksondering, supra/ eller subgingival tandsten

1. MID (Motivation, Instruktion och Depuration). Fickstatus öppnas och signeras tomt!
2. Utvärdering vid nästa rev us.
3. Patienter med supragingival tandsten sätts inte upp på kontrollistor.

4-5 mm djup patologisk tandköttsficka

1. MID, plaque registrering, fickstatus, mobilitet, furkar, BVS.
2. Munhygienkontroll 4 v efter avslutad behandling (vid behov).
3. Uppföljning efter ca 3 månader. Ev. nytt komplett fickstatus tas och registreras i Carita. Vid utläkning: återgå till normal revisionsvård och planerade intervaller vad gäller kallelser. Vid behov: förnyad MID.
4. Utvärdering vid nästa rev us.

6 mm eller djupare patologisk tandköttsficka

1. MID, plaque registrering, fickstatus, mobilitet, furkar, BVS.
2. Munhygienkontroll 4 v efter avslutad behandling (vid behov).
3. Utvärdering hos tandläkare och tandhygienist. Efter ca 3 månader tar tandhygienisten nytt fullständig fickstatus. Utvärdering i samverkan med ansvarig tandläkare, vid behov sambokning. Vid utläkning och infektionskontroll avslutas aktiva fasen och stödbehandling inleds.
4. Vid persisterande fickor på ≥ 6 mm med inflammationstecken (tandsten, blödning, pus) tas då ställning till fortsatt/kompletterande behandling (redep/op/konsultvisning/remiss parodontikliniken/extraktion).

Barn och yngre ungdomar med avancerad, omfattande, grav eller snabbt progredierande parodontit (Stadium 3 eller 4, Grad C)

Behandlas i samråd med pedodontist/parodontolog.

Äldre ungdomar och vuxna med avancerad, omfattande, grav eller snabbt progredierande parodontit (Stadium 3 eller 4, Grad C) samt misstänkt peri-implantit

Behandlas i samråd med parodontolog.

Eventuell protetisk/ortodontisk behandling

Utförs efter utvärdering av insatt parodontal behandling.

Orsaksrelaterad parodontalbehandling**1. Information**

Om parodontitsjukdomens kroniska karaktär som medför ett livslångt behandlingsperspektiv. Motivera patienten för den mycket viktiga **egen-vården**. Poängtera patientens **eget ansvar** i sjukdomsbehandlingen. Om rökning förekommer, diskutera olika möjligheter till professionell hjälp till rökstopp. Försök alltid minska på rökningen.

2. Instruktion

Detta måste få ta tid. Man ändrar inte på etablerade vanor i en handvändning. Försök begränsa antalet approximala hjälpmedel till två stycken. **Mellanrumsborstar** är nästan alltid huvudalternativet.

3. Subgingival behandling

När munhygien fungerar så ska rotytan behandlas subgingivalt genom att avlägsna hårda och mjuka beläggningar. Detta görs i etapper, kvadrantvis eller möjligen en käke i taget. **Lokalanestetika** bör användas! Använd ultraljud och/eller handinstrument. Riktmärke: **10 minuter/tand**.

Den subgingivala rengöringen bör koncentreras i tid så att behandlingstillfällena ligger så tätt som möjligt. Vanligtvis bokas en tid i veckan (totalt ca 4 behandlingar) men om det går att avsluta depurationen inom 2 veckor så är det ännu bättre. Pat bör under denna period skölja med Klorhexidin (ParoEx, Flux pro Klorhexidin) och använda Klorhexidingel (Corsodyl) approximant.

OBS! Använd ej tandkräm med natriumlaurylsulfat samtidigt med Klorhexidin. Klorhexidingel används tillsammans med ParoEx/Flux sköljning 1 – 2 veckor efter avslutad subgingival behandling. **Observera att Klorhexidin är mest verksamt på en ren tandyta genom att förhindra ny plackbildning och kräver tillgängligatandtytor för att ha en god effekt.** Effekten är mindre i trånga approximalrum. Kombinera alltid klorhexidin- användning med mekanisk rengöring om möjligt.

Kontroller

Detta görs 1 månad efter avslutad behandling. Klorhexidinbehandlingen avslutas några veckor före det. Munhygien kontrolleras och justeras vid behov. Vid kontrollerna så bedömer man patientens kooperationsförmåga, re-instruerar om nödvändigt. **Färga gärna in. Uppmuntra och ge beröm!!**

Utvärdering

Normalt efter ca 3-4 månader. I djupa fickor med god plackkontroll kan dock fickreduktion/läkning pågå i upp till 9 månader.

Notera och journalför plackindex, gingivalindex och ny fickstatus med registrering av blödning vid sondering. **Frånvaro av blödning vid ficksondering** anses vara en rätt god prediktor för parodontal hälsa.

Bestäm fortsatt uppföljning utifrån denna utvärdering av behandlings- resultatet. Låt patienten bli delaktig!

- **Vid god läkning**
Planera för stödbehandling för att förhindra recidiv.
- **Vid god Kooperation men restproblem:**
 - Förnyad subgingival behandling?
 - Mikrobiologisk analys?
 - Parodontal kirurgi?
 - Specialistremiss?
- **Vid dålig Kooperation**
Plackindex >20%. Upprepa motivation och instruktion. Utför s.k. **debridering** dvs. rengör subgingivalt i blödande tandköttsfickor. Använd ultraljud för att avlägsna den bakteriella biofilmen men med minsta möjliga påverkan på rotytan. Revidera målsättningen tillsammans med patienten. Besluta därefter hur patienten ska omhändertas framöver.

Parodontitutvecklingen kan alltid förlångsammas genom en regelbunden stödbehandling med subgingival rengöring 1 - 4 ggr/år.

OBS! Vid nästa revisionsundersökning bör dock nytt parodontal status tas och förnyad bedömning göras. Skriv ned denna bedömning i journalen. Ibland kan tvister uppkomma om patientens parodontit blivit uppmärksam-
mad i tid. Då är det viktigt med **skriftlig dokumentation**, speciellt om pati-
enten avböjt erbjuden behandling.

Kompletterande behandling

- **Parodontalkirurgi**
- **Förnyad icke-kirurgisk behandling** av blödande tandköttsfickor. Följs återigen av Klorhexidinbehandling och kooperationskontroller som efter den inledande behandlingen.
- **Mikrobiologisk analys och ställningstagande till antibiotika-behandling** samtidigt med mekanisk rengöring med eller utan kirurgi. I dessa fall rådgör med specialist.
- **Övrig odontologisk behandling:** extraktioner, protetik, endodonti osv.

Utvärdering II med prognosbedömning

Utförs 3 månader efter avslutad kompletterande behandling. För varje patient utformas ett individuellt stödbehandlingsprogram. Anteckna prognosbedömning samt uppnådd resultat och ev. skriv epikris.

