

Interaktivt forum for periodonti

Tre timer var avsatt til en sekvens under landsmøtet der periodontistene Øystein Fardal, Morten Klepp og Eirik Aasland Salvesen skulle formidle oppdatert faglig kunnskap om marginale periodontitter og om pasientenes rettigheter til trygderefusjon. Men ikke nok med det – de hadde tatt mål av seg til å engasjere og stimulere deltakerne til å være interaktive som det nå heter på godt norsk. Og de lyktes. Forsamlingen trykket villig på mentometerknapper, og de aller fleste ble sittende til siste slutt.

Salen var mer en stappfull av forventningsfulle deltakere som hadde fått utlevert mentometer ved inngangen, da startskuddet gikk. Svenske «kaospiloter» var innleid medbringende mentometrene, og satt stand by hele tiden for å registrere avstemningsresultater og presentere dem på den ene av tre skjermer. Konseptet er etter det vi forstod mye brukt i nabolandet, men på NTFs landsmøte var dette prøvd bare én gang før. På første benk satt Per Lüdemann, rådgivende overtannlege i NAV (tidligere RTV), muligens for å kvalitetskontrollere informasjonen om trygderettigheter.

Som kalibrering og som trening i å trykke på riktig knapp, ble sekvensen innledet med spørsmål om kjønn, alder, utdanning, arbeidsplass, lesing av tidskrifter, deltakelse i TSE og i hvor stor grad de selv foretok behandling av marginal periodontitt eller henviste til spesialist. Til det siste spørsmålet svarte 7 % at de ikke utførte slik behandling, 14 % henviste nesten alt, 46 % behandlet alt bortsett fra kirurgi, 23 % behandlet nesten alt, og 9 % henviste ingen pasienter til spesialist. Nesten en normalfordelingskurve og ikke uventet for spesialistene, for som Morten Klepp sa: – Dere som sitter i salen, er nok allerede opptatt av og interessert i fagfeltet, så egentlig er det er ikke dere som trenger å være her i dag.



Periodontistene Øystein Fardal (f.v.), Morten Klepp og Eirik Aasland Salvesen puster ut i finværet før de skal fortsette sitt «interaktive forum» om periodonti.

Arbeidsdeling

De tre foredragsholderne, alle rogalendinger, hadde delt på oppgavene og tatt oppstilling ved hver sin skjerm. De kommenterte etter tur, tilsynelatende fritt og ledig, men det lå uten tvil mye planlegging bak fremføringen. Øystein Fardal hadde ansvar for mentometer-skjermen og kommenterte spørsmål og avstemningsresultater, men hadde også faglige innspill som den av de tre som har bedrevet en god del forskning. Ved hovedskjermen der de presenterte kliniske bilder og røntgenbilder av kasus, samt tekstbilder, sto Morten Klepp og sørget for fremdriften. Eirik Aasland Salvesen, spesialistkandidat og allerede godt oppdatert på fagfeltet, passet skjermen der referanser for omtalte vitenskapelige artikler ble vist.

Systematisk periodontal behandling

Dette er et norsk begrep som har sin rot i reglene for trygderefusjon. Det benyttes ikke internasjonalt, men betyr at det skal være systematikk i alle trinn fra undersøkelse, diagnose og initial årsaksrettet terapi til reevaluering, korrigert diagnose og prognose – og så

eventuelt kirurgi og protetisk rehabilitering. Til slutt kommer vedlikeholdsfasen som ikke er den minst viktige.

Trioen gikk så nærmere inn på hva som bør inngå i de forskjellige fasene – hele tiden ispedd påstander og spørsmål deltakerne skulle ta stilling til ved å trykke på mentometerknappen. Videre ble forsamlingen oppdatert på gjeldende terminologi når det gjelder diagnoser, som er følgende: Gingivitt, kronisk marginal periodontitt, aggressiv periodontitt (tidligere juvenil periodontitt inngår i denne sekkebetegnelsen), periodontitt som manifestasjon av annen sykdom, nekrotiserende periodontal sykdom, periodontale abscesser og periodontitt assosiert med endodontisk lesjon. Denne klassifikasjonen ble vedtatt av International Workshop for Classification of Periodontal Disease and Conditions i 1999.

Trygd

Reglene for trygderefusjon har blant tannleger ord på seg for å være svært kompliserte, og dette ble testet ut. Det viste seg at 12 % faktisk syntes at reglene er enkle, knapt halvparten (45 %)

mente de er «litt kompliserte», 17 % «kompliserte», 19 % «altfor kompliserte» og 6 % visste ikke.

Det var også lagt inn et lurespørsmål om trygd, der påstanden var at pasienten måtte ha gjennomgått systematisk periodontal behandling for å få refusjon for protetisk rehabilitering etter ekstraksjon på grunn av periodontitt. Som kjent var dette et krav da refusjonen ble innført, men kravet gjelder ikke lenger. Ikke alle var så oppdatert at de hadde fått med seg den regelendringen. Men det er viktig i søknaden om refusjon å argumentere for hvorfor en tann må ekstraheres, var rådet fra periodontistene. Det er imidlertid ikke trygdens regler som definerer hva som er lege artis behandling, og en marginal periodontitt skal alltid behandles og ikke bare observeres inntil tannen går tapt.

