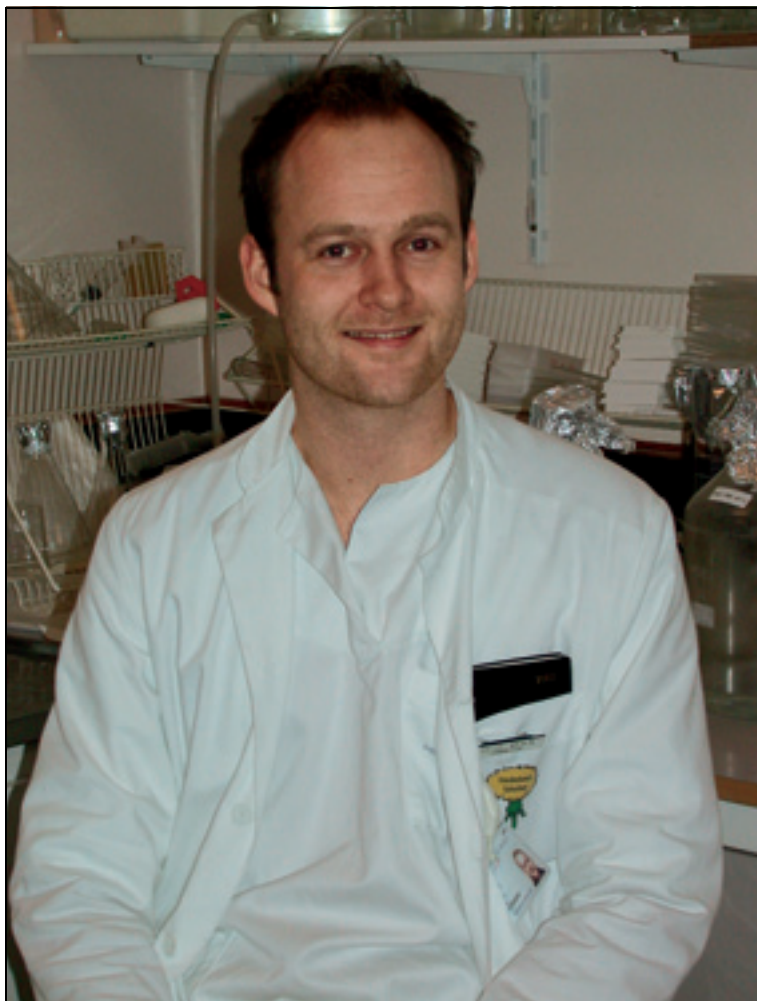


# Kan orale infeksjoner gi leddgikt?

Ketil Moen er doktorgradsstipendiat ved Det odontologiske fakultet i Bergen og tilknyttet Broegelmanss Forskningslaboratorium, Gades institutt og Avdeling for oral kirurgi og oral medisin. Hans hovedanliggende er å studere orale infeksjoner i forhold til revmatismepasienter, og han veksler mellom laboratoriet og klinikken. Slik vil han gjerne ha det etter at doktorgradsarbeidet er avsluttet også.



*Ketil Moen har studert sammenhengen mellom orale infeksjoner og leddgikt, og er snart dr. odont. fra Det odontologiske fakultet i Bergen. På veien dit har han kombinert forskning og klinikk. Det ønsker han å fortsette med. Kanskje det blir Tromsø neste?*

**K**etil Moen startet forskerkarrieren sin i studietiden, og var blant de første som fikk sommerstipend som studentforsker ved Det odontologiske fakultet i Bergen. To somre på rad, i 1998 og 1999, var han tilknyttet Bivirkningsgruppen og studerte helsemessige bivirkninger av utskifting av amalgam. Nå er han i gang med å karakterisere orale problemer i forbindelse med leddgikt.

– Var det sommerstipendene som gjorde at du ble interessert i forskning?

– Ja, det var en fin introduksjon til forskningen, og da jeg var ferdig tannlege i 2001, søkte jeg, sammen med veilederen min, professor Roland Jonsson, doktorgradsmidler med en gang. Men jeg må si at jeg også er kanskje vel så interessert i å jobbe klinisk, og målet mitt er å få en kombinasjonsstilling. Det tror jeg forskningsinstitusjonene også er interessert i. Det er viktig for både institusjonene og pasientene at forskere og klinikere kjenner til begge verdener.