Målsättning för parodontalt omhändertagande av barn- och ungdom

- Förebygga gingival och parodontal sjukdom
- Tidigt identifiera individer med parodontit
- Uppmärksamma avvikande parodontala reaktioner
- Ombesörja ett adekvat omhändertagande av barn -och ungdom på rätt vårdnivå

I de yngre åldersgrupperna så är parodontit sällsynt förekommande medan gingivit är ett vanligt tillstånd. Gingivitfrekvensen ökar upp till tonåren för att sedan avklinga något. Det är dock mycket viktigt att även för barn och ungdom utveckla sådana diagnostiska metoder som tidigt fångar upp de fall av parodontit som förekommer.

Tidig diagnos är bästa behandling!

Förutom det plackrelaterade tillstånden så kan man även hos de yngre patienterna finna icke plackrelaterade reaktioner och sjukdomar d.v.s. infektioner av specifika bakterier, svamp och virus, oralmedicinska tillstånd och traumatiska läsioner. Observera att begreppen juvenil parodontit, post-juvenil parodontit har försvunnit. Istället använder man samma klassifikation av gingivala och parodontala sjukdomar hos både barn och vuxna.

Prevalensen av parodontal sjukdom hos svenska barn och ungdomar är mycket låg. I vissa etniska grupper, med rötter främst från Asien och Afrika, är förekomsten betydligt högre. Det är viktigt att tidigt identifiera de barn som löper risk att utveckla parodontal sjukdom eftersom parodontal hälsa tillsammans med kariesfrihet är de två viktigaste faktorerna för att livslångt kunna behålla tänderna. En god plackkontroll är viktig. Barn med parodontala förändringar löper betydligt större risk att utveckla parodontit även som vuxna och därför är det av största vikt att identifiera dessa individer tidigt för sätta in effektiva behandlingsinsatser.

Kliniska riskmarkörer som bör beaktas:

- Supra- och subgingival tandsten
- Marginal bennedbrytning/vertikala benfickor på röntgen
- Gingivit som inte läker ut trots behandling
- Ökat fickdjup vid sondering

Generella riskfaktorer:

- Genetiska faktorer
- Etnicitet
- Systemsjukdomar och syndrom som tex Ehler Danlos syndrom, diabetes Typ I, Down syndrom, hypofosfatasi, histosytosis X, Papillon-Lefèvre
- Rökning

Det är viktigt att ha tillgång till bra röntgenbilder (bitewing) vid diagnostik av karies och parodontit. På röntgen ska man kunna se och bedöma den marginala benkanten. En bennivå på mer än 2 mm från emalj-cementgränsen med samtidig förekomst av subgingival tandsten och fördjupade tandfickor indikerar en fullständig fickdjupsmätning i hela bettet oavsett ålder.

Ficksondering bör inte utföras utan indikation innan det permanenta bettet etablerats eftersom det kan skada parodontiet och även medföra fel-diagnostik på grund av pseudofickor i växelbettet. Enligt nuvarande riktlinjer så rekommenderas inte någon systematisk fickdjupsmätning innan cirka 13 - 14 års ålder om man inte på röntgen ser misstänkta fästeförluster och tecken på parodontit (tandsten). Från 15 års ålder utförs däremot ficksondering runt ettor, tvåor och sexor som registreras i R2. Endast om man hittar patologiska tandköttsfickor eller ser kliniska riskmarkörer går man vidare med en fullständig fickdjupsmätning i hela bettet.

Vetenskapliga rön rekommenderar ingen generell användning av tandtråd, tandpetare eller mellanrumsborstar innan det permanenta bettet är komplett eftersom kontaktpitelet är under utveckling och kan skadas. Fråga gärna om

patientens föräldrar eller syskon har eventuella parodontala problem! Vid behov kan även föräldrar eller syskon behöva kontrolleras med avseende på parodontal situation.

Parodontal undersökningsmetodik, barn och ungdomar

Anamnes

- allmän
- oral
- ev rökvanor
- hereditet eller ärftlighet när det gäller parodontit hos föräldrar/syskon.

Status

- Registrera på röntgen om ett **ökat avstånd (>2mm)** föreligger mellan emalj-cementgränsen och marginala benet vid någon av tänderna.
- Registrera om **subgingival tandsten** förekommer
- Bedöm placksituationen.
- Bedöm gingivans utseende och inflammationsgrad.

Riskvärdera

Riskindikatorer är:

- benförlust approximant
- subgingival tandsten
- vissa genetiska sjukdomar (se klassifikation)
- rökning.

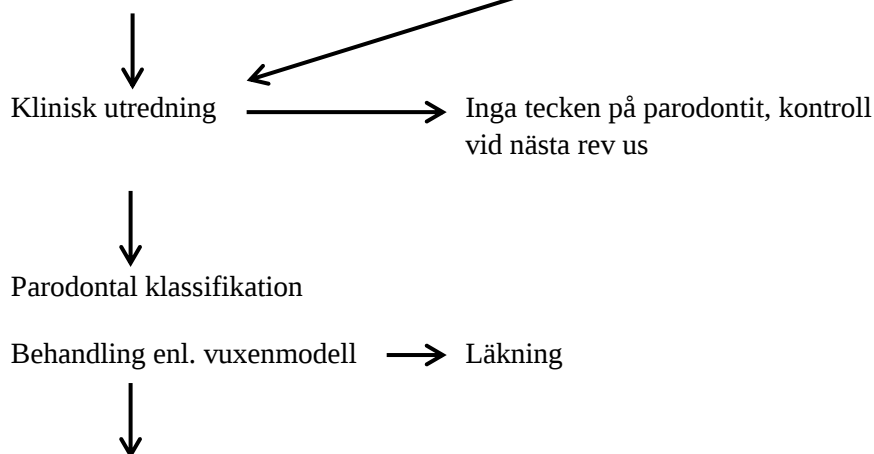
Flödesschema behandling

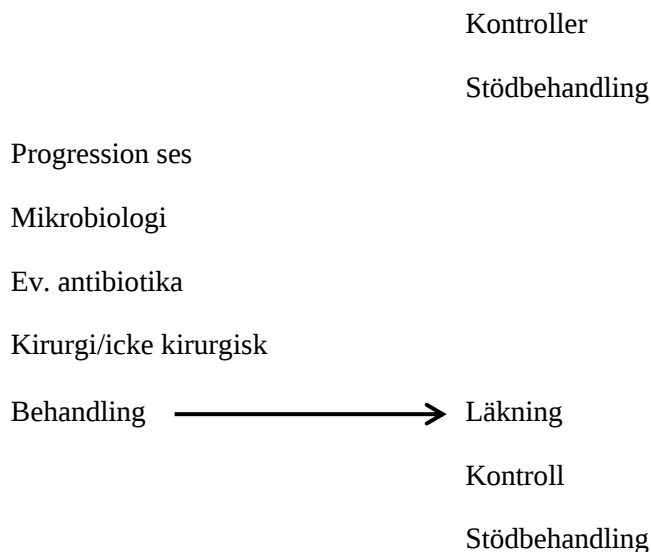
Primära dentitionen

Marginal benförlust >2 mm eller djupa fickor/fästeförlust

Permanent dentitionen

Marginal benförlust >2 mm





Parodontit hos barn- och ungdom bör behandlas i samråd med specialist i pedodonti eller parodontologi

