

Fokalutredning

Berörda enheter

Enheten för Käkkirurgi, Division FTV, Privat tandvård i Norrbotten

Syfte

Fokalutredning innebär en odontologisk utredning med syfte att upptäcka infektionsfokus. Utredningen ska göras av/eller i samarbete med tandläkare inom Orofacial Medicin vid Enheten för Käkkirurgi eller TKC.

I en fokalutredning ingår:

Anamnesupptagning

Fullständig klinisk undersökning med 6-punkters fickstatus

En panoramaröntgen och helt röntgentandstatus med apikalröntgen och bitewing.

Bedömning av orala slemhinnor

På vilka patientgrupper görs en fokalutredning?

Patienter som skall genomgå kirurgiska ingrepp eller medicinsk behandling där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav:

- Inför transplantationskirurgi (organ) respektive hjärt-kärlkirurgi. Patienter som skall genomgå transplantation skall hållas infektionsfria under hela väntetiden. (S4)
- Patienter som behandlas för malign blodsjukdom (S4)
- Patienter som skall genomgå cytostatikabehandling med höga doser (S4)
- Patienter som skall genomgå behandling med skelettstärkande läkemedel med beskriven ökad risk för käkbensnekros t.ex. bisfosfonater eller denosumab
 - I hög dos vid cancerbehandling
 - På osteoporosindikation om aggraverande faktorer finns, t.ex. dåligt reglerad diabetes trots adekvat behandling, aktiv tumörsjukdom eller höga doser systemiskt cortison.
- Utredning av patienter vid misstanke om ett odontologiskt samband med patientens grundsjukdom, t ex endokardit (S6)
- Patienter som skall genomgå strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen (S7).

Infektionssanerande behandling

Behandlingen syftar till att:

- Avlägsna infektioner i munhålan så att dessa inte försämrar resultatet av den medicinska behandlingen.
- Minska risken för komplikationer i munhålan till följd av den medicinska behandlingen.
- Bibehålla en infektionsfri munhåla under behandlingstiden.

Målet är att bevara vävnader och funktioner (tänder, slemhinna, saliv, tuggförmåga, sväljning och tal) i så god kondition som möjligt.

Vad kan utgöra ett infektionstillstånd?

Apikala parodontiter (med aktivitet)

Parodontala infektioner

Generell gingivit och tandsten

Helt och delvis retinerade tänder med patologi

Rotrester som inte är väl inläkta

Pulpanära karies

Cystor

Svampinfektion

Öppna Hälso-och sjukvårdens avgiftsregler

För att en fokalutredning/infektionssanering skall omfattas av den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler gäller följande:

- Remiss från läkare för fokalutredning
- Den odontologiska behandlingen förutsätts ske under en begränsad tid
- Remissen ska avse utredning och eventuell behandling där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav.
- Om patienten har 13 eller fler egna tänder debiteras åtgärd 101 och 108
- Om patienten har 1-12 egna tänder eller fixturer debiteras åtgärd 101 och 107
- Om patienten är helt tandlös/fixturlös med eller utan proteser debiteras åtgärd 107

Remissvar

Remissvar skall gå till remitterande enhet och med en kopia på remissvar enligt nedan:

Vid **ÖNH-tumörer** skall kopia på remissvar gå till
ÖNH NUS 901 85 Umeå
090- 785 9139
och
Sjukhustandvården Tandläkarhögskolan 8 tr 901 85 Umeå
090- 785 6260.

Vid **hematologiska maligniteter** skall kopia på remissvar gå till
Hematologisk Vårdavdelning Q 901 85 Umeå
Tel 090-785 26 21 till Transplantationskoordinatorer
och till
Sjukhustandvården Tandläkarhögskolan 8 tr 901 85 Umeå
090- 785 6260.

Vid **thoraxkirurgiska ingrepp** skall kopia på remissvar gå till
Thorax vårdavdelning och Inskrivningsenhet 901 85 Umeå
Tel 090- 785 36 21 Operationsplanerare

I den kliniska undersökningen bedöms följande:

Kariesförekomst/Frakturer

Avlägsnande av kariesad tandsubstans där pulpaskador hotar. Åtgärd i 700-serien x 1 per tand (oavsett fyllningsmaterial).

Frakturer med risk för påverkan/skav på slemhinna, mjukvävnad. Åtgärdas med puts eller fyllningsterapi, åtgärd i 700-serien x 1 per tand (oavsett fyllningsmaterial).

Tänder undersöks med avseende på om de är under eruption/exfoliation och en bedömning om ev extraktion görs.

Marginala förhållanden

Gingivit, parodontit och förekomst av tandsten noteras.

