



Ny behandlingsform kan gi kortere behandlingstid og bedre resultater på sikt:

Forsker på periobehandling

Om tre til fem år vet vi om periodontittpasienter i fremtiden kan nyte godt av en behandlingsmåte som koster vesentlig mindre både av tid og penger, og dessuten gir færre residiver enn dagens metoder. Norges forskningsråd har satset tre millioner på prosjektet over de neste tre årene.

Prosjektet ble bedømt til å være et meget godt prosjekt med stor nasjonal interesse, sier rådgiver Henrietta Blankson i Forskningsrådet, og legger til at resultatene kan få stor betydning for klinisk praksis. I tillegg hadde prosjektet stor relevans for Program for klinisk forskning, i og med at et av de prioriterte områdene der er nettopp pasientnær odontologisk forskning.

Professor Hans Preus ved Institutt for klinisk odontologi i Oslo leder prosjektet, som omfatter 180 periodontittpasienter i Telemark. Pasientene kommer fra hele fylket og henvises til Holtanklinikken i Bø.

– Pasientene deles i fire grupper. Hver av de tre første gruppene får én av tre typer behandling som er vanlig i periodontal terapi i Norge og verden i dag. Den siste er en testgruppe som får sammensatt behandlingen sin annerledes enn de andre tre. Kriteriene for å bli med i studien er at man er mellom 30 og 70 år, og at man har mer enn fem lommer på mellom fem og ni millimeter. Dessuten utelukkes de som har sykdommer som er assosiert til periodontitt.

– Grunnen til at jeg gjør dette ved Holtanklinikken i Bø, er at der har vi bygget opp et svært godt team med tannpleier Therese Mæhlum Gunleiksrud, og Nina Kåsa og Kari Marie Myrvang som koordinatore og logistisk ansvarlige.

– Forskningsrådet satser på det de kaller pasientnær forskning, og noe nærmere enn dette kommer man ikke.

Vi har en stor gruppe dyktige og dedikerte tannleger som henviser til oss, og som vi har spesielt god kontakt med. Uten disse kunne en slik stor og krevende klinisk studie ikke gjennomføres. Og heller ikke uten støtte fra fakultetets ledelse, og forståelse for mitt fravær fra perioavdelingen, sier Preus.

180 pasienter følges opp i fem år

– Vi startet opp 1. februar i år og regner med å ha ferdigbehandlet alle de 180 pasientene vi skal ha med i studien innen utgangen av april neste år. Etter første behandling ser jeg pasientene igjen etter tre måneder, og så etter nye ni måneder, og da er det gått ett år etter første behandling. Videre kontrolleres pasientene én gang i året, til det er gått fem år etter behandlingen.

Ved hver årskontroll fører jeg inn resultatene, klinisk, mikrobiologisk og røntgenologisk og sender alt til Per Gjermeo og Leif Sandvik ved Oslofakultetet, som er henholdsvis rådgiver på design av studien og statistiker. Det er de som sitter på kodeboken, og kan se hvilken gruppe pasientene er i. Jeg vet ingenting om det, og er blindet gjennom hele studien. I tillegg har vi fått en ekspert på biofilm med på laget; Anne Aandal Scheie fra Institutt for oral biologi i Oslo. Så vi har et vitenskapelig team som vil kunne effektivere prosjektet og tolke resultatene etter dagens kunnskap.

– Hva er hypotesen?

– Nullhypotesen er at alle de fire behandlingsformene gir likt resultat. Samtidig er vi spesielt interesserte i langtidsresultater av den ene måten å sette sammen behandlingen på. Da sikter jeg til den metoden som gis testgruppen.

– Kan du si noe om hva akkurat den behandlingen går ut på?