Behandling vid speciella parodontala sjukdomstillstånd

- Snabbt utvecklande parodontit (äldre diagnos, som inte används, s.k. aggressiv parodontit):**
 Parodontit som drabbar yngre individer (<35 år) med lokal eller generell utbredning. Ofta snabbt förlöpande sjukdom. Remittera till specialist eller behandla i samråd med specialist. Vänta inte till skadorna är för omfattande. **Tidig diagnos** är av yttersta vikt då tidig behandling ger bättre resultat. Dessa patienter kräver en **mycket noggrann uppföljningsbehandling**.
- Långsamt progredierande parodontit med omfattande skador i bettet. Behandlingsresistent form av parodontit som visar fortsatt progression trots insatta åtgärder:**
 Ett antal patienter med parodontit har en mycket svårbehandlad sjukdom. Vi vet idag inte orsaken till detta. Bidragande faktorer kan vara rökning, stress, bristande kooperation och eventuellt defekter i infektionsförsvaret. Remittera till specialist eller behandla i samråd med specialist.
- Parodontit associerad med systemsjukdom**
 Det är ovanliga tillstånd så remittera till specialist eller behandla i samråd med specialist.
- Parodontitbehandling hos patienter med nedsatt infektionsresistens**
 Subgingival behandling och ficksondering ger upphov till bakteriemi. Speciellt om det finns fördjupade och inflammerade tandköttsfickor. Antibiotikaproylax enligt gängse rutiner ges därför när det kan anses indicerat. Bedöm varje patient individuellt. Ta upp noggrann anamnes.

Aldrig slentrianmässig antibiotikaprofylax!

Kontakta alltid behandlande läkare i tveksamma fall. Notera detta i journal. I dessa fall får man försöka minska antalet behandlings- tillfällen. Samordna gärna olika vårdbesök.

- **Parodontitbehandling hos patienter med koagulationsrubbningar**
INR-värdet (PK-värde) bör ej överstiga 2,8 vid subgingival behandling. Be patienten som står på Waran kontrollera sitt INR/PK värde senast dagen innan eller helst samma dag som behandling planeras. Pågående mediciner med övriga blodförtunnande mediciner såsom NOAK-gruppen, vitamin-K antagonister, trombocyt aggregationshämmare eller annat kräver sällan speciell justering eller avbrott. Cyklokapron sköljning före och efter behandling kan med fördel tillämpas. Däremot får man vara försiktig vid DUBBEL mediciner med blodförtunnande. Då rekommenderas kontakt med läkare först för diskussion.
- **Parodontitbehandling hos patienter med skelettstärkande preparat och bisfosfonater**

Vi hänvisar till publicerade dokument i VIS för mer information: [Tandvårdsbehandling av patienter med antiresorptiva läkemedel.](#)

Behandling av akut parodontit/Parodontal abscess

Bedöm om abscessen har endodontisk eller parodontal orsak. Ibland kan man ha kombinerade orsakssammanhang och det kan vara svårt att avgöra vad som är den primära orsaksfaktorn.

Sensibilitetstest av tanden! Röntgen! Skapa dränage på något sätt!

Spola tandkötsfickan ordentligt med fysiologisk koksaltlösning. Använd inte klorhexidin- eöer väteperoxidlösning! Bedöva om nödvändigt. Ev. behöver abscessen incideras men detta är inte alltid nödvändigt då man får ofta tömning genom tandkötsfickan genom försiktig sondering och spolning. I detta läge behandlas inte rotytan mekaniskt om det inte finns tydlig subgingival tandsten eller annat konkrement. Kvarvarande intakt rothinna ska behandlas varsamt.

Antibiotikabehandling kan vara nödvändig om läget av abscessen är sådant att man vill undvika ogynnsam spridning eller om allmäntillståndet är påverkat. Ibland kan man se en snabbt förlöpande process vid en tand som inte tidigare har uppvisat så omfattande parodontala skador och som inte utsatts för tidigare omfattande behandling, oftast hos en yngre individ. Rothinnan har därmed en större regenerationspotential och läknings- förmågan kan därmed vara bättre. Antibiotikabehandling kan i dessa fall ha en gynnsam effekt. Kåvepenin (pcV) enligt aktuella principer vad gäller dos och tid är första hands preparat (1,6 g x 3 ggr/dag under 5-7 dagar för närvarande).

Kontroll efter 2 - 3 dagar för att se att läkningsprocessen kommit igång. Det akuta tillståndet bör hävas snabbt för att förhindra irreversibla fästeförluster.

Då kan man även utföra skonsam depurationbehandling med ultraljud subgingivalt och lokal anestesi.

Ytterligare kontroll efter 1 - 2 veckor.

Efter ca 1 månad görs en läknings kontroll med rtg och vitalitetstest.

Är patienten under parodontal behandling för övrigt eller behöver fullständig parodontal undersökning göras? Finns det kvarvarande djup tandköttsficka som visar inflammationstecken så måste denna behandlas med noggrann subgingival rengöring/parodontalkirurgi, med sedvanlig uppföljning. Detta är ofta fallet om tanden tidigare är parodontalt behandlad och regenerations-möjligheten mindre eftersom rothinnan redan är skadad. Går läkningen åt rätt håll så kan man gärna avvakta med subgingival behandling ytterligare en tid, upp till 3 - 6 månader, för att bedöma vilket restproblem som finns kvar och hur detta ska behandlas.

Inför ortodonti- eller implantatbehandling

Båda dessa behandlingar kräver att ett fullständigt parodontal undersökning görs innan behandlingen startar.

Ortodonti

En patient med parodontit som behandlas ortodontiskt löper större risk för ytterligare fästeförlust om inte parodontitsjukdomen är behandlad.

Om parodontiten ej läker på ett tillfredställande sätt bör ej ortodonti utföras!

Speciellt riskfullt är det att flytta furkationsinvolverade molarer. Patienten bör informeras noga om detta och att behandlingen förlängs om parodontal-sanering utförs. Använd gärna Klorhexidin som tilläggsbehandling supra-gingivalt

Parodontit behandlas:

- **Före** ortodonti, på sedvanligt sätt och med utvärdering och prognosbedömning.
- **Under** ortodontibehandlingen, med hygienkontroller och ev. subgingival behandling.
- **Efter** ortodontibehandling med kontroll av parodontalt status.

Implantat

Vid behandling med implantat i restbett med parodontit så etableras en bakterieflora på implantatyten som inte avviker nämnvärt från tandytans. Detta sker inom 3 månader. Mucosit och peri-implantit kan utvecklas vid implantat.

Patienter med pågående eller tidigare parodontit löper större risk att utveckla fästeförlust vid implantat i större utsträckning än parodontalt friska.

Patienter med parodontit ska vara behandlade och kvarvarande tänder prognosbedömda, så att bettet som helhet kan bedömas vid terapiplanering inför implantat. Den parodontala situationen bör vara stabil och inflammationsnivån låg innan fixturinstallationen görs. För övrigt studera speciellt avsnitt som finns i **Implantathandboken**.

