

# Skal – skal ikke ta BW?

Dette var ett av spørsmålene professor Ingegerd Mejäre drøftet i sin gjesteforelesning ved Det odontologiske fakultet i Oslo i midten av mai. Hennes råd når det gjelder risikovurdering er i høyeste grad forskningsbasert. Hun har ledet den såkalte «Västerhaningestudien» der man har studert kariesinsidens og -progresjon i en populasjon av barn, ungdom og unge voksne fra 6 til 30 år. Hun konkluderte med at man ved 5, 8–9, 12–13 og 15–16 år bør overveie å supplere den kliniske undersøkelsen med bitewings. Radiologiske funn ved disse alderstrinnene er til hjelp for seleksjon av individer med henholdsvis lav og høy kariesrisiko.

**P**rofessor Ingegerd Mejäre, Malmö, er ikke ukjent i Norge. Hun er en av Sveriges ledende forskere og lærere innen barnetannpleie og har flere ganger tidligere forelest i Norge. Tittelen på gjesteforelesningen 15. mai var «Nyckelåldrar för riskbedömning baserat på karies insidens och progression hos barn, tonåringar och unga vuxna». Hun leder for tiden et SBU-prosjekt\*) om et beslektet tema, der hensikten er å foreta en systematisk litteraturgjennomgang for å klargjøre den vitenskapelige evidensen for ulike diagnostiske metoder, metoder for å identifisere risikogrupper og metoder for behandling av tidlig karies. – Den første SBU-utredningen innen odontologi kom i 2002 og handlet om forebygging av karies. Den pågående utredningen vil bli et nyttig supplement, og jeg er spesielt glad for at jeg har fått med meg professor Ivar Espelid i arbeidsgruppen. Det måtte jeg kjempe for, fordi det er en bestemmelse om at alle deltakere fortrinnsvis skal være svenske, sa hun innledningsvis.

## Västerhaningestudien

Hennes forslag til retningslinjer for å supplere den kliniske kariesundersø-



Professor Ingegerd Mejäre.

kelsen med røntgenbilder er i stor grad basert på denne studien. Västerhaninge er en forstad syd for Stockholm, og der har Ingegerd Mejäre i samarbeid med Folketandvården gjennomført en longitudinell undersøkelse som det står respekt av. Det startet i 1985 med en kohort på vel 500 12-åringer som ble fulgt opp med årlige bitewings til de var 22 år. Da var de «skrumpet» til 367 på grunn av flytting og annet bortfall. I tillegg ble det gjort en retrospektiv undersøkelse ved å gå tilbake og granske bitewings fra disse barna var 6 til 12 år.

– Jeg syntes vi hadde gjort en respektabel undersøkelse, og det er så

mye strev med å følge opp en kohort over så lang tid, at jeg var innstilt på å sette sluttstrek, forteller Mejäre. Men fem år senere lot hun seg overtale til å starte en ny studie. Da fikk de tak i 267 individer av den opprinnelige kohorten, som nå var blitt 27 år. Disse ble så fulgt med årlige røntgenbilder i tre år til; da bestod populasjonen av 200 30-åringer.

Hensikten med Västerhaningestudien var å måle kariesinsidens og -progresjon over tid i en kohort av ungdom og unge voksne og å sammenligne insidensen i disse gruppene. Det har vært interessant å studere hvor raskt karies progredierer, spesielt når kariesprosessen har nådd inn i dentinet.

## Kariesprogresjon

Mejäre har på grunnlag av funnene i Västerhaninge blant annet konstruert «overlevelseskurver» for ulike tannflater, og det viser seg at kariesprogresjonen avtar med økende alder. Eksempelvis var progresjonen fra indre emalje til ytre dentin nesten fire ganger raskere mellom 6 og 11 år sammenlignet med perioden mellom 12 og 22 år. Dette er funn i en populasjon med generelt lav kariesprevalens, de har fått den beste profylaksen noensinne i Sverige, ifølge Mejäre, og behandlingsfilosofien i Folketandvården har vært avventende når det gjelder å gripe til boret. Funnene kan blant annet benyttes til å gi visse retningslinjer for når man bør ta bitewings (BW).

Tabell 1. Forslag til retningslinjer

Alderstrinn for sjekk	Intervall til neste BW – lav risiko	Intervall til neste BW – høy risiko
5 år	3–4 år	1 år
8–9 år	3–4 år	1 år
12–13 år	2 år	1 år*
15–16 år	3 år	1 år*

\*Hvis man lar flere dentinlesjoner stå ubehandlet: 6 måneders intervall.

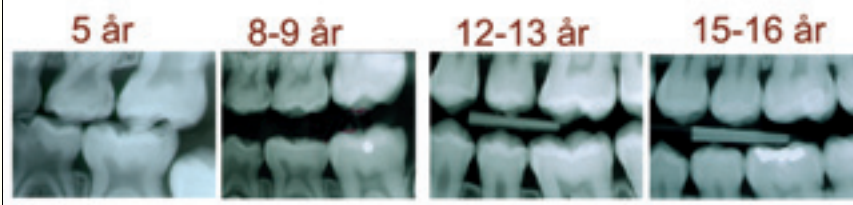
### Retningslinjer for å benytte BW

I Sverige, som i Norge, er det ikke noen offisielle retningslinjer for når man skal ta BW, bortsett fra at indikasjonen skal vurderes individuelt. – Nyttien av røntgen beror på kariesprevalensen i populasjonen, om lesjonene kan oppdages på annen måte, på hvilket stadium vi ønsker å oppdage lesjonene, på hvilket stadium vi foretar restaurativ behandling og ikke minst hvilken risiko vi er villige til å ta, sa Mejäre og lanserte fire «nyckelåldrar» der man bør *overveie* bitewingundersøkelse av barn og ungdom (Tabell 1).

### Lav- og høyrisiko

Begrunnelsen for «nyckelåldrar» er dels å redusere den rutinemessige årlige BW-undersøkelsen, som gjøres mange steder, og dermed redusere befolkningens totale stråledose, dels å stille en sikrere diagnose. Bakgrunnen for valget av alderstrinn er at de første årene etter erupsjonen er en tann ekstra utsatt for ny karies og kariesprogresjon. Tidligere karieserfaring kan så danne grunnlag for risikovurdering av progresjonen i kommende år.

### Nyckelåldrar för bitewing-undersökning och riskbedömning hos barn och ungdomar



– Det kan eksempelvis være hensiktsmessig å ta røntgen på femåringer, og det er lett å ta bilder av dem. I Stockholm var 85 % av femåringene kariesfrie, men andelen ble redusert til 67 % hvis undersøkelsen ble supplert med BW. Flere studier viser at en kariesfri femåring er en lavrisikopasient som har liten risiko for å utvikle alvorlig karies de nærmeste 3–4 årene og ikke trenger røntgen før de er 8–9 år. Hun ga videre råd om røntgenopptak på de ulike alderstrinnene og risikovurdering for å bestemme neste tidspunkt for eventuelt røntgenopptak.

– Nytteverdi, hva er det? Flere sven-

ske undersøkelser har beregnet at 1/3 til 1/4 av populasjonen har nytte av røntgenundersøkelse ved henholdsvis 5, 9 og 12–13 år. Men vi skal ikke se bort fra at bitewings også er et nyttig pedagogisk instrument. Det kan være en motivasjon for foreldre og barn å se bilder med helt friske tenner, og det kan være nyttig å vise hvor det er begynnende hull og behov for intensivt renhold, sa Ingegerd Mejäre til slutt i sin gjesteforelesning.

\*) SBU er Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Reidun Stenvik