– Jeg vil ikke gå i detaljer. Mest fordi vi vil unngå at noen setter i gang med å behandle etter denne metoden

før den er vitenskapelig dokumentert og hele teknikken er forklart. Metoden er svært lettvinnt, men avhengig av spesiell kunnskap både på mekanisk og kjemisk antimikrobiell behandling, så bare det å bruke den betyr ikke at du får det til. Jeg har behandlet pasienter på denne måten i syv år. Metoden er blitt utviklet etter hvert som jeg har funnet ut hva som fungerer og ikke fungerer, og jeg har stor tro på den så langt. Men nå er det nødvendig å dokumentere det jeg mener å ha funnet ut, før vi går ut, både til allmennheten og til alle tannleger og forteller det vi tror vi vet. Det er viktig at man forstår at antibiotikabehandling ikke er målet, men bare et middel til å finne ut om mine tanker om periobehandling er riktige. Jeg tror nemlig ikke at fremtidens periobehandling vil innebære bruk av antibiotika. For meg er det bare en mellomstasjon.

Må ta bakterieprøver

– Kan du si litt om bakgrunnen og tankegangen forut for studien?

– Bakgrunnen for dette er at for mindre enn tyve år siden trodde man at periodontitt skyldtes dårlig hygiene. Noe som for så vidt er en utbredt oppfatning fortsatt, og kanskje til dels riktig også. Men rundt 1990 og litt før det, begynte det å komme nye tanker, i retning av at tannkjøttssykdommer kunne skyldes spesielle bakterier, og at man dermed hadde med en spesifikk infeksjonssykdom å gjøre.

Da begynte man å lete etter og identifisere spesielle bakterier i det man kalte den spesifikke infeksjonshypotesen. Samtidig begynte man å bruke antibiotika i behandlingen. Så kom det etter hvert en god del undersøkelser, der man så hvordan det gikk i de tilfellene hvor man hadde brukt antibiotika. Disse studiene tydet på at antibiotika, i tillegg til scaling, ikke hadde noen langtidseffekt. Noen studier konkluderte



Professor Hans Preus ved Oslofakultetet leder prosjektet som kan lede frem til ny behandlingspraksis for periopasienter.

derte riktignok med bedring, men mange gjorde det ikke. Det var ingen entydige konklusjoner noen vei, med andre ord.

– På den tiden var jeg i USA. Jeg var heldig og landet midt blant de store gutta. Jeg var blant annet i Buffalo, der Bob Genco og Joe Zambon var kjente navn, og i Los Angeles, der Jørgen Slots var, og er, en annen kjent forsker.

– Vi var en liten klan som fortsatt trodde på antibiotikabehandling. Da jeg kom hjem i 1992, mente jeg at det hadde noe for seg, men at noe var galt generelt med tankegangen rundt problemet. Teori og praksis stemte ikke, og studiene som hadde vært gjennomført var for dårlig designet til å kunne si noe. De var for kortvarige, og man hadde brukt vilkårlige antibiotika, uten tanke på hvilke bakterier som var til stede. Man tok ikke bakterieprøver og identifiserte bakteriene før man startet behandling.

– I odontologien er det ikke vanlig å ta bakterieprøver, på samme måte som man gjør det over alt ellers i medisinen. Det gjorde jeg meg en del tanker rundt, som sikkert mange andre også har gjort seg. Det er mye kritikk og spørsmål rundt mikrobiologisk diagnose, at det er usikkert og så videre. Men det er det eneste vi har å støtte oss på når vi lurar på noe i den retning. Selv om det ikke gir noe entydig svar,

så gir det en indikasjon, som sammen med det kliniske uttrykk hos pasienten skal kunne fortelle deg om du skal bruke antibiotika eller ikke, og i så fall hvilket antibiotikum du kan velge.

Ikke livslang sykdom

Jeg så også at det var for mange residiver ved behandling av periodontitt. Alt for mange får igjen sykdommen etter to-tre år. Hadde det ikke vært slik, hadde det heller ikke vært behov for å tenke nye tanker. Dette tror jeg er noe mange tannleger opplever. Det er mange som mener at periodontitt ikke kan behandles. At sykdommen alltid vil komme igjen. Det har ikke jeg lyst til å tro på. Jeg ønsker å se om det går an å bryte med alt det som heter at periodontitt er en livslang sykdom, og gi tannlegene tro på at dette er noe som kan behandles med godt og varig resultat. Tenk så inspirerende det ville vært for tannlegene, at de faktisk kunne behandle sykdommen med forutsigbart resultat.