Parodontal stödbehandling

Lämplig stödbehandling för att hålla ”status quo” planeras individuellt (vanligen var 3-4-6-12 mån dvs. 1, 2, 3 eller ibland till och med 4 ggr/år). Stödbehandling är viktig och effektiv sjukdomsförebyggande åtgärd. Det är önskvärt att patienter som har eller haft parodontit med Stadium 3 och 4, oavsett prognosgrad kan implementeras i ett regelbundet stödbehandlingsprogram för att undvika recidiv av sin sjukdom.

Patienter som är friska, autonoma och utan funktionshinder/nedsättning, informeras tydligt och noggrant om sin sjukdom, förses med individuell munhygien instruktioner/verktyg vilka förebygger återfall, lämpliga egenvård åtgärder och uppmuntras till att ta mer egen ansvar för sin munhälsa.

Patienten **informerar** muntligt och i förekommande fall skriftligt via individuellt anpassat informationsblad.

Alla patienter med parodontit som genomgått behandling behöver uppföljande regelbunden stödbehandling.

I de allra flesta fall finns vissa restproblem kvar efter grundbehandlingen. Planeringen av uppföljningsbehandlingen beror på utfallet av grundbehandlingen och en riskbedömning av patienten. En prognosbedömning bör vara gjord och en målsättning utformad i samråd med patienten. Patienten ska inte ha några kvarvarande subjektiva symtom. Lämnar man kvar tveksamma tänder bör man ha en terapiplan klar för att eventuellt ersätta dessa om det anses nödvändigt.

I parodontal stödbehandling ingår:

1. Årlig kontroll av parodontalt status:

- Anamnes
- Plack
- Gingivit
- Fickstatus med notering om blödning vid sondering.
- Stående bw (åtminstone vartannat år) för att bedöma bennivåer, utseende och höjd av marginalt ben, förekomst av vertikala defekter
- Planera för fortsatt stödbehandling.

2. Regelbundna hygienkontroller och subgingival rengöring av blödande tandköttsfickor

Denna behandling upprepas 1 - 4 ggr/årligen och baseras på bedömning vid den årliga undersökningen och innehåller:

- Inledande samtal angående patientens behandling och allmäntillstånd, ev. subjektiva symtom.
- ”Screening av fickstatus i hela bettet”.
- Bedöm munhygien och diskutera munhygienrutiner. Re-instruera vid behov.
- Blödande tandköttsfickor rengörs subgingivalt med ultraljud på ett skonsamt sätt, s.k. debridering. Målet är att avlägsna den bakteriella biofilmen utan att mekaniskt påverka rotytan. **Behandla endast där symtom finns dvs. tandsten och blödning vid sondering.**

Engagera patienten i behandlingen. Betona patientens eget ansvar. Den professionella behandlingen kan **aldrig** ersätta patientens egenvård fullt ut.

Postoperativ uppföljning - efter parodontalkirurgi

Dagen för det operativa ingreppet

- Patienten börjar skölja 2 ggr/dag med Klorhexidin under 1 min (ParoEx 0,12 % eller Flux pro Klorhexidin).
- Rökare ska avstå från eller minimera sin rökning.
- Patienten ska avstå från tandborstning i det opererade området. Trauma från tandborstning under den initiala läknings period kan orsaka rörelse mellan den omogna granulationsvävnaden och rotytan och störa/riva upp det läkande såret.
- Övriga, ej opererade tänder borstas som vanligt med Zendium, Acta eller Dentosal tandkräm (utan natriumlaurylsulfat).
- Patienten ska undvika att tugga hård och vass föda i det opererade området.

2 veckor postoperativt (10 – 14 dagar) (Kostnadsfri)

- Suturer avlägsnas. Bedömning av läkning. Slit ej i suturerna. För att minska risken att föra in bakterier i såret klipps suturen så nära ena ingångshålet som möjligt.
- Professionell tandrengöring genomförs efter behov. Det är av största vikt att all professionell tandrengöring genomförs supragingivalt för att inte störa sår stabiliteten.
- Patienten får börja med försiktig, mjuk tandborstning buccalt och lingualt.
- Patienten även påbörjar approximal rengöring med interdentalborstar 1 ggr/dag som noggrant utprovats. I början används extra mjuka interdentalborstar (t ex TePe Extra Soft).
- Patienten får fortsätta skölja med KHX 2 ggr/dag fram till nästa besök om 2 veckor.

4 veckor postoperativt

- Kontroll av munhygien och re-instruktion om indicerat.
- Professionell tandrengöring genomförs efter behov.
- Supragingival depuration vid behov.
- Sköljning med Klorhexidin avslutas.
- Fluorbehandling/-applikation rekommenderas av exponerade rottytor (Duraphatlack).
- Vanliga interdentalborstar kan användas i opererat område 1 ggr/dag. Justera ev. storleken på borstar.
- TePe interdentalgel (0,32 % NaF) appliceras på interdentalborstar 1 ggr/dag för att förebygga karies och ilningar.

3 – 4 månader postoperativt

Utvärdering:

- Läkningens kontroll med kliniska registreringar såsom fickstatus, plackindex, blödningsindex.
- Information till patienten om behandlingsresultat
- Ställningstagande till fortsatt behandling och uppföljning enligt terapiplanen.
- Individanpassad intervall för uppföljning/parodontal stödbehandling bestäms

Postoperativ uppföljning – efter regenerativ- eller parodontalkirurgi med benersättningsmedel med eller utan membran

(Emdogain, Frios, Bio-Oss, Bio-Gide)

Dagen för det operativa ingreppet

- Patienten börjar skölja 2 ggr/dag med Klorhexidin under 1 min (ParoEx 0,12 % eller Flux pro Klorhexidin).
- Rökare ska avstå från eller minimera sin rökning.
- Patienten ska avstå från tandborstning i det opererade området. Trauma från tandborstning under den initiala läkningsperiod kan orsaka rörelse mellan den omogna granulationsvävnaden och rotytan och störa/riva upp det läkande såret.
- Övriga, ej opererade tänder borstas som vanligt med Zendium, Acta eller Dentosal tandkräm (utan natriumlaurylsulfat).
- Patienten ska undvika att tugga hård och vass föda i det opererade området.

2 veckor postoperativt (Kostnadsfri)

- Suturer avlägsnas. Bedömning av läkning. Slit ej i suturerna. För att minska risken att föra in bakterier i såret klipps suturen så nära ena ingångshålet som möjligt.
- Professionell tandrengöring genomförs efter behov. Det är av största vikt att all professionell tandrengöring genomförs supragingivalt för att inte störa sår stabiliteten.
- Patienten får inte borsta i det opererade området utan fortsätter skölja med Klorhexidin 2 ggr/dag.
- Patienten får nästa tid för återbesök om 1 alternativ 2 veckor beroende på läkning och plackansamling i det opererade området.

3 - 4 veckor postoperativt

- Professionell tandrengöring genomförs efter behov.
- Patienten fortsätter att skölja med KHX 2 ggr/dag.
- Vid 4 veckor postoperativt kan patienten oftast börja med försiktig, mjuk tandborstning buccalt och lingualt. Eventuellt kan munsköljning med ParoEx ersättas med att patienten istället applicerar med tandborsten Klorhexidin-gel (Corsodyl® munhålegel 1 %) lokalt i det opererade området 2 ggr/dag. En tandborstningsteknik som minimerar apikalriktat trauma mot den marginala gingivan ska rekommenderas. Dålig mun- hygien liksom en alltför energisk eller för tidigt startad tandborstning kan vara skadlig för sår stabiliteten och inverkar negativt på den parodontala läkningen.

