

IADR, 25. – 28. juni 2003:

Massemønstring av odontologisk forskning i Göteborg

Godt over tre tusen foredrag, symposier, workshops og plakatpresentasjoner (posters) hadde deltakerne å velge i da International Association for Dental Research (IADR) i juni avholdt sitt 81. årlige møte, denne gangen på Svenska Mässan i Göteborg. Samtidig hadde Pan European Federation sitt møte. Dette er en samling av den britiske, den kontinentaleuropeiske, den irske og den skandinaviske avdelingen av IADR.

Alle tenkelige tema innen odontologisk forskning var representert, men ett fagfelt, dentale materialer, dominerte totalbildet. Ikke rart kanskje, det er nok lettere å få penger til forskning på materialer enn til mer generell basalforskning. Industrien var også tallrikt tilstede som sponsorer på møtet, som ble avviklet med vanlig svensk orden og effektivitet. Ved siden av hovedprogrammet var det kontinuerlig møter av

ulike slag og mellom ulike grupperinger, fra frokostmøter og lunsjmøter sponset av forskjellige firmaer til mer spesielle gruppe- og spesialforeningsmøter, mens kveldene stort sett ble tilbrakt med «net-working» på mottagelser og middager eller på mer privat basis på lokale spisesteder. Göteborg i godt junivær er ikke noe dumt sted å være, så de som valgte lyse sommerkvelder «på by'n», gjorde ikke noe dårlig valg.

Det tette programmet med mange parallele sesjoner gjorde det vanskelig både å få oversikten over alle man gjerne ville høre på og å velge hvor man skulle gå. Ett valg var imidlertid lett. Professor Per Brandtzæg var invitert som en av tre «Featured Plenary Session Speakers», og han

åpnet fredagens plenumssesjon med et foredrag «designed to interest delegates from all Scientific Groups» – med tittelen: «Mucosal immunity: Can we exploit this health-promoting defence system?» Torsdagens tilsvarende hovedforedragsholder, den på alle måter fargerike baronesse Susan A. Greenfield fra Oxford var også en opplevelse med foredraget «The brain of the future: How new technologies can change our thoughts, emotions and personality».

Ellers var begge de norske fakultetene og NIOM godt representert med både foredrag og plakatpresentasjoner.

Gudrun Sangnes



Fra amalgam til kompositt – hvem styrer utviklingen?

Myndigheter, pasienter og praktiserende tannleger synes å være styrende for hva som anses som passende terapivalg, mens undervisningsinstitusjonene kommer lenger etter i utviklingen. Et paradoks er således at studentene får begrenset erfaring med hvite fyllingsmaterialer under studiet, mens slike materialer blir førstevalget når de opptrer som praktiserende tannleger. Det burde ikke være problematisk for undervisningsinstitusjonene å ligge i forkant av utviklingen, ble det hevdet på et symposium på årskongressen i International Association for Dental Research i Göteborg*. Som kjent er valget plast kontra amalgam ikke bare basert på odon-

tologiske og andre helsemessige vurderinger, men miljømessige og politiske forhold vil påvirke avgjørelsen. En rundspørning blant ulike lands helsemyndigheter viste at bare i tre land (Finland, Norge og Sverige) ble tannlegene rådet til å redusere bruken av amalgam. I disse tilfellene var det miljømessige hensyn som talte for redusert bruk. I de andre landene som besvarte henvendelsen, (USA, Frankrike, Irland, Storbritannia, Japan og Australia) var det ikke langt noen begrensninger på bruken.

En vurdering av kvikksølvforurensning i Danmark konkluderte med at kvikksølv ikke påvises i helsefarlige mengder fra krematorier, avrenning fra kirkegårder

eller i avløpsvann fra tannlegekontorer hvor avskillere er installert. Ved god yrkeshygiene er risikoen for helseskader fra kvikksølv i amalgam neglisjerbar hos tannhelsepersonell. Målinger har vist at tannhelsepersonell har samme lave kvikksølvkonsentrasjonen i blod og urin som normalbefolkningen.

Likevel blir det benyttet mindre amalgam enn tidligere til fordel for kompositt. I en studie anså 50–60 % av tannlegene i Storbritannia, Australia og Finland at de hadde redusert bruken av amalgam siste fem år, og 2 % av tannlegene i Storbritannia, 16 % i Australia og 37 % i Finland oppga å ikke lenger benytte amalgam.

Bivirkningsrapportering synes ikke

å være god nok for å avgjøre om et tannfyllingsmateriale er helsemessig egnet. I Storbritannia hadde de siden bivirkningsregisteret ble etablert i 1999 etter skandinavisk mønster, mottatt 1 120 rapporter, derav 500 på pasienter (80 % kvinner) og resten på tannhelsepersonell (50 % kvinner, 50 % menn). I pasientgruppen ble det reagert på legeringer, hovedsakelig amalgam (180 rapporter), lateks (100 rapporter), plastmaterialer (70 rapporter) og hygieneprodukter (50 rapporter). Av de yrkeshygieneiske rapportene dominerte lateks (400 rapporter) og plast (50 rapporter) blant tannleger og tanntekniker plast (45 rapporter) og lateks (15 rapporter).

