

Anne Merete Aass

Periodontal vedlikeholdsbehandling

Artikkelen gir en gjennomgang av begrunnelsen for en vedlikeholdsfase etter at systematisk periodontittbehandling er gjennomført. Forslag til rutiner ved gjennomføring av en vedlikeholdsfase, kliniske tegn man ser etter, når og hvor ofte man bør ta røntgenbilder, innkallingsintervaller og når støttebehandling i visse områder er påkrevet, blir diskutert. Rutiner for oppfølging av pasienter med implantater og som er behandlet for periimplantitt, blir også beskrevet.

Pasienter som er mottagelige for periodontal sykdom har stor risiko for reinfeksjon og progresjon av tilstanden uten en organisert vedlikeholdsfase med støttebehandling og profesjonell hjelp til fjerning av biofilmen (plaque) og supra- og subgingival tannsten. En kontinuerlig risikovurdering av pasient, tann og tannflate blir derfor den store utfordringen.

Oppfølging og støttebehandling etter en systematisk periodontittbehandling er ikke bare anbefalelsesverdig, men helt essensielt (1). Denne perioden vil i de fleste tilfeller strekke seg over mange år, ofte livet ut, og består av regelmessig, periodisk undersøkelse og profylaktisk behandling av periodontalt vev. Periodontal helse, dvs. sunne og friske forhold, er resultatet av likevekt mellom patogene faktorer og vertsresistens.

Vedlikeholdsfasen blir kalt «maintenance, periodontal recall, supportive periodontal care» eller «supportive periodontal treatment» i litteraturen.

American Academy of Periodontology bestemte i 1989 at «supportive periodontal treatment» (SPT) var en mer beskrivende og aktuell terminologi (2).

Mål

Formålet med den periodontale vedlikeholdsfasen (SPT) er å forhindre ny sykdomsaktivitet og å forhindre oppblussing av

tidligere periodontal sykdom. American Academy of Periodontology satte i 1998 (3) opp 3 mål:

- Å forhindre eller minimalisere tilbakefall og progresjon av periodontal sykdom hos pasienter som tidligere har vært behandlet for gingivitt, periodontitt og/eller periimplantitt.
- Å forhindre eller redusere insidensen av tanntap.
- Å øke sannsynligheten for å lokalisere (og behandle i tide) andre sykdommer i munnhulen.

Det er i dag akseptert som et faktum at ikke alle pasienter som har en gingivitt utvikler periodontitt, men de pasienter som utvikler periodontitt, dvs. er mottagelige for sykdommen, vil fortsette å være risikopersoner relatert til diagnosen periodontitt, og disse bør følges nøye. Dette innebærer at de vil kunne få tilbakefall av sykdommen resten av livet, selv etter å ha mottatt effektiv og grundig periodontal behandling (4, 5).

Begrunnelse for vedlikeholdsfasen

Profylakse og behandling av gingivitt og periodontitt gjennom god plaquekontroll har vært akseptert i mange år. Det kausale forhold mellom gingivitt og oralt plaque ble beskrevet av Løe et al. i 1965 (6), og Lindhe et al. (7) beskrev utviklingen av periodontitt i et hundeforsøk i 1973. Mange undersøkelser har dessuten vist at man kan forhindre utvikling av gingivitt og videreutvikling til periodontitt ved optimal plaquekontroll (8, 9). Gode behandlingsresultater over tid er assosiert med regelmessig oppfølging (10, 11). Friske forhold, dvs. fravær av betennelsesparametre, har dessuten vist seg som en meget god prediktor for stabile forhold (12).

Vedlikeholdsfasen

SPT er fortsettelsen av en aktiv behandlingsfase for å kvalitetssikre behandlingsresultatet på best mulig måte. Hvordan denne vedlikeholdsfasen legges opp vil variere med den enkelte pasient og hvilken periodontal diagnose pasienten har fått.