6 veckor postoperativt

- Sköljning med Klorhexidin avslutas.
- Professionell tandrengöring genomförs efter behov.
- Patienten påbörjar approximal rengöring med interdentalborstar som noggrant utprovats. I början används **extra mjuka** interdentalborstar (t ex TePe Extra Soft).
- Fluorbehandling/-applikation rekommenderas av exponerade rottytor (Duraphatlack).

Långtidsuppföljning

- Efter besöket vid 6 veckor postoperativt, fortsätter man att se patienten varannan till var tredje månad fram till planerat utvärdering. Justering av patientens munhygienteknik görs efter behov. Normalt är patienten 2 - 3 månader efter operationen tillbaka till samma munhygienteknik som de använde preoperativt.
- Försiktig sondering med kliniska registreringar kan göras efter **4 - 6 månader**. Vanligtvis utförs utvärdering dock efter 6 till 9 månader postoperativt.

- Postoperativ röntgenkontroll kan göras efter 12 månader med hjälp av standardiserad teknik (t ex med hjälp av Eggenhållare).
- Efter 12 månader upprättas ett individuellt schema för kontroll och revisionsbehandling. Intervallet justeras hela tiden utifrån patientens förmåga att genomföra en adekvat plackkontroll.

Postoperativ uppföljning – efter peri-implantit kirurgi

Dagen för det operativa ingreppet

- Patienten börjar skölja 2 ggr/dag med Klorhexidin under 1 min (ParoEx 0,12 % eller Flux pro Klorhexidin).
- Rökare ska avstå från eller minimera sin rökning.
- Patienten ska avstå från tandborstning i det opererade området. Trauma från tandborstning under den initiala läknings period kan orsaka rörelse mellan den omogna granulationsvävnaden och rotytan och störa/riva upp det läkande såret.
- Övriga, ej opererade tänder/implantat borstas som vanligt med Zendium, Acta eller Dentosal tandkräm (utan natriumlaurylsulfat).
- Patienten ska undvika att tugga hård och vass föda i det opererade området.

2 veckor postoperativt (10 – 14 dagar) (Kostnadsfri)

- Suturer avlägsnas. Bedömning av läkning. Slit ej i suturerna. För att minska risken att föra in bakterier i såret klipps suturen så nära ena ingångshålet som möjligt.
- Professionell tandrengöring genomförs efter behov. Det är av största vikt att all professionell tandrengöring genomförs supragingivalt för att inte störa sår stabiliteten.
- Patienten får fortsätta skölja med KXH 2 ggr/dag i minst 2 veckor till.

4 veckor postoperativt

- Inspektion av opererat område och bedömning av läkning.
- Professionell tandrengöring genomförs efter behov.
- Sköljning med Klorhexidin avslutas.
- Instruktion i tandborstningsteknik samt i munhygienhjälpmedel för approximal rengöring. Patienten får börja med försiktig, mjuk tandborstning buccalt och lingualt.
- Patienten även påbörjar approximal rengöring med interdentalborstar 1 ggr/dag som noggrant utprovats. I början används **extra mjuka** interdentalborstar (t ex TePe Extra Soft).

3 månader postoperativt

- Inspektion av opererat område och bedömning av läkning.
- Munhygienkontroll och ny instruktion om det är motiverat.
- Professionell tandrengöring genomförs efter behov.
- Vanliga interdentalborstar kan användas i opererat område 1 ggr/dag. Justera ev. storleken på borstar.

6 månader postoperativt

Utvärdering:

- Läkningens kontroll med kliniska registreringar såsom fickstatus, plackindex, blödningsindex.
- Kontroll av munhygien.
- Information till patienten om behandlingsresultat
- Ställningstagande till fortsatt behandling och uppföljning enligt terapiplanen.
- Individanpassad intervall för uppföljning samt stödbehandling bestäms

1 år postoperativt

- Röntgen (med friprojicerade gängor samt marginal benkant synlig)
- Munhygienkontroll med fickstatus och övriga kliniska registreringar
- Individanpassad intervall för uppföljning samt stödbehandling bestäms

2 år postoperativt

- Röntgen (med friprojicerade gängor samt marginal benkant synlig)
- Munhygienkontroll med fickstatus och övriga kliniska registreringar
- Individanpassad intervall för uppföljning samt stödbehandling bestäms

Antiseptika vid parodontal behandling

Det finns flera antiseptiska produkter att tillgå för munhålebruk men här kommer endast att nämnas ett par ämnen. Klorhexidin är hittills den överlägset bästa substansen för att reducera dentalt plack. Hänvisar för övrigt till dokument om munvatten som finns länkad på hemsidan för Parodontologi avdelningen.

Klorhexidin

Klorhexidin tillhör gruppen bisbiguanider och utvecklades för hud desinfektion. 1970 visar Löe & Schiott att Klorhexidin som munsköljningspreparat har effekt mot plackbildning och visat effekt mot gingivit. För munhålebruk används Klorhexidin i form av digluconat. Bred antibakteriell effekt mot både G+ och G- arter. Även effekt mot svamp, dermatofyter och vissa lipofila virus. Klorhexidinmolekylen binder till bakteriecellens yta och förändrar cellmembranet genom att öka permeabiliteten och medger därför ett läckage ut ur cellen vilket skadar bakterien. Klorhexidinmolekylen är vid pH över

3,5 en dikation och har därigenom extrem affinitet till anjoniska ytor, såsom tandytor, slemhinna, pellikel, saliv och bakteriecellers yta. Detta innebär också att det är svårt att kombinera Klorhexidin med andra substanser som är anjoniska ex natriumlaurylsulfat i tandkräm. Låg toxicitet, stark affinitet till hud och slemhinna, lång substantivitet (förmåga att kvarstanna i munhålen med bibehållen effekt). Nackdelar är smaksämring, missfärgningar av tänder och slemhinna, dålig smak och viss risk för överkänslighetsreaktion och toxisk effekt. Viss risk för ögonskador.

Klorhexidin ska användas på en ren tandyta!

Effekten är bättre vid en ren tandyta. Därför ska man kombinera Klorhexidin med mekanisk rengöring, exempelvis polering eller tandborstning. Klorhexidin verkar i ca 12 timmar och tillförs därför oftast 2 gånger om dagen. Administrering sker genom munsköljning, gelanvändning på borste eller i skenor. Klorhexidin kan användas under längre tid utan skadlig effekt.

