

# Risikopasienter – hva gjør vi?

**I et fint samspill mellom Unni Toftegaard (anestesioverlege) og Tore Bjørnland (professor i oral kirurgi) fikk vi en god oversikt over de mulige risikopasienter som vi kan få i tannlegestolen. Heldigvis er det få tannleger som får erfare akuttmedisinske episoder med sine pasienter, og derfor er det viktig at vi lærer å kjenne til dem, hevdet foredragsholderne i den populære seansen på landsmøtet.**

Når pasienten bli dårlig, krever det rask oppfattelse av symptomer og at riktige tiltak og behandling starter umiddelbart.

Et føre-var prinsipp er viktig, og pasienter som kan være en risiko med tanke på en akutsituasjon er pasienter med høy alder og med hjerte- og karsykdommer, hjerneslag, sukkersyke, epilepsi og astma. Slike pasienter, hvor vi kjenner sykdomsbildet, kan vi lettere håndtere. De største problemene er relatert til de pasientene som vi ikke kjenner, eksempelvis nye pasienter og pårørende på venteværelset. En omfattende anamnese er nødvendig. Et problem er at pasienten selv ofte definerer hva han anser som relevant informasjon til tannlegen. Vi må imidlertid kjenne til pasientens sykdommer og de medikamentene vedkommende bruker. Pasienten begrenser ofte informasjonen til smertestillende og antibiotika, så her må man spørre konkret videre om f.eks. hjertemedisin og blodfortynnende medikamenter. Vær oppmerksom på mulig narkotikamisbruk. Ta gjerne skriftlig kontakt med pasientens fastlege, og forespør pasienten ved hvert besøk om det er noe nytt. Hvordan gikk et tilsvarende inngrep tidligere, kan være et nyttig spørsmål.

Følgende risikosituasjoner ble gjennomgått:

*Angina pectoris-anfall* skyldes forsnoringer av blodkar i hjertet og gir sterke brystmerter. De fleste pasienter med angina pectoris har hatt anfall tidligere og har gjerne med seg nitroglyserintabletter som skal legges under tungen. Man bør gi slike pasienter oksygen hvis tilgjengelig

og løsne stramme klær. Hvis anfallet ikke gir seg, må ambulanse tilkalles.

*Hjerteinfarkt* gir karakteristiske sterke smerter retrosternalt med utstråling i venstre arm, underkjeve og bak skulderbladene. Pasientene føler brystklem, får blek og klam hud, kaldsvetter, er kvalme og urolige. Rask hospitalisering er viktig. Stumme infarkter hvor pasientene bare erfarer ettervirkninger som slapphet, tretthet og influensalignende symptomer, forekommer også. Større behandlinger må utsettes til minst seks måneder etter et infarkt.

*Lungeødem* skyldes svikt i venstre hjertekammer slik at blodet stuves i lungene, og lungene «bobler» over. Dette kan inntre hurtig. Pasienten blir dårlig med skummende oppspytt og ekstrem tungpustethet. Overkroppen må heves og pasienten gis oksygen og nitroglyserin. Løs stramme klær og ring ambulanse.

*Høy blodtrykk* skyldes ofte arteriesklerotiske blodkar og medfører økt slitasje på hjerte og økt risiko for hjerneslag. *Hjerneslag* er forårsaket av karruptur med etterfølgende blødning, mens *hjerneinfarkt* er forårsaket av blodpropp i hjernen. Arteriosklerose og røyking disponerer. Blødning og infarkt gir samme symptomer som bevissthetstap pga. redusert blodtilførsel, kramper, lammelser og taleforstyrrelser. Lesjon på venstre side gir høyresidige lammelser og tap av taleevnen. Ring ambulanse og sikre at pasienten opprettholder respirasjon og hjerteaktivitet.