Anamnese

Det er viktig å oppdatere anamnesen. Pasientene «glemmer» lett å fortelle oss om de har startet med medikamenter eller skiftet fra ett medikament til et annet. Det er derfor viktig å spørre pasientene direkte om disse tingene og om hvordan de føler seg generelt; føler de seg friske, stresset, fungerer aktuell medikasjon bra etc. Det er i dag kjent at en rekke medikamen-

Forfatter

Anne Merete Aass, førsteamanuensis, dr. odont., spesialist i periodonti. Avdeling for periodonti, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

ter og medisinske tilstander kan påvirke periodontitt. Røyking er f. eks. en kjent risikofaktor (13), og røykere har dårligere tilhelingsrespons etter periodontal behandling, og dessuten dårligere respons i vedlikeholdsfasen (14). Det er også vist at en stor del av de såkalte «refraktære» tilstandene finnes i overvekt hos røykere (15). I tillegg er det aktuelt å få vite litt om hvilke orale hjelpemidler pasienten bruker, er det noen hjelpemidler som føles vanskelige å bruke eller er det områder som er vanskelig tilgjengelige? Hvilke orale hjelpemidler brukes daglig og hvilke brukes av og til? Opplysninger om hvorfor de eventuelt ikke brukes daglig, er også nyttig informasjon. Ising i tennene generelt eller i spesielle områder, er det også aktuelt å få oversikt over. Det er videre viktig å få rede på om pasienten føler at behandlingen var vellykket i forhold til de mål som ble omtalt ved behandlingens start og om noe har endret seg etter siste besøk.

Klinisk eksaminasjon

Først gjøres gjerne en klinisk inspeksjon med speil. Hele munnhulen skal undersøkes, ikke bare de periodontale vev.

Periodontal eksaminasjon

Gingivale retraksjoner bør beskrives. Deretter inspiseres tenner og periodontale vev. Plaque og gingivale forandringer noteres og kommenteres. Ved å trykke en finger på gingivale vev kan man registrere eventuell forekomst av puss. Ved hjelp av lommedybdemålerens «bakside» kan man «trykke» på gingiva og se om man får et merke som står, dvs. ødem og inflammasjon (Fig. 1). Bittet generelt, samt mobiliteten av tenner bør også kontrolleres.

«Bleeding on probing» (BOP) betyr blødning fra lommens bunn etter at man har sondert med for eksempel en lommedybdemåler, altså ikke blødning fra gingivalranden som gir informasjon om en eventuell gingivitt. BOP og registrering av lommedybdemåler/festetap er nyttig i risikoområder for å registrere en progresjon av festetap. Det er dessuten nødvendig å gjøre en grundig eksaminasjon av furkasjoner og andre problemområder.

Hjelpemidler

Viktige hjelpemidler er fortsatt speil, treveissprøyte, godt lys (og godt syn), lommedybdemåler, røntgenbilder og plaqueinnfargingstabletter. I noen tilfeller vil også bakterieprøver være av interesse (Fig. 2).



Fig. 1. Ved å trykke på gingiva med lommedybdemålerens «bakside», kan man se om det blir et merke på gingiva som blir stående, dvs. inflammasjon.



Fig. 2. Hjelpemidler ved etterkontroller.

Vedlikeholdsbehandling/støttebehandling/ny behandling

Etter at en systematisk behandlingsserie er gjennomført, er det viktig å vurdere om behandlingsmålene er nådd. Det er derfor nyttig å foreta en risiko-vurdering av pasienten når man avslutter en aktiv behandlingsserie.

To funn er av stor interesse ved kontroller etter endt behandling; inflammasjon og progresjon av festetap. Støttebehandling gis avhengig av de funn man gjør. Plaque og ny tannsten fjernes, tennene poleres og eventuel fluorpensling foretas. Hvis man ikke gjør funn og situasjonen synes å være stabil, dimitteres pasienten etter å ha fått opplysninger om dette, og avtale blir gjort for videre oppfølging.

Det vil imidlertid alltid være noen pasienter som ikke svarer som forventet på behandling, og det er viktig å finne frem til årsaken til dette (Fig. 3). Hvis pasienten har opprettholdt en god plaquekontroll, men har progresjon av festetap i enkelte områder eller mer generelt, må man også her prøve å finne frem til årsaken. Er det lokalt, er det mulig at tannlegen ikke har fått med seg all tannstein og subgingivalt plaque. Ellers kan differensialdiagnoser som involverer pulpa eller rotfraktur være aktuelle. Hvis det er generell progresjon av festetap, må man undersøke om dette skyldes «ny» sykdomsaktivitet grunnet dårlig plaquekontroll. Det er viktig å få vite hvorfor; har ikke