Triclosan

Ämnet är ett fenolderivat. Det har brett antimikrobiellt spektrum och är verksamt mot G⁺ och G⁻ bakterier, mykobakterier och svamp. Triclosan inhiberar syntesen av prostaglandiner och leukotriener. Detta utgör den inflammationsdämpande effekten. Ämnet också en antibakteriell effekt genom att hindra bakterier från att ta upp essentiella aminosyror och kan i högre koncentrationen öka permeabiliteten i cellmembranet. Detta leder till ett läckage av bakteriens cellinnehåll. Triclosan har låg toxicitet. Den anses ha en plack- och gingivitreducerande effekt. Bästa effekten ses efter 3 - 6 månader och då anses effekten mot gingivit vara större än den plackinhiberande effekten. I långtidsstudier har triclosan visat en viss tilläggseffekt i behandlingen av patienter med kronisk parodontit. Det har dock förekommit diskussioner om triclosanprodukter skulle kunna störa den naturliga balansen mellan mikroorganismer vid frekvent användning. Triclosan förekommer främst i tandkrämer men också i munvatten.

Vid icke-kirurgisk parodontal behandling

Kvadrantvis depuration under 2 – 4 veckor

- Varje behandlings tillfälle börjar med lokalbedövning av aktuell kvadrant samt sköljning med ParoEx 0,12 % under 1 min.
- Varje behandling avslutas med professionell tandrengöring samt fluorbehandling av exponerade rottytor (Duraphatlack).
- Instruktion i tandborstningsteknik samt munhygienhjälpmedel för ap-proximal rengöring.
- Patienten sköljer 2 ggr/dag med Klorhexidin under 1 min (ParoEx 0,12 % eller Flux pro Klorhexidin) mellan behandlingar samt totalt 1-2 veckor efter avslutat depuration av alla tänder.
- Klorhexidin-gel (Corsodyl munhålegel 1 %) appliceras på interdentalborstar 1 ggr/dag och används parallellt med ParoEx.

- Tänder/implantat borstas med Zendium, Acta eller Dentosal tandkräm (utan natriumlaurylsulfat).
- Rökare ska avstå från eller minimera sin rökning

4 veckor efter avslutad depuration

Munhygien/Kooperations kontroll:

- Munhygienkontroll och ny instruktion om det är motiverat.
- Justera ev. storleken på interdentalborstar.
- Sköljning med Klorhexidin samt Corsodyl gel **användning borde ha avslutats** för ett par veckor sedan. Om så är inte fallet så avslutas Klorhexidin behandling idag.
- Nu kan patienten använda valfri fluorinnehållande tandkräm.
- Skonsam supragingival depuration vid behov.
- Varje behandling avslutas med professionell tandrengöring samt fluorbehandling av exponerade rotytor (Duraphatlack).
- **TePe interdentalgel** (0,32 % NaF) appliceras på mellanrumsborstar 1ggr/dag för att förebygga karies och ilningar.

3 - 4 månader efter avslutad depuration

Utvärdering:

- Läkningens kontroll med kliniska registreringar såsom fickstatus, plackindex, blödningsindex.
- Kontroll av munhygien och justering av hygienhjälpmedel vid behov.
- Information till patienten om behandlingsresultat.
- Beslut om ev. kompletterande behandling efter konsultation med tandläkaren.
- Skonsam supra/sub gingival depuration vid behov.
- Behandling avslutas med professionell tandrengöring samt fluorbehandling av exponerade rotytor (Duraphatlack).
- Vid restproblem används **TePe gingival gel** (0,2 % Klorhexidin + 0,32 % NaF) alt **Corsodyl 1 % munhålegel** på mellanrumsborstar 1ggr/dag under 1 - 2 veckor framöver.
- Efter denna korta kur fortsätter patienten som vanligt med **TePe interdental gel** (0,32 % NaF) på interdentalborstar 1ggr/dag.
- Ställningstagande till fortsatt behandling och uppföljning enligt terapiplanen.
- Individanpassad intervall för uppföljning samt stödbehandling bestäms

Antibiotika vid parodontal behandling

Användning av antibiotika vid behandling av parodontala sjukdomar bör helst ske i samarbete med specialist då patientselektionen är viktig.

Användning av antibiotika måste alltid ske tillsammans med **mekanisk rengöring av rotytan**. Antibiotika är endast ett komplement till depuration. Den bakteriella biofilmen på rotytan måste avlägsnas i så hög grad som möjligt

annars har antibiotikapreparaten begränsad effekt. Bakterierna är skyddade mot antibiotika när de befinner sig i en biofilm.

Systemisk användning av antibiotika

Fördelar	Nackdelar
Bibehållen koncentration under lång tid	För låg dos subgingivalt
Relativt låg kostnad	Fler biverkningar
När mikroorganismer överallt	Kräver patientens samarbete
	Resistensutveckling

Systemisk antibiotika kan vara ett komplement i behandlingen av vissa patienter med svår, behandlingsresistent och aggressiv form av parodontit. Detta är dock en begränsad grupp av patienter. En viss tilläggseffekt kan ses som komplement till mekaniska rengöringen. Behandlingen kräver användning av speciella antibiotika typer med effekt mot parodontitpatogener. **Bakterieprov bör oftast utföras innan behandling med antibiotika beslutas!** Vi hjälper gärna till och tolkar resultat av bakterieprov. Antibiotika används även som antibiotikaprofylax och vid användning vid parodontal abscesser. Detta nämns på andra ställen i kompendiet. Observera interaktion med andra läkemedel. Se FASS för information.

Mikrobiologisk provtagning - bakterieprov

Den bakteriella infektionen vid parodontit präglas av ett stort antal bakteriearter som bildar en s.k. **biofilm** på rotan. Bildningen av denna struktur innebär flera fördelar för mikroorganismerna. Dessa är högre halt av näringsämnen, metaboliskt samarbete, skydd mot värdens försvarsmekanismer och ökad antibiotikaresistens är några av fördelarna. Denna biofilm måste mekaniskt avlägsnas. Det sker dock alltid en re-kolonisation av tandytan men förhoppningsvis av mindre patogena arter.

I vissa fall ger den mekaniska rengöringen inte det resultat man förväntat sig. Detta kan ha flera orsaker. Det kan handla om dålig patientkooperation med återkolonisation av patogena arter från det supragingivala placket, nedsatt försvars- och läkningsförmåga eller otillräcklig subgingival behandling. Det kan då finnas anledning karaktärisera det subgingivala placket med ett bakterieprov som ett **komplement** i diagnostiken. Ibland kan det också vara aktuellt med provtagning när sjukdomsbilden ser avvikande ut eller vid aggressiv parodontit hos unga individer. Vi använder idag två huvudsakliga analysmetoder men det finns flera.

Provtagning för mikrobiologisk diagnostik av patienter med peri-implantit/parodontala infektioner kan ske vid följande indikationer:

- **Behandlingskontroll:** Reduktion eller eliminering av identifierade markörbakterier tjänar som ett behandlingsmål.

- **Förstärkning av klinisk diagnos:** Förekomst av *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa) eller *Porphyromonas gingivalis* (Pg) vid aggressiv/snabbt utvecklande parodontit.
- **Terapival:** Antibiotikainsats och val av antibiotika bör ske på bas av en mikrobiologisk diagnos.

Provtagning från patienter med parodontit bör ske i första hand från identifierade områden med konstaterad eller misstänkt aktiv fästeförlust. Undvik sondering i tandfickor före provtagning. Om fickstatus tog nyligen så vänta gärna ca 4 veckor före bakterieprovtagning. Då har floran i tandfickan fått aktuell flora och resultatet blir mer rättvis.

