



Snorkeskinner og brukervennlighet

Det er gledelig at flere kolleger innser at vi er den rette yrkesgruppen til å behandle snorking (1) samtidig som vi kan fungere som overvåkere av eventuelt mer alvorlige søvnrelaterte problemer som apneer (pustestanser av mer enn 10 sekunders varighet).

Dette er et fagfelt som har opptatt meg i mer enn 15 år, og jeg forsøkte i sin tid å stake ut kursen for en ny fagdisiplin som jeg mente kunne kalles somnodonti.

Søvneksperter fra ASDA (American Sleep Disorders Association) evaluerte for noen år tilbake snorkeskinner som et alternativ til behandling av disse problemene, og konkluderte med at disse applikasjonene var effektive og at man burde forsøke den enkleste behandlingen før man igangsetter mer radikale inngrep (2).

Dette har gått norske øre- nese- halsspesialister hus forbi, og de har i noen år opplevd rene gullalderen gjennom å ha hatt monopol på å behandle snorkere. Dette har rett og slett ikke vært til pasientenes beste, og man så at Rikstrygdeverket måtte redusere stønadssatsene ettersom det ble altfor lukrativt å gjøre operative inngrep som egentlig aldri har hatt gode resultater å vise til, samtidig som det er meget smertefullt for pasientene.

På 90-tallet så man en overgang fra ren operativ fjerning av drøvel, deler av den bløte gane samt tildels også adenoid vev (UPPP=uvulopalatopharyngeoplastikk) til laserassistert bløtvevsplastikk (LAUP). ØNH-legene fikk med dette store investeringer som de nok har forsøkt kapitalisert gjennom å forsyne seg grådige av trygdemidlene som har vært til rådighet. Min erfaring er at det er først når ØNH-legene innser at de ikke kan hjelpe pasientene, at de henviser til tannleger som er interessert i snorkebehandling. Da får man pasienter som har svekkede

svelge- og snakkefunksjoner etter inngrepene, samtidig som det kan være pasientgruppen som er mest problematisk å behandle med snorkeskinner (for eksempel bør man vurdere livsstilsendringer for overvektige pasienter).

Følgelig ser det ut til at ØNH-legene gjennom selvkritikk nå begrenser bruken av kirurgi, men ikke helt spiller på lag med tannlegestanden ennå. I USA har man opplevd dette ved at snorkeinngrepene har avtatt drastisk etter flere søksmål fra misfornøyde pasienter der terapeuten ikke uten videre kunne godtgjøre at pasienten hadde fått optimal behandling.

NTFs Tidende hadde en klagjørende artikkel skrevet av professor Anders Johansson (3) der man refererer til snorkeskinnebehandling i Norge. For undertegnede ser nok bakgrunnsmaterialet for dem som ble behandlet med snorkeskinner i Norge ikke ut til å være korrekt, ettersom jeg nok har tilpasset flere snorkeskinner selv årlig enn det som ble presentert i denne undersøkelsen.

Jeg var i kontakt med Rikstrygdeverket for noen år siden, og ønsket å vite hva som skulle til for at skinnbehandling skulle oppnå trygde refusjon på linje med annen medisinsk behandling av obstruktive søvnlidelser. Svaret var den gang at man trengte norsk forskning som dokumenterte effekten. Jeg startet på midten av 90-tallet opp en oppfølgingsstudie for de pasientene jeg behandlet selv (sammen med en overlege ved et søvnlaboratorium), men fryktet at det mest ville bli en undersøkelse med verdi for meg selv, ettersom man i privatpraksis har begrenset med tid til å sette seg inn i nødvendige basale formalia, samtidig som jeg hadde såpass stor egeninteresse i materialet, at det ikke ville bli betraktet som nøytralt nok.

Da er professor Johanssons arbeid

av stor viktighet i den videre prosessen for å få denne behandlingsformen inn i refusjonssystemet. Man ser tross alt 15 ganger større risiko for hjerteinfarkt og hjerneslag hos pasienter med pustestans. Og her kan vi hjelpe mye til, både på det diagnostiske og terapeutiske plan.

Det finnes et utall av forskjellige skintyper på markedet til bruk mot snorking. De enkleste typene kan man kjøpe via apotek eller Internett. Jeg synes ikke nesebøyler eller -tape helt fortjener den oppmerksomheten de har oppnådd, ettersom snorking og apneer hovedsaklig oppstår posteriort for tunga, og det er her skytset må settes inn.