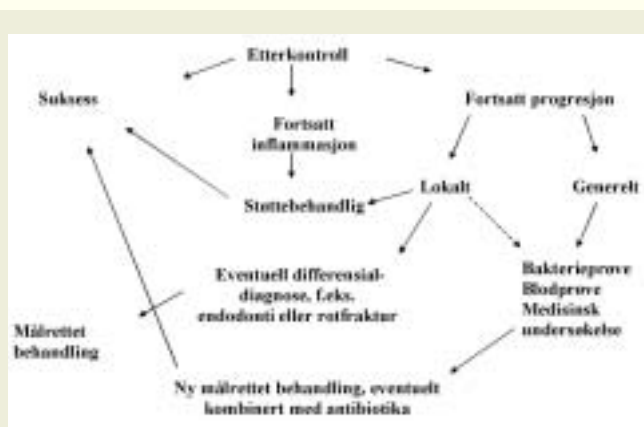


Fig. 3. Skjematisert fremstilling av strategier i vedlikeholdsfasen (SPT).

pasienten oppfattet at han/hun alltid vil være en «risiko-pasient», eller har pasienten ikke vært godt nok motivert. God informasjon og god kommunikasjon er viktige elementer. Det er nødvendig å forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen. Noen pasienter vil muligens tro (i hvert fall ønske) at de har blitt «helbredet» for tilstanden periodontitt for resten av livet når de har gjennomgått en systematisk periodontittbehandling. Vi må dessuten huske på at samfunnet i dag består av individer med forskjellig etnisk og språklig bakgrunn. Vår utfordring blir å sikre oss at pasientene faktisk har oppfattet den informasjonen som er gitt. Vi må heller ikke glemme at tenner og oral hygiene ikke er like viktig for alle, og alle disse faktorene må avklares før vi foretar ny instruksjon, motivasjon og eventuelt ny behandling.

Hvis det er generell progresjon av festetap, men plaquekontrollen er god, kan det være aktuelt å ta bakterieprøver i tillegg til røntgenbilder, for eventuelt å kombinere ny mekanisk behandling med bruk av relevant antibiotika (16, 17). Røntgenbilder tas ikke ved hver vedlikeholdsbehandling, men ved behov, dvs. ved kliniske endringer eller smerte.

Dersom pasienten fortsatt ikke responderer som forventet på behandling, vil det være nødvendig å gjøre en medisinsk utredning. En henvisning kan eventuelt gjøres i samarbeid med pasientens lege, da pasienten kan ha udiagnostiserte lidelser som influerer på behandlingsresultatet, for eksempel diabetes eller hiv.

Hvem har ansvaret for vedlikeholdsfasen?

I vedlikeholdsfasen kan enten den henvisende tannlegen, en tannpleier eller spesialisten i periodonti være aktuell som behandler. Det er generelt akseptert at det er den allmennpraktiserende tannlegen som primært har ansvaret for pasientenes orale helse. Noen pasienter vil gå jevnlig eller i en tidsperiode til kontroller eller vedlikeholdsbehandling hos spesialist, og andre pasienter vil gå hos tannpleier. Det avgjørende her vil være hvor komplisert det enkelte tilfellet er. Har pasienten en mild form for gingivitt eller periodontitt som utgangspunkt, kan en tannpleier ta seg av dette i samråd med den allmennpraktiserende tannlegen. Pasienter med en stabil situasjon kan også ivaretas av tannpleier, men det er viktig å huske på at det er (henvisende) tannlege som har ansvaret, og at vedkommende for eksempel tar hver tredje eller fjerde vedlikeholdsbehandling selv, og dermed undersøker, behandler og eventuelt justerer mål for videre behandling og oppfølging. Er det et vanskelig medisinsk og periodontalt tilfelle, er det viktig at spesialisten følger opp, gjerne i samarbeid med henvisende tannlege.

Med et økende antall pasienter i vedlikeholdsfasen, kan dette bli svært tidkrevende for spesialisten, som vil ha behov for noe avlastning i denne fasen for å kunne friggi tid for nye pasienter og behandlinger.

