

Den muntorra patienten

Syfte

Att få en enhetlig och patientsäker vård av den muntorra patienten.

Omfattning

Samtliga Folktandvårdskliniker i Norrbotten

Allmänt

Muntorrhet är starkt kopplat till det allmänna hälsotillståndet och är både speciellt uttalat och besvärligt hos sjuka, funktionshindrade och äldre.

Många patienter med nedsatt salivflöde har erfarenhet av kariesproblem. Kariessjukdomen har alltid en eller flera orsaker. Det är viktigt att fråga sig varför patienten har karies och hur sjukdomen, inte symtomen, skall behandlas.

Även om muntorrhet är svårt att behandla så finns det terapeutiska möjligheter som ökar patientens välbefinnande och minskar risken för komplikationer. Muntorrhet medför också ökad risk för slemhinneproblem med sköra slemhinnor och ökad risk för svampinfektion.

Bakgrund

Saliven utsöndras från de trepariga stora salivkörtlarna och från ett stort antal små salivkörtlar.

90 % av den totala salivsekretionen produceras av öronspottkörtlarna, underkäksspottkörtlarna, undertungspottkörtlarna. De små spottkörtlarna finns i kind-, läpp- och gomslemhinnan.

Saliven har många viktiga funktioner. Den smörjer, skyddar, försvarar, spolar rent, underlättar matsmältningen, bidrar till smakupplevelsen, buffrar och lagrar mineral. Därför påverkar muntorrhet mer än livskvaliteten; det har en direkt inverkan på både den allmänna och orala hälsan.

I vila produceras normalt 0,25 - 0,35 ml saliv/ minut, så kallad vilosaliv. Stimulerad saliv, som produceras när man tuggar är normalt 1 - 3 ml/ minut.

Hyposalivation föreligger när värdet på stimulerad saliv är < 0,7 ml/ minut, vilosaliv < 0,1 ml/minut.

Xerostomi betecknar patientens subjektiva upplevelse av muntorrhet.

	6 – 8 år	9 – 15 år	Vuxna
Vilosaliv	< 0,1 ml/min	< 0,1 ml/min	<0,1 ml/min
Stimulerad saliv	< 0,2 ml/min	< 0,5 ml/min	< 0,7 ml/min

Orsaker

Det finns många orsaker till symtomet nedsatt salivflöde. Salivkörtlarnas funktion påverkas av en rad faktorer:

- Stress, oro, rädsla
- Vissa sjukdomar (t.ex. Sjögrens syndrom, diabetes)
- Strålbehandling
- Näringsbrist
- Medicinering
- Nedsatt tuggförmåga
- Feber, uttorkning, munandning (speciellt nattetid)

Den vanligaste orsaken till muntorrhet är läkemedelsbiverkan.

Muntorrhet som biverkan är den tredje vanligaste biverkan för läkemedel. Endast trötthet och mag-tarmbiverkningar är vanligare.

Symtom

Även om individen har låg salivsekretion, upplevs detta som muntorrhet först när salivsekretionen minskats till ca 50 %. Orsaken är troligen att så länge den mukösa sekretionen fungerar någorlunda tillfredsställande, upprätthålls salivens smörjande egenskaper utan att individen producerar några större volymer saliv.

Många studier pekar på samband mellan xerostomi och livskvalitet. Det är inte så konstigt, då avsaknad av tillräcklig mängd saliv av rätt konsistens kan ge t.ex.:

- Svårigheter att tala
- Svårigheter att tugga
- Svårigheter att svälja
- Svårt att sova då muntorrheten är speciellt uttalad på natten
- Smakstörningar
- Känsla av att ha dålig andedräkt

Allt detta är sådant som påverkar vårt dagliga liv och vår möjlighet att fungera väl i vardagen tillsammans med andra människor samt att njuta av måltiderna. I takt med att muntorrheten ökar, förvärras symtomen, och inte sällan ändrar individen mer eller mindre omedvetet sina matvanor till att småäta och inta mat och dryck även på natten. Så småningom uppkommer ofta också sveda i munnen och känslighet för starka smaker. Livskvaliteten sänks.

Tandläkaren och tandhygienisten noterar också ofta en förändrad och mer skummig salivkonsistens. Under tiden som symtom uppträder, sker också en annan process i munhålan som beskrivs nedan.