Vanligtvis använder vi oss av två olika metoder för att utföra mikrobiologisk analys vid parodontit, **qPCR** samt **odlat prov** (beskrivs i ett separat dokument).

DNA-prov (parodontit) – Checkerboard har utgått från mikrobiologisk analys vid Oral mikrobiologen i Göteborg. Så här förklarar man varför man byter analysmetoden: Vi har mer än 20 års tid analyserat bakterieprov från tandköttsficka med DNA hybridisering (Checkerboard) men vill härmed meddela att vi nu har upphört med denna analys. Istället förordar vi analys med **qPCR** som är en betydligt mer känslig metod och som passar bättre till frågeställningen om kvarvarande bakterier under och efter behandling av parodontit/peri-implantit.

qPCR tekniken erbjuder kvantitativ analys av *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Treponema denticola* (alla tillhörande det ”röda komplexet”) samt *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. Proverna körs ett och ett, så om man har flera sites (tandköttsfickor) så kan man ”poola” proverna. Proverna tas med fördel med hjälp av papperspoints som transporteras torra till laboratoriet i sk Eppendorf rör (som skickas till er vid beställning). Provet är inte känsligt för lång transporttid då det inte är levande utan döda bakterier som analyseras.

Odlat prov, via Orala Mikrobiologen vid Umeå universitet, ger möjlighet till resistensbestämning och kompletterande analyser. Provet är känsligare för transport och får inte bli liggande länge innan analys. Båda analyserna ger upplysning om mängden av bakterier. Vi på Parodontologikliniken hjälper gärna till och tolkar provresultat. Se gärna separat VIS-dokument om bakterieprov.

Parodontal epidemiologi i Norrbotten (EPI-norr)

I Norrbotten har epidemiologiska studier (EPI – norr) genomförts 1991, 2001 och 2011 med syfte att samla kunskap om munhälsan hos länets invånare. Grundtanken är att för att kunna planera för framtidens tandvård krävs data om befolkningens munhälsa, hälsoutvecklingen över tid och medborgarnas attityder och önskemål. EPI – norr är en tvärsnittsstudie som bygger på en enkätundersökning och en klinisk undersökning av slumpmässigt utvalda individer i fem olika åldersgrupper (35-, 50-, 65-, 75- och 85-

åringar) i Norrbotten. Resultaten från EPI – norr 2001 och 1991 används för att studera hälsoutvecklingen.

Huvudresultat

Enkätundersökningen visar

Tre av fyra svarande har besökt tandvården inom de senaste två åren och 93 % anser att de blev mycket vänligt bemötta. Nära fyra procent av alla svarande anger att de ofta har besvär från tänderna och två procent att de ofta har andra besvär från munnen. Var tionde man och var femte kvinna från 65 års ålder uppger att de ofta är torra i munnen. Nära 15 % av de som har egna tänder besöker bara tandvården vid akuta besvär.

Andelen rökare har minskat kraftigt under 20-årsperioden. Från 31 % 1991 till 12 % 2011. Hälften av de svarande som använder tobak uppger att de inte har fått några råd rörande sitt tobaksbruk av tandvårdspersonalen.

5 % uppger att de saknar vårdgivare. Hälften av tillfrågade uppger att de har avstått från tandvård av olika skäl. Störst andel finna bland 35-åringar där kostnaden anges vara den vanligaste orsaken. 63 % av männen och 87 % av kvinnorna uppger att de borstar tänderna minst 2 ggr/dag. Var femte person har ett BMI som svarar mot fetma. Andelen med högskoleutbildning har ökat i alla åldersgrupper.

35-åringarna är minst nöjda med bemötande, information och värde för pengarna. Nära var fjärde 35-åring anger att de bara söker vård akut vilket är en fördubbling sedan 1991. Många 35-åringar anger också att det hänt att de avstått från tandvård av ekonomiska skäl.

65-åringarna är de flitigaste tandvårdsbesökarna. De har också fått mest tandvård och de har många lagade tänder. Gruppen är även mest nöjda med tandvården och bemötande och tycker tandvården varit värd sitt pris.

Kliniska undersökningen visar

Andelen tandlösa fortsätter att minska. 1991 var 11 % av 50-åringarna och 41 % av 65-åringarna helt tandlösa. 2011 ses inga tandlösa 50-åringar och andelen 65-åringar utan egna tänder har sjunkit till mindre än 3 %. 41 procent av undersökta 85-åringar är tandlösa. 50-åringarna har också fler egna tänder och andelen 50-åringar med tandersättning i form av broar har minskat från 22 procent 1991 till 3 procent 2011. Även i de äldre åldersgrupperna ses fler med egna tänder och ett större antal egna tänder. Hälften av alla undersökta har behov av någon lagning och ca 11 % har behov av mer omfattande behandling mot tandlossning.

Slutsatser

Både allmänhälsa, medicinering och den sociala situationen kan ha effekter på munhälsan. Tillgången till regelbunden tandvård och vanor tillsammans med attityder kan också påverka munhälsan. EPI – norr studierna visar att

vuxna Norrbottningars munhälsa har förbättrats betydligt under de senaste 20 åren. För att behålla hälsan hos yngre vuxna måste de stimuleras att behålla regelbunden kontakt med tandvården efter den kostnadsfria barntandvården. Allt fler äldre kommer att ha kvar egna tänder med många olika typer av lagningar och ersättningar i munnen. För att bevara god munhälsa hos den äldre delen av befolkningen kommer det att krävas mer av både förebyggande insatser och reparativa eller rehabiliterande åtgärder. Många kommer också senare i livet att behöva hjälp med den dagliga skötseln vilket innebär att omsorgspersonalens kompetens i och intresse för munvård kommer att bli avgörande för många äldres munhälsa. Tandvårdens roll i att utbilda och stödja omsorgspersonal kommer att bli allt viktigare.

Parodontalt status

Allvarlighetsgraden beskrivs som måttlig om fästeförlusten är 3-4 mm och allvarlig om den är 5 mm eller mer. Nio av tio vuxna har gingivit. Kronisk parodontit är relativt vanligt men är ofta lokal dvs. involverar bara några tänder. Hos över 80 % är 1-4 tänder angripna. Andelen individer med så grav parodontit att någon tand måste extraheras är liksom tidigare år mycket låg. En procent av tänderna i 35-årsgruppen har tandfickor djupare än 6 mm. Det är 3 % av befintliga tänder i övriga åldersgrupper. Hos individer med fickor över 6 mm är i medeltal 3,4 tänder angripna. Medeltalet tänder med fickor över 6 mm är mer än dubbelt så högt hos rökare jämfört med icke rökare. Inga regionala skillnader ses vad gäller parodontal hälsa.

Parodontit med djupa fickor över 6 mm förekommer hos mer än var femte person över 50 år men är ovanlig bland 35 åringarna. En jämförelse mot tidigare år visar att andelen med grava skador fortsätter att minska. Ett undantag är gruppen 65-år där har också andelen betandade och medeltalet tänder ökat betydligt. Ned andra ord så ser man en förskjutning åt ”friskare diagnos” utom i åldersgruppen 65 år. Resultatet kan vara att tecken på att man behåller och behandlar skadade tänder i större utsträckning nu än tidigare.