Intervaller for vedlikeholdsfasen

Intervaller for støttebehandling er som regel ganske korte (3–6 mnd.) rett etter at en systematisk periodontittbehandling er gjennomført, avhengig av tilstandens alvorlighetsgrad og relatert til pasientens alder og pasientens evne og vilje til kooperasjon. Enhver som har gjennomført en systematisk periodontittbehandling vil i utgangspunktet være en risikopasient, en mottagelig vert. I tillegg må lokale faktorer som plaquekontroll, tannstillinger, omfattende dentale restaureringer, furkasjonsinvolvement og generelle faktorer som røyking, medikamentbruk og generell allmenntilstand tas med i betraktning. Mange studier har vist at ved et godt organisert vedlikeholdsprogram for behandlede pasienter kan lommedybder og klinisk festnivå bli opprettholdt (10, 18, 19). Intervallene her varierte fra tre

til seks måneder. En studie har også vist residiv eller tilbakefall hos 45% av behandlede pasienter (20). Her varierte intervallene for vedlikeholdsbehandling mellom 9 og 18 måneder.

Hvis tilstanden over tid ser ut til å være stabil, kan intervallene utvides, men i prinsippet har de fleste periodontittpasienter behov for livslang oppfølging. «Supportive periodontal treatment» må individualiseres både med hensyn til den støttebehandling som gis og antall «intervallmåneder». Det er viktig å gi pasienten kontinuerlig tilbakemelding om de periodontale forhold og hva som influerer på disse, og pasienten må hele tiden være enig i den planen som legges for støttebehandling og vedlikeholdsbehandling. Det kan være forskjellige årsaker til at pasienter kan falle ut av et slikt opplegg, f.eks. at de er skeptiske til nytteverdien av et slikt regime, stort tidsforbruk, økonomiske betraktninger, stress i forbindelse med å møte, samt at det kan være dårlig forhold eller kommunikasjon mellom pasient og tannlege.

Vedlikeholdsfasen relatert til implantater

En liten prosent av integrerte implantater mislykkes. Dette skjer enten grunnet traume (for eksempel fra okklusjonen) eller infeksjon som ligner den man finner ved periodontitt; periimplantitt, eller en kombinasjon av disse. Det har vært vist at bakteriell kolonisering på implantatoverflater bør forhindres for å unngå inflammasjon og infeksjon av vevene som omgir implantatet, og for å minimalisere risikoen for tap av implantatet på sikt.

Flere undersøkelser viser at det første året etter innsetting av implantatet er det mest kritiske. Imidlertid kan inflammasjon og periimplantitt også oppstå flere år etter innsettelse av implantatet. Smerte er ikke beskrevet som et typisk tegn ved periimplantitt. Det er derfor viktig å ha gode rutiner for oppfølging av disse pasientene, og lignende rutiner som de ovenfor skisserte kan være nyttig også her. Dette er i henhold til etiske regler beskrevet i Den norske tannlegeforenings håndbok, hvor det fastslås at når det gjelder oppfølging og etterbehandling av implantater, må det etableres en fast kontrollrutine som ikke alene overlates til pasientens initiativ (21). Wilson (22), samt Mombelli & Lang (23, 24) har beskrevet hvordan SPT for implantatpasienter og pasienter som har gjennomgått behandling for periimplantitt bør være:

- oppdatering av pasienten; medisinsk og dentalt
- undersøkelse av protetiske overkonstruksjon
- plaquekontroll, eventuelt reinstruksjon av orale hjelpemidler
- undersøkelse av implantater og omgivende vev
 - inflammasjonstegn og puss
 - lommer
 - røntgen
 - eventuell bakterieprøve

Dersom ingen inflammasjonstegn er tilstede, dimiteres pasienten og ny avtale for oppfølging gjøres. Hvis det er plaque og inflammasjonstegn, som blødning og hevelse i vevet, bør det foretas en profesjonell rengjøring med gummikopp og poleringspasta og mekanisk fjerning av harde avleiringer. Det bør foretas en ny gjennomgang av egnede orale hjelpemidler. Hvis det kommer puss fra lommer rundt implantatet, bør disse irrigeres med 0,2% klorheksidin og pasienten bør skylle med klorheksidin.

Studier har vist at vellykkede implantater har lommer på ca. 3 mm. Dersom en lomme rundt et implantat er på 5 mm eller mer, bør røntgenbilde tas (23, 24), og hvis man der finner en beindestruksjon, bør man vurdere å ta en bakterieprøve. Ut fra bakterieprøven bestemmes det så om det skal gis antibiotika, og ut fra den røntgenologiske lesjon avgjøres det om et operativt inngrep bør utføres.

Hvor ofte pasienten må ha oppfølging og vedlikeholdsbehandling bestemmes individuelt eller etter hvor ofte det er nødvendig for å holde periodontiet og periimplantatvevet friskt.