Økt fokusering på tannfargede fyllinger i undervisningen må ikke gå på bekostning av opplæringen i å legge amalgamfyllinger. Fortsatt vil det være mange pasienter som trenger amalgamterapi, spesielt blant de eldre aldersgruppene, ble det hevdet av representanter fra Storbritannia. Men det var heller ikke ønske om å utvide det totale omfanget av undervisning, så noe reduksjon måtte det bli i annen undervisning uten at det ble gitt noen klar

løsning på dette problemet. Ved endring av undervisningen var det viktig å ha en klar strategi og å få med alt personalet i endringen. Bruk av nye teknikker krever nytt utstyr, og ledelsen må innse at endringer i undervisningen koster.

Ved universitetet i Nijmegen, Nederland, underviste de ikke lenger studentene i bruken av amalgam. Hovedgrunnen til å forlate bruken av amalgam var estetiske forhold. I tillegg bevares mer frisk tannsubstans ved behandling av primærkaries, og risikoen for senfølger ved fyllingsterapi som kusefraktur, reduseres. Overgangen til amalgamfri undervisning hadde gått gradvis ved å redusere opplæringen i preklinikken fra 1990 og frem til 2001 da amalgam ble helt tatt ut.

Kommentar: Symposiet pekte på en viktig problemstilling; er det overensstemmelse mellom det som undervises til studentene og det de vil praktisere som utdannede tannleger? Hvis undervisningen skal være forskningsbasert, vil den måtte ligge etter de siste nyvinninger. I den sammenheng er det produsentene som er den ledende

part. Valget mellom plast og amalgam styres av flere faktorer enn forskningsbasert informasjon. Enkelte faktorer er klart kommunisert, som reduksjon av kvikksølvutslipp til naturen og økende vektlegging av estetikk og bruk av hvite fyllinger. Subjektive forhold som tannlegens egne oppfatninger og enkelte pasienters skepsis til bruk av amalgam av helsemessige årsaker er ofte tilleggsmomenter ved valg av materialer. Men er undervisningen av tannlegestudenter på kollisjonskurs med allment akseptert praksis? Etter min mening er den ikke det. Forskningsbasert undervisning vil gi studentene tilstrekkelige kunnskaper slik at de kan bli selvstendige utøvende tannleger.

**Foredragsholdere var universitetstilknyttede fra Storbritannia (FJT Bruke, R van Noort og N Wilson), Danmark (P. Hørsted Bindsløv) og Nederland (FJM Roeters)*

Jon E. Dahl

Bleking – hva er nytt?

Bare én av alle de publikasjonene som omhandler effekten av blekemidler tilfredstiller fullt ut kravene til en klinisk undersøkelse, fremgikk det av et seminar om bleking på årskongressen i International Association for Dental Research i Göteborg*. Risiko for bivirkninger og langtidseffekten av blekingen er også dårlig undersøkt. Like fullt var det enighet blant seminargivere om at bruk av 10 % karbamid til hjemmebleking må anses som sikker og effektiv behandling. Normal behandlingstid ble ansett å være 3–6 uker, mens sterkt nikotinmisfargen tenner trengte 1–3 måneder og tetracyclinmisfarging 1–12 måneder. Det ble anbefalt å fjerne amalgamfyllinger i tenner som skulle blekes. Blekemidlene gir økt korrosjon av amalgam med økt frigjøring av kvikksølv og risiko for misfarging av tannen rundt fyllingen. Økt følsomhet i tenner etter bleking opptrer hypig, men ble vurdert som en akseptabel

bivirkning. Graviditet og røyking ble ansett som kontraindikasjon for bleking i USA.

Ved hjemmebleking med 10 % karbamidperoksid i en skje vil en tredel av applisert blekemiddel forbrukes i selve blekeprosessen, og ca. 40–50 % forblir i skjeen etter to timer. Resten (10–25 %) blir sannsynligvis svelget av pasienten. Konsekvensen av dette ble ikke berørt.

Hurtig og effektiv bleking med høye konsentrasjoner med blekemiddel (hydrogenperoksid eller karbamidperoksid) gjerne kombinert med lys har økende popularitet til tross for sparsom forskning rund effektivitet og varighet av slik behandling. Det benyttes høye konsentrasjoner med blekemiddel (hydrogenperoksid eller karbamidperoksid) gjerne kombinert med lys. Forskningsdata så langt har ikke vist at belysning øker blekeeffekten. For å kunne akselerere spaltningen av hydrogenperoksid som er den aktive kom-

ponenten i alle blekemidler, kreves 85 °C, mens de ulike lamper på markedet kun gir 37–45 °C. Men samtidig er det trolig at temperatur på 85 °C over lenger tid vil være skadelig for pulpa i tennene som blir bleket.

Storbritannia tolker det europeiske regelverket forskjellig fra de andre landene når det gjelder blekemidler. Metodene for intern og ekstern bleking anses som legale, mens blekemidler som sådan ikke får inneholde over 0,1 % hydrogenperoksid. Det innebærer at alle midler som benyttes i andre land i Europa, ikke kan benyttes i Storbritannia. I USA har den amerikanske tannlegeforeningen (ADA) godkjent fem preparater, alle med 10 % karbamidperoksid.