Vid behov, remiss till tandhygienist för information, instruktion, motivation och depuration samt uppföljande kontroller.

Vid behov, remiss till TKC Parodontologi.

Periapikala förhållanden

Bedömning av periapikalt status. Sensibilitetstest utförs på tänder med diffus periodontalkontur.

Nekrotiska tänder rensas ur och förses med calciumhydroxidinlägg och temporär fyllning om rotfyllning inte hinns med före den medicinska behandlingen.

Vid tveksamt apikalt status i anslutning till tidigare rotfyllda tänder görs följande frågeställningar:

När är rotfyllningen utförd?

Subjektiva symtom och objektiva fynd bedöms.

Jämför om möjligt med tidigare tagna röntgenbilder.

Vid behov, remiss till TKC Endodonti.

Rotspetsinfektion som pga läkningsexpectans inte kan färdigbehandlas före det medicinska ingreppet debiteras med 303 + 701 eller 303 + 704.

Patienten betalar i dessa fall färdig rotfyllning enligt det statliga tandvårdsstödet's regler.

Rotfyllning som kan färdigställas (PCL, pulpanekros) debiteras enligt 500-serien.

Slemhinnestatus

Kontrollera slemhinnorna extra- och intraoralt med avseende på förekomst av läppstatus, munvinkelragader, muntorrhet, mucositis, candidainfektion, ulcerationer och övrig patologi.

Om patienten är protesbärare skall protesen avlägsnas, bedömas med avseende på retention och stabilitet samt att underliggande slemhinna skall undersökas.

Slemhinnevård debiteras åtgärd 301 eller 302/besök.

Radiologisk undersökning

Om aktuellt röntgenunderlag saknas ska röntgenundersökning med panoramabild samt nödvändiga intraorala bilder utföras. Nödvändiga intraorala bilder är ofta ett intraoralt helstatus, men kan även bestå av enstaka intraorala bilder beroende av tandstatus, tidigare utförd terapi samt kvalitet på panoramabilden. Denna röntgenundersökning kan remitteras till Odontologisk Radiologi på Sunderby Sjukhus eller Tandvårdens Kompetenscentrum. I detta fall granskas bilderna av odontologisk radiolog som även skriver ett utlåtande. Röntgenundersökning kan även utföras på respektive klinik varefter bilderna granskas av ansvarig tandläkare. Om några oklarheter uppstår vid denna granskning så kan självfallet Odontologisk radiologisk konsulteras och då i första hand via en granskningsremiss.

Även tandlösa käkar ska undersökas med avseende på eventuell patologi.

För patienter som utreds på Sunderby sjukhus skall remiss med undersökningskod 611 och 612 skrivas med frågeställning: ” Fokalutredning inför....., t ex inför klaffkirurgi. Skickas till syrafy. Kontrollera om patienten finns registrerad i Carita och om det finns aktuella röntgenbilder där innan remiss skrivs.

S4 Tandvård som led i sjukdomsbehandling

Socialstyrelsen skriver: ” infektionssanering i munhålan ska utföras inför medicinska ingrepp och behandlingar som medför kraftigt ökad risk för lokala och hematogent spridda infektioner”

Inför thoraxkirurgi: Många patienter i denna grupp har ett fullgott immunförsvar, åtgärder av mindre periapikala förändringar på rotfyllda tänder har därför tonats ner. Parodontala infektioner anses mer angelägna att åtgärda. Behandlingen skall vara så långsiktig att det helst inte ska finnas behov av tandbehandling på 6 månader efter operation. Primärläkning efter extraktioner ska hinna ske före operationen.

Målsättningen är att patienten ej ska drabbas av infektiös endokardit, dvs infektion i det inre hjärtbladet – endokardiet, där hjärtklaffarna är en del och ofta blir föremål för infektion. Individuell bedömning ska göras om indikation för antibiotikaproylax finns.

Inför cytostatikabehandling: Vid icke-maligna tillstånd ges cytostatika främst som reumatologisk behandling. Uppenbara infektionstillstånd bör saneras. Det ska framgå i remissen att behandlingen förväntas orsaka ökad infektionsrisk (neutropeni).

Högdosbehandling vid malignitet ges främst vid hematologiska maligniteter. Ett nära samarbete med behandlande enhet är viktig. Den medicinska behandlingen ges ofta i omgångar under lång tid och därför finns möjlighet för mer långsiktiga terapier, t ex endodonti i stället för extraktion.