English summary

Aass AM.

Supportive Periodontal Treatment

Nor Tannlegeforen Tid 2004; 114: 100–3.

This article describes treatment strategies related to the maintenance phase for the periodontal patients (or Supportive Periodontal Treatment; SPT). Maintenance of patients with implants/treated for peri-implantitis is also discussed.

It is essential to recognize that subjects susceptible to periodontitis will be so for the rest of their lives. Even if the periodontal treatment is successful and stable, the balance between the periodontal risk factors and the immune-system might change, and the periodontal patient and the dental examiner must be aware of the signs and consequences of a reinfection and acknowledge the benefits of a regular, individual maintenance programme.

Referanser

1. Gjermo P, Aass AM. Periodontitt – en systematisk behandlingstilnær-melse. *Nor Tannlegeforen Tid* 2003; 113: 118–22.
2. World Workshop in Clinical Periodontics; 1989: New Jersey. Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics. Chicago: American Academy of Periodontology; 1989. Section IX: 24–6.
3. American Academy of Periodontology. Position paper. Supportive periodontal therapy. *J Periodontol* 1998; 69: 502–6.
4. Hirschfeld L, Wasserman B. A long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. *J Periodontol* 1978; 49: 225–37.
5. Halazonetis TD, Smulow JB, Donnenfeld OW, Mejiaa JE. Pocket formation 3 years after comprehensive periodontal therapy. A retrospective study. *J Periodontol* 1985; 56: 515–21.
6. Løe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol* 1965; 36: 177–87.
7. Lindhe J, Hamp S-E, Løe H. Experimental periodontitis in the Beagle dog. *J Periodont Res* 1973; 8: 1–10.
8. Axelsson P, Lindhe J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. *J Clin Periodontol* 1978; 5: 133–51.
9. Axelsson P, Lindhe J. The effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years. *J Clin Periodontol* 1981; 8: 239–48.

10. Lindhe J, Nyman S. The effect of plaque control and surgical pocket elimination on the establishment and maintenance of periodontal health. A longitudinal study of periodontal therapy in cases of advanced disease. *J Clin Periodontol* 1975; 2: 67–79.
11. Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1981; 8: 281–94.
12. Lang NP, Nyman S, Adler R, Joss A. Absence of bleeding on probing – a predictor for periodontal health. *J Clin Periodontol* 1990; 17: 714–21.
13. Bergström J. Cigarette smoking as a risk factor in chronic periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1989; 17: 245–7.
14. Baumert-AhM, Johnson G, Kaldahl W, Patil K, Kalkwarf K. The effect of smoking on the response to periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 1994; 21: 91–7.
15. Bergström J, Blomlöf L. Tobacco smoking a major risk factor associated with refractory periodontal disease. *J Dent Res* 1992; 71 (spec issue): Abstract 1590.
16. Ciancio SG. Systemic medication: clinical significance in periodontics. *J Clin Periodontol* 2002; 29 Suppl 2: 17–21.
17. Slots J, Ting M. Systemic antibiotics in the treatment of periodontal disease. *Periodontol* 2000 2002; 28: 106–76.
18. Lindhe J, Nyman S. Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1984; 11: 504–14.
19. Isidor F, Karring T. Long-term effect of surgical and non-surgical periodontal treatment. A 5-year clinical study. *J Periodontol Res* 1986; 21: 462–72.
20. Kerr NW. Treatment of chronic periodontitis. 45% failure rate. *Brd Dent J* 1981; 150: 222–4.
21. Kjølstad K. Etske spørsmål. In: NTFs Håndbok. Oslo: Den norske tannlegeforening; 2001: p. 251–8.
22. Wilson TG. A typical maintenance visit for patients with dental implants. *Periodontol* 2000 1996; 12: 29.
23. Mombelli A, Lang NP. The diagnosis and treatment of peri-implantitis. *Periodontol* 2000 1998; 17: 63–76.
24. Lang NP, Lindhe J. Maintenance of the implant patient. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP, editors. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2003. p. 1024–30.

Søkeord for nettsversjon: www.tannlegetidende.no: Behandling; Periodontitt, marginal; Plakk; Prosedyre

Adresse: Avdeling for periodonti, IKO, Det odontologiske fakultet, postboks 1109, Blindern, 0317 Oslo, Norge. E-post: ama@odont.uio.no