– Hva går doktorgradsprosjektet ditt ut på?

– Jeg prøver primært å finne ut hvilken betydning

orale infeksjoner har når det gjelder å starte og vedlikeholde leddgiktssykdom. Helt konkret studerer jeg bl.a. antistoffresponser mot munnhulebakterier i blod og leddvæsker fra kneledd. Fra før visste vi at enkelte leddsykdommer har årsak i f.eks. infeksjoner fra mage- og tarmbakterier, og syntes det var nærliggende å tro at det samme kunne gjelde for munnhuleinfeksjoner.

– Hva har du funnet ut om sammenhengen mellom munnhulebakterier og leddgikt?

– Ved hjelp av ulike analyser har vi funnet forhøyet antistoffproduksjon hos leddgiktspasienter, og påvist DNA fra mange ulike munnhulebakterier i leddene. Det er nytt. Det viser seg at bakteriene som har sin opprinnelse i munnhulen vandrer med blodet, blir fanget i leddvæsken og blir sittende fast der. For å avdekke dette har vi brukt samme metode som når man undersøker sammenhengen mellom periodontitt og hjerte- og karsykdom. Her har vi hatt god hjelp av professor Ingar Olsen og hans medarbeidere ved Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet i Oslo.

– Du gjør kliniske undersøkelser av leddgiktspasienter også. Hva går det ut på?

– Ja, den andre halvparten av prosjektet dreier seg om å karakterisere kjeveleddsproblemer hos leddgiktspasientene. Det handler om kartlegging av ulike typer smerter som pasientene opplever, og også undersøkelser av munnhuleslimhinner, munntørrethet og dyrking av orale bakterier. I en oppfølgingsstudie har vi sett på de orale virkningene av en ny type leddgiktsmedisin som heter Remicade, og som har fått en del medieomtale, blant annet fordi den er så kostbar og derfor ikke tilbys alle som kanskje kan ha nytte av den.

Det jeg liker godt med denne studien, er at jeg har flere innfallsvinkler og at jeg får samarbeide med så mange.

---

Pasientene mine undersøkes ved Kjevekirurgisk avdeling og jeg samarbeider også nært med Revmatologisk avdeling ved Haukeland. Der er også min andre veileder, førsteamanuensis Johan G. Brun.

– Hvordan kan din forskning komme pasientene til gode?

– Først og fremst ved at det rettes ny oppmerksomhet mot dem, og at man tar det alvorlig at de har problemer også i orale områder. Kjeveleddsproblemer faller ellers ofte mellom to stoler. Det er ofte noe verken tannlegen eller legen tar tak i. Det kan skyldes kunnskapsnivå; at man ikke vet så mye om kjeveleddsplager, noe som igjen henger sammen med at man som tannlege og lege ikke møter så mange slike pasien-

ter. Men det er viktig å ta disse pasientene og deres plager alvorlig. Ved å gjøre det får man også ny kunnskap og kan gi bedre behandling, riktig medisinerer eller eventuelt henviser til videre behandling. Vi mener for eksempel å ha funnet ut at leddgikt kan gi munntørrehet, i likhet med Sjøgrens syndrom. Det kan bety at disse pasientene bør ha like rettigheter til trygderefusjon for tannbehandling. Slik er det ikke i dag. Pasienten og tannlegen opplever det ofte som et problem at de må krangle med trygdeetaten for å få penger. Men at tannlegene får mer kunnskap er også positivt.

Forskningen har også brakt oss videre med tanke på kunnskap om hva som utløser leddgikt. Det har man hittil

visst lite om, og oppmerksomheten har vært rettet mot arv og miljøfaktorer mer enn immunsystemsvikt, virus og bakterier.

– Hva er dine planer etter at du har fått doktorgraden?

– Jeg regner med å disputere like etter sommeren, og tenker på å reise til Tromsø etter det. Jeg vil gjerne jobbe litt mer klinisk enn det jeg har gjort til nå, og gjerne kombinere det med en rolle i undervisningen på tannlegestudiet. På sikt tenker jeg på videreutdanning i oral kirurgi og oral medisin, men jeg føler at jeg vil ha litt mer klinisk erfaring først, avslutter Ketil Moen.

*Tekst og foto: Ellen Beate Dyvi*