De flesta cytostatika påverkar i princip alla benmärgens celler, vilket ger anemi, trombocytopeni och leukopeni. Den lägsta nivån på trombocyter ses dag 12-14 efter given cytostatika och lägsta nivån på granulocyter ses efter dag 8-12. Det är därför av största vikt att kontrollera **när** patienten har fått sin senaste cytostatikabehandling och aktuella labvärden. Labvärden erhålls i

VAS via LA7 där LPK (LeukocytPartikel Koncentration) och TPK (TrombocytPartikelkoncentration) är de värden som är viktiga att notera. Är värdet markerat med rött ligger de utanför referensvärdena.

Cellerna i slemhinnan är högproliferativa och har en livslängd på 10-14 dagar, varför stor känslighet ses för ett flertal olika cytostatika.

Påverkan på slemhinnor i munhåla och svalg ses hos ca 30-60% av patienterna i samband med kemoterapi, framför allt genom en direkt påverkan på cellerna i slemhinnan men också indirekt via effekter på t ex salivkörtlar med muntorrhet som följd.

Mucosit utvecklas ofta parallellt med sänkta blodvärden. Andra komplikationer är opportunistiska infektioner, sväljsvårigheter, svullna parotiskörtlar, smakförändringar, ulcerationer och gingivala hyperplasier.

Annan immunosuppressiv medicinsk behandling: Ges främst vid reumatologiska sjukdomar men även vid andra autoimmuna tillstånd. Exempel på läkemedel finns i gruppen TNF-alfahämmare och monoklonala antikroppar. Dessa läkemedel ökar främst känsligheten för svamp och virus. Uppenbara infektionstillstånd skall saneras.

Bisfosfonater och annan benstärkande behandling:

Förebyggande arbete med tandläkarundersökning och sanerande behandling innan insättande av bisfosfonatbehandling/antiresorptiv behandling i hög dos hos patienter med malign sjukdom har visat sig minska risken för utveckling av ONJ. Saneringen ska göras med stor långsiktighet.

- Klinisk och radiologisk undersökning av tänder och käkar
- Diskussion med ansvarig läkare kring behandling
- Förebyggande extraktion av tänder som ej kan behandlas konservativt och med dålig prognos utförs innan bisfosfonatbehandling påbörjas
- Endodonti vid periapikala infektioner kan vara att föredra framför extraktion
- Hos protesbärare är det av vikt att se till att decubitus ej uppstår
- Förebyggande behandling (karies, parodontit) hos tandhygienist
- Information om egenvård och instruktion till patienterna
- Individuellt anpassad uppföljning

Risk för osteonekros föreligger vid extraktion efter påbörjad antiresorptiv behandling.

Organtransplantation

Fokalutredningen upprepas årligen fram till dess att transplantationen gjorts. Den första remissen gäller som remiss för upprepande av utredningen, trots att den är besvarad. Om fokalutredning görs årligen skickas ett meddelande till remitterande enhet, att patienten är utredd och infektionsfri.

Den övergripande målsättningen för det odontologiska omhändertagandet i samband med organtransplantation är att förebygga, diagnostisera och behandla komplikationer som kan uppkomma till följd av immunosuppressiv behandling. Saneringen skall vara långsiktig. Tung immunosupprimerande behandling mot avstötning ges ofta under begränsad tid, men kan även vara livslång, t ex för njurtransplanterade.

Till skillnad från patienter med t ex hematologiska maligniteter, har patienter som planeras för organtransplantation i regel varit sjuka under en längre tid. Den preoperativa undersökningen och behandlingen bör därför kunna ske i god tid innan transplantationen blir av.

Denna patientgrupp står ofta på ett flertal läkemedel som påverkar både kropp och munhåla. Det är därför viktigt att veta vilka läkemedel som är aktuella, hur de påverkar immunförsvaret och om de kan ge en blödningskomplikation.

Munhålan kan vara affekterad av muntorrhet, opportunistiska infektioner t ex candidoser och herpes simplex/herpes zoster, hairy tounge, gingivala hyperplasier, ulcerationer, progredierande parodontit, och komplikationer i form av blödningar.

Vid ingrepp som kan förorsaka bakteriemi skall antibiotika ges profylaktiskt.

Alltid munvård och insättning KHX ca 7-10 dagar före dep.

Inför stamcellstransplantation

En stamcellstransplantation (STC) kan vara autolog (man återfår egna celler) eller allogen (celler från en donator). Patientens immunförsvaret slås ut helt under en period genom cellgiftsbehandling och förblir omoget under lång tid. Helst ska ingen tandbehandling behövas under ett år efter STC.

Planering av tandbehandling måste ske med hänsyn till allmäntillstånd, perifera blodvärden och den medicinska behandlingen.