De flesta av registrerade tandfickor finns i molarpartierna. Hos 35-åringarna har 2 % av molarer fickor över 6 mm, hos 50-åringarna 5 % och bland 65-årsgruppen har ca 7 % samma diagnos. Andelen individer som bedöms vara i behov av specialistutredning är liten i samtliga åldersgrupper. Behov av omfattande behandling vid allmän klinik finns hos ca 9 % av de undersökta att jämföra med 15 % 2001 och 20 % 1991.

Peri-implantit

Diagnosen mukositis finns hos 30 % av individer med implantat, totalt sett vid nära var fjärde fixtur. Peri-implantit finns hos ett fåtal individer, totalt vid knappt 6 % av fixturer. 15 % av individerna med implantat bedöms vara i behov av profylax medan 10 % behöver behandling av enstaka fixtur. Hos en individ krävs omfattande behandling mot peri-implantit.

Slemhinneförändringar

Förändringar i munhållans slemhinnor finns i ökande frekvens med stigande ålder. Slemhinneförändringar är vanligare hos protesbärare än hos fullt betandade. Rökare och snusare har också oftare slemhinneförändringar än de som inte använder tobak. Det är ovanligt med förändringar som bedöms vara i behov av vidare utredning.

Mer än var fjärde undersökt har någon munslemhinneförändring. Munslemhinneförändringar som bedöms avvika från ett normalt reaktionsmönster är mer ovanliga. Knappt 4 % av de undersökta bedöms vara i behov av ytterligare utredning. Var tredje individ uppger att de ibland är torra i munnen och 7 % har sår eller sveda i munnen. Av de äldre uppger nära 20 % av kvinnorna och 8 % av männen att de ofta är torra i munnen. 55 % av snusarna och 37 % av rökarna har någon förändring jämfört med 20 % av de som inte använder tobak. Förekomst av slemhinneförändringar har minskat sedan 1991 framför allt som en följd av att fler har enbart egna tänder och olika typer av avtagbara ersättningar förekommer i mindre omfattning.

EPI – norr 1991 – 2011

”Parodontal” sammanfattning i ett 20 års perspektiv

35-åringen

Andelen med någon tand med tandkötsfickor djupare än 6 mm har minskat från 25 % 1991 och 11 % 2001 till 9 % 2011. I hälften av fallen med grav diagnos rör den enskilda tanden. 26 % av 35-åringarna tar medicin regelbundet vilket är en dubbelt så stor andel som tidigare år. Åtta procent anger att deras allmänhälsa är ganska dålig eller mycket dålig. Andelen rökare har minskat med två tredjedelar jämfört med 1991. Nu anger 10 % att de röker. Andelen snusare har ökat något, var fjärde 35-åring använder snus regelbundet. Sex procent av de 35-åriga männen uppger att de inte borstar tänderna dagligen.

50-åringen

Andelen helt tandlösa har minskat kraftigt från 11 % 1991 till 1,2 % 2001. Året 2011 är ingen undersökt helt tandlös. Endast en individ (0,5 %) har någon avtagbar protes. Medeltal egna tänder är nära 28. Detta kan jämföras mot 20 tänder år 1991. Andelen 50-åringar med någon tand med allvarlig tandlossningsskada har minskat från 39 % år 1991 till 22 % år 2001 och 19 % år 2011. Hos ca hälften av de med tandlossningsproblem är enbart ett fåtal tänder skadade.

65-åringen

Den tandförsedda 65-åringen har i medeltal nära 23 tänder. Andelen individer med väl betandad bett fortsätter att öka. 75 % har mer än 20 egna tänder att jämföras med 60 % år 2001 och 36 % året 1991. I enkäten år 1991 upp gav 40 % av 65-åringarna att de var tandlösa. Året 2001 var ca 20 % helt tandlösa och 2011 var mindre än 4 % helt utan tänder. Sammanlagt har nära 15 % någon avtagbar protes. Andelen 65-åringar med implantat (KBF) ökar, från mindre än en procent 1991 till 4 % 2001 och nära 6 % året 2011. Drygt 60 % av de med implantat hade färre än fyra fixturer. Var fjärde 65-åring har

tandlossningsproblem, samma resultat som 2001 men nära en halvering jämfört med 1991. Antalet tänder med allvarlig grad av tandlossning fortsätter att minska. Hos majoriteten av individerna är en eller ett par tänder angripna.

75-åringen

16 % av 75-åringarna uppger i enkäten att de saknar egna tänder. Motsvarande andel 2001 var nära 40 %. Andelen undersökta 75-åringar som är hel protesbärare (12 %) är betydligt lägre än vad som gällde för 65-åringarna för 10 år sedan (20 %). Vad gäller implantat så har 14 % av 75-åringarna käkbensförankrade ersättningar jämfört med 4 % av 65-åringarna och 75-åringarna år 2001. Betandade individer har i medeltal 18 egna tänder att jämföras med 15 år 2001. 21 % har en eller flera tänder med allvarlig tandlossning jämfört med ca 34 % år 2001.

85-åringen

I enkäten uppger 47 % att de inte har några tänder. 42 % av de undersökta saknar egna tänder, 60 % har minst en avtagbar protes och 13 % har implantat. Var tredje betandad har 20 eller fler egna tänder. Medeltalet tänder är 15, samma som för 75-åringarna 2001. Nära var fjärde har en eller flera tänder med allvarlig tandlossning. Hos dessa var i medeltal fyra tänder angripna. Denna grupp har minst besvär från tänder och mun. Nära 74 % anger att deras allmänhälsa är mycket bra eller ganska bra medan 96 % uppger att de medicinerar regelbundet. Mest frekvent (57 %) anger medicin mot hjärtbesvär.

Specialisttandvården i Norrbotten

Specialisttandvård i parodontologi i Norrbotten bedrivs vid Tandvårdens Kompetenscentrum (TKC) i Luleå. Byggnaden är vackert och centralt belägen i Norra Hamn. Specialitet är samlokaliserad med avdelningar för protetik, pedodonti, ortodonti, bettfysiologi, röntgen, tandteknisk laboratoriet, endodonti, OFM-orofacial medicin, käkkirurgisk enhet samt en allmäntandläkarklinik (TVC).

”Vårt främsta mål är att föra ut den förbyggande tandvården med avsikt att i ett så tidigt skede som möjligt upptäcka och behandla munsjukdomar och därmed förhindra fortsatt sjukdomsutveckling.”

Vid kliniken för Parodontologi tjänstgör

- 2 specialisttandläkare
- 2 - 3 tandhygienister
- 3 tandsköterskor

Våra huvuduppgifter och behandlingar av remitterade patienter

- Olika former av parodontit
- Implantatkirurgi samt behandling av sjukdomstillstånd runt implantat

- Oral kirurgi
- Mjukvävnadskirurgi
- Oral medicinska frågeställningar
- Läppspottkörtelbiopsier
- Salivsekretionsmätningar.
- Konsultation verksamhet ute på länets kliniker
- Undervisning, kursverksamhet och auskultationer
- Forskning och utvecklingsarbete