*Sukkersyke* skyldes utilstrekkelig insulinproduksjon og nedsatt sukkertoleranse. Yngre pasienter er insulinavhengige og doseres gjerne med pumpe via innlagt venflon, mens eldre pasienter oftest behandles med tabletter. Akutte anfall med lavt blodsukkernivå (<3 mmol/l) skyldes gjerne at matinntaket har vært for lite i forhold til insulinmengden, for eksempel ved manglende matlyst forårsaket av det forestående tannlegebesøket. Symptomer som svetting, uro, aggressivitet, sultfølelse, uklarhet og bevisstløshet er vanlig. Behandlingen er å tilføre sukker. Spør gjerne pasienten om matinntak og insu-

lindosering før tannlegetimen. Pasienter med pumpe kan måle blodsukkernivået selv, noe som kan være lurt å gjøre ved mistanke om lavt blodsukker.

*Epilepsianfall* kan utløses av stress, men krampene vil gjerne gå over i løpet av 5–10 minutter. Hvis de ikke gir seg, ring ambulanse.

*Astma* er bronkospasmer som gir pasienten pusteproblemer, særlig når han skal puste ut. Utløsende faktorer er allergi, stress, medikamenter (NSAID kryssreagerer hos allergikere), røyk og annen forurensning. Behandles med astmaspray, som pasientene gjerne har med seg, og hvile.

Ved *hyperventilering* har pasienten høy oksygentensjon og lav karbondioksidtensjon i blodet. Prikking i ekstremiteter, perioral blekhet og puste vansker («jeg får ikke luft») er vanlige symptomer. Anfallet vil gjerne gå over av seg selv. Man kan få pasienten til å puste inn i en papirpose for å endre oksygen- og karbondioksidtensjon i blodet samt berolige pasienten og således redusere respirasjonsfrekvensen.

Pasienter på *blodfortynnende midler* (antikoagulantia) benytter enten midler som påvirker blodplatene (eksempelvis acetylsalisylsyre og klopidogrel) eller vitamin K-antagonister (eksempelvis warfarin). Den første typen bør seponeres 4 dager før ekstraksjon og kirurgiske inngrep. Warfarin må også seponeres 2–3 dager før behandling. Seponering av alle typer blodfortynnende midler må kun skje i samråd med lege. Ved warfarinbehandling ligger IRN-verdien på 2–3,5, bløtvevs-inngrep krever IRN-verdien på 2,5–2,8, og inngrep i hardvev og gingiva 1,7–2. Pasienter på antikoagulantia må ikke gis NSAID som smertestillende (øker blødningsfaren), og det må heller ikke legges dren, da det vil kreve en ny seponering for å få fjernet det.

Når pasienten ringer og forteller at det blør når bedøvelsen går ut etter et inngrep, må det avklares om det er en reell blødning eller kun blodblandet spytt. Hvis det leverer seg i munnen, er det blødning og noe må gjøres. Er det relatert til pasienter

# Periodontalkirurgi i praksis

på antikoagulantia, krever dette sykehusbehandling. Bruk av resorberbart hemostatikum som eventuelt kombineres med behandling med fibrinolysehemmer i 2–3 dager gir god effekt. Hemostatikumgelen kan også dynkes med fibrinolysehemmeren for å øke effekten.

*Premedisinering* med tanke på å heve pasientens smerteterskel og berolige pasienten, kan være god forebyggelse hos risikopasienter. Tannleger kan i dag forskrive alle preparater som er nødvendig for tannbehandling, også beroligende midler. Oxazepam (15 mg om kvelden og 15 mg en time før behandling) eller diazepam (10–15 mg om kvelden og 10–15 mg en time før behandling) anbefales for å gi pasienten en god natts søvn i tillegg til ro under inngrepet.

En anafylaktisk reaksjon kan komme selv etter mange gangers eksponering. En rekke organsystemer som sirkulasjon, respirasjon, hud og mage/tarm involveres i symptombildet. Sirkulatoriske symptomer som varme og rødme kommer først, deretter hjertebank, blekhet og kaldsvette, og blodtrykksfall og hjertestans kan inntre. Som respiratoriske symptomer opptrer nysing, hoste, larynxspasmer («klump i halsen»), astma, tungpustethet, cyanose og respirasjonsstans. Kløe, utslett og ødem i huden, samt kvalme, brekninger, kolikkmerte og diaré er andre symptomer. Pasienten legges med bena høyt, ambulanslege tilkalles og pasienten gis adrenalin 0,5–1 mg intramuskulært normalt i en ekstremitet, men for oss tannleger kan injeksjon i tungen også være anvendelig. Eventuelt gis dyp subkutan injeksjon. Adrenalininjeksjon kan gis med 5–20 minutters intervaller om tilstanden igjen forverrer seg.