Vid autolog SCT bör ingen behandling ske mellan ”priming” och stamcellsskörd, en period på ca 10 dagar. Direkt efter skörden är ett bra tillfälle för extraktioner, men tillförsel av trombocyter kan bli aktuell.

Det behövs en mycket noggrann sanering med målsättningen att förhindra sepsis utgående från munhålan, att förebygga besvär från tänderna under den neutropena (= kraftigt infektiösa) perioden och att minska slemhinnebesvären som orsakas både av neutropeni och av slemhinneskadande cytostatika. Extraktioner ska vara utförda två veckor före start av högdoscytostatika, operationer helst tre veckor före.

Infektioner med bakterier och svamp från lungor och munhåla är de vanligaste orsakerna till infektionskomplikationen på patienter med hematologisk malignitet.

Det är viktigt att munhålets slemhinnor hålls så fria som möjligt från sår för att bakterier inte ska kunna vandra ut till blodbanan. Åtgärda därför vassakuspar och fyllningskanter. Fast tandställning och piercing måste avlägsnas och avtagbar protetik måste optimeras eller inte användas. Efter allogent stamcellstransplantation kan patienten drabbas av en immunologisk reaktion där de nybildade vita blodkropparna från donatorna stamceller uppfattar mottagarens celler som främmande, Graft versus Host (GvH). Reaktionen kan vara akut och övergående men kan också bli kronisk. Munhålan är en del av kroppen där kronisk GvH ofta visar sig, andra ställen är hud, lungor och tarm. Tecken på oral GvH kan vara muntorrhet och sveda, slemhinneförändringar och sår som liknar lichen, temperaturkänsliga tänder, torra läppar, svullnad i små salivkörtlar (mucocelen) främst i mjuka gommen. Det föreligger i svårare fall även en ökad risk för skivepitelcancer.

Tillståndet kan variera mycket i svårighetsgrad och behandlas med lokal och/eller generell immundämpande behandling. Gingivala hyperplasier kan förekomma som biverkan av immundämpande mediciner.

Patienter med kronisk GvH har en ökad risk att utveckla parodontit och karies. God munhygien och fluorprofylax är viktigt och den immunosuppressiva behandlingen och genomgången transplantation kan berättiga till STB-intyg.

S6 Utredning av patienter vid misstanke om ett odontologiskt samband med patientens grundsjukdom, t ex endokardit

Remiss för utredning av eventuellt samband mellan tandstatus och infektionstillstånd på annat ställe i kroppen kan komma av olika anledningar. Det kan röra sig om lokala eller generella infektionstillstånd där infektionsorsaken är okänd, munnen är då alltid misstänkt. Det kan också vara ett lokalt eller generella infektionstillstånd med fynd av munhålebakterier i odling, till exempel vid infektiös endokardit eller en sinusit. Vid sepsis eller endokardit där bakterierna har annat ursprung än munhålan vill läkarna ofta att sanering av tandstatus utförd som "säkerhetsåtgärd" för att minska belastningen på patientens immunförsvar.

Bedömningen av eventuellt samband är ofta svår. Det gäller särskilt periapikala förändringar på tidigare rotfyllda tänder. Förändringens storlek och närvaro/frånvaro av lokala symtom kan vara vägledande. I tveksamma fall rekommenderas konsultation med käkkirurg, endodontist eller sjukhustandläkare.

S7 Patienter som skall genomgå strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen

Saneringen inför strålbehandling ska göras med stor långsiktighet pga risken för osteoradionekros vid extraktioner efteråt. Risken för nekros ökar ju längre tid som gått efter strålbehandlingen men beror också på hur stor stråldos som käkbenet i området fått. Extraktion ska därför alltid övervägas på tänder med tveksam prognos, man bör dock försöka ta hänsyn till om strålfältet kan förväntas träffa tanden. I tveksamma fall rekommenderas konsultation.

Strålbehandling

Strålbehandling ges idag riktat mot tumören med beräknad stråldos som utgår från tumörvolym och tumörtyp för att ge mesta möjliga effekt på tumören med minsta möjliga påverkan på övrig vävnad. Kurativ, palliativ eller tumörkrympande strålning ges.

Den vanligaste strålningen är joniserande strålning som leder till att fria radikaler bildas som ger skador på DNA-nivå. Det leder till att tumörcellerna ej kan reproduceras. All vävnad i strålområdet påverkas.