Tidlig ekstraksjon?

Det ble referert flere undersøkelser som viser at tanntap på grunn av periodontitt ikke er avskrekkende. Tenner med avansert marginal periodontitt og usikker prognose på grunn av dype lommer og furkasjonsinvolvering kan stå stabilt i mange år dersom pasienten gjør en innsats og tannlege/tannpleier bidrar med kontinuerlig støttebehandling. Likevel er det noen som hevder at tenner med festetap bør ekstraheres for å bevare kjevebenet, og erstattes med implantat. Hva mente forsamlingen om det? Tjue prosent var enige, 63 % var uenige og 14 % visste ikke. Foredragsholderne var fornøyd med dette og refererte forskning som viser at resorpsjonen fortsetter etter innsetting av implantat, at periimplantitt kan opptre etter mange år i funksjon og at periopasienter og røykere har økt risiko for periimplantitt.

Konklusjonen må bli at med systematisk periobebehandling, inkludert vedlikehold og oppfølging, kan mange tenner overleve i mange år. Allmennpraktikeren og tannpleieren kan ta seg av hovedtyngden av behandlingen, bare de mest kompliserte tilfellene krever spesialistbehandling. Og til rammen rundt sekvensen: Dette var morsomt og engasjerende, en fin form for formidling og læring.

Bildene fra denne sekvensen er lagt ut på NTFs nettsted. Du finner den hvis du klikker på Landsmøtet.

Tekst og foto: Reidun Stenvik

Laser – skal, skal ikke?

En sekvens under landsmøtet var viet bruk av laser i odontologisk praksis. Vi fikk en innføring i teknologien, virkningsmekanismer og krav til sikkerhet – og erfaringer fra bruk av laser i klinikken. Dels dokumentert ved forskning og dels ren empiri. Hvorvidt noen etter dette går til anskaffelse av laser, er usikkert, men nysgjerrigheten ble pirret.

Dr.scient. i biofysikk og forsker ved NIOM, Ellen M. Bruzell, holdt innledningsforedraget der hun forklarte hvordan lasere virker, hva som er mulig og hvilke begrensninger det er. Lyset fra en laser blir dels reflektert, dels absorbert av vevet og dels spredt i alle retninger, avhengig av vevsstruktur og bølgelengde. Man benytter ulike bølgelengder og pulslengder til ulike typer behandling. Hun var skeptisk til såkalt biostimulering med softlaser, ikke bare fordi den ikke alltid er så «soft», men også fordi de biofysiske virkningsmekanismene er ukjente. Hun la vekt på sikkerhetsregler ved bruk av laser, blant annet øyebeskyttelse for både pasient og operatør. Dessuten er opplæring i bruk av laser viktig. Statens strålevern har utarbeidet sikkerhetsregler som er lagt ut på www.stralevernet.no. Der finnes også skjema for melding av laser klasse 4 samt aktuelle lover og forskrifter.

Bruzell var kritisk til markedsføringen av lasere der man støter på salgsargumenter som «Just try it and you'll be a believer». Likevel konkluderte hun med at det kan finnes områder som virker lovende når det gjelder anvendelse innen odontologien, eksempelvis kavitetspreparering, kirurgi, endodonti og behandling av herpes og after. Men foreløpig foreligger det ikke overveldende mye uavhengig litteratur på området, så det er stort behov for forskning.

Neste foredragsholder, professor Hans R. Haanæs ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, UiO, har benyttet myklaser for å reparere perifere nerveskader de siste 15 årene. Han ga først en oversikt over slike nerveskader, der fjerning av visdomstenner er den hyppigste årsaken. Men de kan også oppstå etter rotspiss- og sagittal split-operasjoner og som følge av ledningsanestesi. Nå ser man også oftere nerveskader etter innsetting av implantater. De fleste skadene vil gå tilbake og tilheles uten behandling. Når en paresesi vedvarer etter 3–6 måneder, kan det imidlertid være grunn til å vurdere laserterapi.

De første resultatene fra avdelingen ble publisert på 1990-tallet. Den første studien som omfattet 15 personer, 12 kvinner og 3 menn, ga 70 % bedring etter laserbehandling. I den neste studien deltok 40 personer, der åtte hadde hatt nerveskaden i under ett år mens de øvrige hadde skader av mer enn ett års varighet. Etter 20 laserbehandling hadde alle pasientene oppnådd en 80–90 % forbedring av skaden. Avdelingen deltar nå i en multisenterstudie som er dobbeltblind, dvs. at verken pasient eller operatør vet om de bruker laser eller placebo. Det har imidlertid vært vanskelig å rekruttere 10 pasienter fra hvert av de fem stedene som deltar i studiene. Fordi pasientene ikke vet om de blir forsøks- eller kontroll-