Derfor begynte jeg bevisst å tenke annerledes, og å se på hvordan man kunne gjøre dette etter andre og nye prinsipper. Jeg gikk gjennom den tradisjonelle periobebehandlingen trinn for trinn, og kom til at det var veldig mye riktig, men ulogisk satt sammen. I tillegg var ny kunnskap ikke inkorporert i strategiene. Jeg mener å være kommet frem til en behandlingsform

som for det første må være basert på at man bruker antibiotika i de tilfellene man trenger det. Samtidig må man ha i hodet at antibiotika ikke er så virksomt på bakterier som lever i en biofilm, slik forholdene faktisk er i den periodontale lommen og munnhulen for øvrig. Det vil si at behandlingsstrategiene må være tro mot de biologiske og generelt medisinske prinsippene. Det betyr igjen at man må gjennomføre behandlingen under et veldig kort tidsrom. Og i tillegg må man gjøre en del ekstra ting som reduserer det mikrobielle trykket i reetableringsfasen etter behandlingen.

I løpet av de siste syv årene er strategien blitt renslepet. Av 1 200 pasienter som er blitt behandlet, er det nå rundt 600 som er blitt observert i over fem år. De fleste er fortsatt friske, så residivtendensen i mitt eget materiale er altså redusert betydelig. Pasientene vi ser igjen, viser altså gode resultater. Det samme sier våre henvisende tannleger om pasienter som de vedlikeholder selv. Vi mener at vi har funnet frem til en måte å behandle på som gir bedre resultater enn tidligere.

– Kan du røpe noe av det du kaller ekstra ting som må gjøres?

– Ja, det handler blant annet om måten vi tenker hygiene på. Den tradisjonelle «her må du pusse bedre» har ikke gjennomslagskraft, mens den vanlige tannlege sier at det vanskeligste er at pasienter ikke har god nok hygiene. Bare ordet hygiene er ladet – så vi må tenke annerledes, og formidle på en helt annen måte. Det er enkle ting som pasienten gjør selv hjemme. I tillegg kommer en metode som kalles full mouth desinfection (Quirynen 1999) som ble lansert for en del år siden, og som i seg selv ikke har noe som helst for seg. Egentlig er det bare tull, og vitenskapelig er det direkte stusselig forsøkt dokumentert. Men sammen med antibiotikabehandling,

etter de prinsippene jeg har nevnt, er det et supert tilskudd i den nødvendige reduksjon av mikrobiotaen under behandlingen og i reetableringsfasen.

Alt er logisk lagt opp: Klinisk undersøkelse, hygiene fase, bakterieprøve, etterfulgt av antibiotika, så sant det har noe for seg. Med tiden som en viktig faktor i det hele. Poenget er å slå til hardt og kort. Redusere antall bakterier i munnhulen så mye som man over hodet kan i et kort tidsvindu – det som

kalles «the window of opportunity» i infeksjonsmedisinen. Da vil man minske sjansen for at bakteriene klarer å etablere seg igjen i slike mengder at de kan gi sykdom. Jeg tror ikke de blir helt borte i alle tilfeller, men vi tror at vi etablerer en ny, eller reetablerer en biofilm, som er kompatibel, eller mer kompatibel med periodontal helse. Vi tror at i de tilfellene der patogene mikroorganismer overlever, overlever de i et så begrenset antall at de ikke gir

sykdom. De andre, og «normale» bakteriene klarer å ta kontroll over det lille innslaget av patogene, sier Hans Preus, som vil understreke at dette ikke er en studie for å innføre antibiotika i periodontal behandling, men heller på sikt å eliminere antibiotika i behandlingsstrategiene. Og mer enn det vil han ikke si, før han har flere resultater å vise til.

Tekst og foto: Ellen Beate Dyvi