Tidiga komplikationer av strålbehandling uppstår ett par veckor efter behandlingsstart och sträcker sig i tid ett par veckor efter avslutad behandling. I ÖNH-området ses tidiga komplikationer i form av hudrodnad, klåda, atrofierad slemhinna med ulcerationer som kan vara fibrintäta, mucosit, smärta, candidainfektion. De sena komplikationerna i munhålan kan uppträda månader till år efter avslutad behandling. Dessa kan bli bestående. I munhålan ses sena komplikationer som kvarstående mucosit, candidainfektion, xerostomi och trismus. Vävnaden får en sämre genomblödning på sikt, vilket gör att det finns risk för osteoradionekros.

Gör inga tumörnära extraktioner utan konsultation med ansvarig ÖNH-läkare eller käkkirurg!!

Munvård efter avslutad strålbehandling:

Under strålbehandlingstiden får patienten munvård utförd på Sjukhusstandvården, NUS. Stödbehandlingen består av polering med mild tandkräm, tvätt av slemhinnorna med Natriumklorid + Bisolvon (blandas ca 20 ml+5ml) och vid behov försiktig approximal rengöring med t.ex Softpicks eller Glide-tandtråd. Om patienten har stora smärtor erbjuds lokal anestesi. Klinisk kontroll av eventuell svampinfektion görs vid varje besök.

Munvårds-rekommendationerna till patienterna finns beskriva i **bilaga 1**. Rekommenderade munvårdshjälpmiddel för inneliggande patienter finns beskrivna i **bilaga 2**.

I anslutning till sista strålningen skickas en strålslotsremiss från Sjukhusstandvården, NUS, med information till ordinarie tandläkare. Där framgår om

det finns behov av fortsatt omhändertagande på hemorten och patienten ska då erbjudas besök 1-2 g/vecka till dess slemhinnebesvären avklingat så pass att munhygien fungerar igen.

Extraktioner efter avslutad strålbehandling:

I strålslutsremissen anges även om det finns sanerande åtgärder som av någon anledning inte hunnits med före strålstarten.

Extraktioner som planerats före strålstarten men utförs efteråt bör utföras inom 4 månader efter strålslut för att hålla nere risken för osteoradionekros.

OBS! Behandlingen ska utföras av tandläkare med vana av extraktioner i strålskadat område. Dosupplysning för tand/tänder ska efterfrågas på Strålbehandlingen, telefonnummer 090-7850650, om storleken på erhållen dos inte framgår i strålslutsremissen från Sjukhustandvården.

Antibiotikaprofylax inför extraktionen är aktuell om dosen överskrider 30 Gray, konsultation med käkkirurg eller sjukhustandläkare rekommenderas.

Annan eftervård som kan ersättas inom S7:

Mjukplastskena vid känslig tunga
Justering av gomplatta/opturatorprotes
Gapträning med Therabite eller annat hjälpmedel.

För mer information se www.nllplus.se Tandvård inom hälso- och sjukvården, Allmänna råd.

Övrig ekonomisk hjälp till patienter efter strålbehandling mot huvud/hals:

STB

Onkologerna ska utfärda STB-intyget som rutin när patienten skrivs ut från Strålavdelningen. Strålslutsremissen från Sjukhustandvården tillsammans med bifogad läkarremiss är också giltigt ”bevis” till FK. Salivmätningen som hör till görs lämpligen efter ca 3 månader om det föreligger subjektiv och/eller objektiv misstanke om låg salivsekretion.

Om patienten inte uppfyller de gränsvärden för sekretion som gäller för STB-uttag måste hon/han betala salivmätningen enligt normaltaxa, vilket man bör informera om före mätningen. Om gränsvärden för muntorrhet är uppfyllda så gäller mätresultatet livslångt.

F-tandvård

För patienter med omfattande följder av tumörbehandlingen finns möjligheten att få intyg för Tandvård vid funktionsnedsättning i gruppen F9, orofacial

funktionsnedsättning. Läkarintyget som behövs utfärdas oftast av ÖNH-läkare vid efterkontroll.

Det kan röra sig om en kvarstående gapförmåga mindre än 30 mm, resektion av delar av käke, kraftigt fibrotiserad vävnad, svalgpares eller att större del av tungan är bortopererad.

Referenser

Ringborg U, Henriksson R, Friberg S Onkologi, Liber 1998

Jontell M, Koch G "Odontologiskt omhändertagande av immunosupprime-rade patienter" Q. D-data Örebro 1995. Concensus konferens.

Allmänna råd, Norrbottens Läns Landsting 2010. Landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt 1999 års reform

National institute of Dental and Craniofacial research "Dental management of the organ transplant patient"

Socialstyrelsen /Nationella riktlinjer/ Infektiös endocardit

NLL Vårdokument "Antibiotikaproylax för prevention av infektiös endo-kardit vid kirurgiska eller andra invasiva ingrepp i tänder, munhåla och käkar"

www.cancerfonden.se