Av orale applikasjoner har vi tre hovedtyper: 1) dem som ikke krever individuell tilpassing, 2) halvfabrikata og 3) individuelt tilpassede som fremstilles i tannteknisk laboratorium.

Selv en vanlig bittskinne kan utilsiktet ha gunstig effekt mot snorking. Jeg vil postulere at den første gruppen over ikke gir særlig forutsigbar effekt, samtidig som pasienter som har prøvd disse ofte klager på at de er ubehagelige i bruk.

For de to siste gruppene er tannleger viktige støttespillere, spesielt i den terapeutiske fasen.

Mitt ankepunkt mot teknikerfremstilte skinner er at de mer baserer seg på teoretisk effekt ved å holde mandibelen protrudert, enn å ta hensyn til at pasientene skal bruke applikasjonen i årevis. Ettersom de typene jeg har sett beskrevet i nordisk litteratur ikke tillater frie laterale bevegelser av mandibelen, frykter jeg at man hindrer (dys)funksjonelle bevegelser som påvirker pasientens mentale følelse av velvære. Tyggemusklene holdes statisk i et uvanlig leie år ut og år inn, uansett hvilket tonusnivå de belastes etter. Dessuten får man problemer dersom det er nødvendig å behandle en tann

med endret tannanatomi som resultat. Dette kan noenlunde enkelt korrigeres ved halvfabrikatskinner, mens individuelt tilpassede skinner ikke er like fleksible.

Dersom man ikke aksepterer å bruke halvfabrikat som et billig, enkelt og greit alternativ for pasientene, vil jeg heller rette blikket mot teknikerfremstilte skinner som gir anledning til relativt frie kjevebevegelser. Dette er nå tilgjengelig på markedet, og bør forsøkes istedenfor skinnene, som låser kjevene dersom man ønsker å påvirke funksjonene av de andre vevsstrukturene enn mandibelen minst mulig.

Allmennlegene viser ikke tilstrekkelig initiativ til å ta snorkernes problemer på alvor, så spørsmålet er om det ikke er på tide at tannlegene viser et initiativ, og forsøker å avhjelpe problemet. For mange pasienter er det et veldig stort problem – alt fra å få sove i samme seng som ektefellen til å forebygge trafikkulykker og lignende som oppstår på grunn av dårlig søvnkvalitet.

Vi snakker ikke om romfartsteknologi, så med enkle midler vil enhver tannlege være en fullgod søvnspesialist

ESS: Epworth Sleepiness Scale er et spørreskjema der pasienten skal score sjansen for å falle i søvn på en skala fra 0 til 3. Dersom totalscoren er mindre enn 10, kan man anta at pasienten ikke har pustestanser som krever nærmere tilsyn. Dersom scoren er 10 eller mer, må pasienten følges opp.

Man kan utføre diverse målinger med en polysomnograf, som for eksempel hvilken type pustestans pasienten har, oksygenopptak i blodet osv. Pasientene opplever det som veldig uvanlig å sove med en polysomnograf montert på kroppen, så spørsmålet er om dette er en optimal screening. En vel så enkel løsning er en Sleepstrip™, som klistres under nesen, og neste morgen vil det lyse et tall i displayet til venstre som indikerer alvorligheten av apneer. Dette kan med enkelthet utføres av tannleger, og vil kunne gi verdifull samfunnsmedisinsk informasjon

om problemet, samtidig som man kan være første forsvarsrekke i kampen mot mer invalidiserende og letale lidelser.

Referanser

1. Nils Roar Gjerdet: Snorkeskinner brukes for lite, *Nor Tannlegeforen Tid* 2008; 118: 941.
2. WW Schmidt-Nowara, TE Meade and MB Hays: Treatment of snoring and obstructive sleep apnea with a dental orthosis. *Chest*, Vol 99, 1378–1385, Copyright © 1991 by American College of Chest Physicians.
3. Anders Johansson og Ove Fondenes: Snarkskena vid obstruktiv sömnapné och snarkning, *Nor Tannlegeforen Tid* 2007; 117: 604–7.

*Reinert Amundsen
tannlege, privatpraksis*

Adresse: Langgata 41-43, 4306 Sandnes