Nødvendig utstyr på et tannlegekontor hvor risikopasienter behandles er adrenalin (Epi-pen autoinjektor 0,3 mg er anvendelig, bør da ha minst to), oksygen, resorberbart hemostatikum og fibrinolysehemmende medikament.

*Jon E. Dahl*

**M**ange tannleger i Norge gjør lite periodontalbehandling, sa spesialtannlege Ivar Hoff som ønsket å øke motivasjonen blant oss kolleger da han foreleste på landsmøtet. Periodontal kirurgi fjerner ikke sykdommen slik mange pasienter tror, men skal benyttes til å skaffe bedre adkomst for depurasjon, lette pasientens eget renhold av tennene, gi tilgang for regenerasjonsbehandling og bedre mulighetene for inspeksjon. I tillegg kan periodontal kirurgi bedre estetikken etter kjevortopedisk behandling og til å frilegge subgingivale kaviteter og prepareringsgrenser.

Gingivektomi, lappoperasjon eller en kombinasjon av disse kan benyttes. Alle pasienter som kan ha nytte av periodontal kirurgi må gjennom en hygienefase med instruksjon, motivasjon og depurasjon. Kirurgi utføres dersom det etter en slik fase er lommer som krever bedre rengjøring basert på klinisk undersøkelse (sondering/blødning). Kontraindikasjoner for periodontal kirurgi er nedsatt generell helsetilstand, infarktpasienter (minst 6 måneders latens), blødere og nedsatt helsetilstand i periodontiet (for eksempel akutte betennelser). Dårlig pasientkooperasjon og uvilkelige pasienter er andre grunner til ikke å operere. Dessuten er det viktig å vurdere nytten av inngrepet i relasjon til kostnader og plager for pasienten.

Pasienten må gi grundig informasjon før inngrepet om hensikten, eventuelt alternative behandlinger, prosedyre inkludert pakning og suturering, postoperative forhåndsregler og problemer, etterbehandling, problemer med estetikk og hypersensitivitet samt kostnader og tryggestøtte. I mange tilfeller kan både gingivektomi og lappoperasjon benyttes, og Hoff anbefalte at man benyttet den metode man selv behersker best. I fronttannsområdet ville likevel lappoperasjon gi det estetisk beste resultatet.

Det anbefales å ha en kirurgikassett med de nødvendige instrumenter. Mange benytter skalpell også til gingivektomi,

men spesielle gingivektomikniver anbefales. Disse må imidlertid holdes skarpe, noe som krever regelmessig sliping. Prose-dyre ved gingivektomi begynner med adrenalinholdig anestesi, oftest er infiltrasjon tilstrekkelig, blødningdpunkter avsettes, eventuelt kan skjema med god avmerking av lommer benyttes, og snitt skrånende mot det koronale legges hele veien. Snittet går opp to ganger, det løsnes godt approksimalt, og hele lappen fjernes. Det depureres, skylles, inspiseres, og legges på en pakning. Pakningen skal ligge i minst en uke og antibakterielt skyllevann benyttes. Når pakningen tas bort, fjernes eventuelt granulasjonsvev og rester av tannsten. Ta kontroll etter noen uker og deretter en etter nok noen uker. Lappoperasjon kan i mange tilfeller erstatte en gingivektomi. Man bør gjøre en lappoperasjon når man ønsker å bevare gingiva, ved dype benlommer og ved regenerasjonsforsøk. Snittet legges litt fra tannen, og man bør tilstrebe å bevare mest mulig av papillen. vertikale hjelpesnitt kan legges hvis nødvendig. Lappen løsnes fra, det depureres, skylles, lappen trimmes og sutureres. Lag enkeltsuturer i syntetisk monofilament-tråd som fjernes etter 7–14 dager. Pasienten må være forsiktig med tannbørsting, og ikke gjøre interdental renhold de første 14 dagene. Antibakterielt skyllevann brukes i stedet. En lappoperasjon krever lengre oppfølging enn gingivektomi.

*Jon E. Dahl*