Kliniska fynd

Låg salivsekretion ökar den orala plackbelastning och förlänger tiden för oral clearance.

Det är ofta en utlösande faktor för:

- Ökad kariesaktivitet, speciellt buccalt och lingualt.
- Atypisk karies hos barn och ungdomar i underkäksfronten.
- Atypisk karies hos äldre på blottade rotytor och incisalskär.

För den äldre individen som haft ett ganska kariesfritt liv, kan en överraskande kariesutveckling blir särskilt svår att hantera. Den innebär ett helt nytt scenario för både patient och behandlare i en period av livet, då många andra hälsoproblem gör sig påminda.

Risken för erosionsskador i tandemaljen ökar vid muntorrhet eftersom salivmängd och buffring har stor betydelse för att bromsa eller hindra tanderosion. Detta är speciellt bekymmersamt hos barn och ungdomar.

När det gäller de orala mjukvävnaderna, ger en ökad plackbelastning och förlorat salivskydd ofta upphov till:

- Gingivit
- Oral candidos
- Skavsår under proteser

Ett tidigare oproblematiskt protesbärande kan plötsligt bli mycket besvärligt vid påkommen muntorrhet.

Diagnostik

- a) Röntgen och klinisk undersökning. God belysning, sond och stående bitewing. Registrera de tidiga kariesskadorna. Blottlagda rotytor med matt ytstruktur och uppmjukad yta är ett tidigt tecken på karies-sjukdomens manifestation. Sondera med försiktighet på dessa ytor. Vanliga extraorala tecken på nedsatt salivflöde:

- Ökad mimik
- Smackande tal
- Torra läppar
- Munvinkelragader

Inspektion av slemhinnan och tecken på muntorrhet.

Vanliga intraorala tecken på nedsatt salivflöde:

- Vit skumbildning

- Matrester som dröjer kvar
- Röda, tunna slemhinnor
- Ökad förekomst av slemhinneförändringar, svampinfektion, karies, erosion/abrasion

b) Sialometri. Salivsekretionsmätning. Mät vilosalivsekretion och paraffintuggstimulerad salivsekretion.

Vilosaliv: lågt värde 0,1 ml/min

Stimulerad saliv: lågt värde 0,7 ml/min

[Se bilaga 1, Salivsekretionsmätning-sialometri \(VIS\).](#)

c) Mikrobiologisk analys.

- kontroll av munhygien, plackindex
- bakterieprov för odling
Laktobacillförekomst:
högt värde aerob odling > 10.000/ml saliv
anaerob odling > 100.000/ml saliv
Vid behov: Förekomst av mutansstaptokocker: högt värde > 1000.000/ml saliv

Mikrobiologiskt lab finns vid Umeå Universitet, Tandläkarhögskolan. Här kan man beställa blanketter och lämpliga rör.

Kliniska laboratoriet

Oral mikrobiologi

Tandläkarhögskolan

901 85 Umeå

Tel: 090-785 61 68

E-post: oralmikrobiologi@vll.se

- d) Kostutredning. Samtal om patientens kostvanor och 3 dagars kostanamnes
OBS! Intagsfrekvensen
Fråga om nattmål, tuggummi, halstabletter, dryck mellan måltiderna, socker i kaffe och té, fruktintag etc.

[Se bilaga 2, Kostanamnes \(VIS\).](#)

Behandling

Problemområde	Råd
Kost	Undvik småätande och tillför rikligt med vätska vid måltid.
Salivstimulering	Undvik sura/söta produkter och använd specialanpassade sugtablett eller spray.
Saliversättning	Välj en gelprodukt eller oljebaserad lösning.
Plackkontroll	Välj tandkräm utan natriumlaurylsulfat och undvik munsköjmedel med alkohol.
Fluorbehandling	Vid egna tänder är extra fluortillförsel mycket viktig!
Övrigt	Använd ej avtagbar protes nattetid.

Kost

Vid muntorrhet ökar risken för småätande, intag av söta och sura drycker och val av mer kolhydratrik och lättuggad kost som är mer kariogen och plackansamlade. Patienten måste få en anpassad kostrådgivning, kanske med hjälp av dietist, speciellt om muntorrheten är kopplad till ett allvarligt sjukdomstillstånd. Rekommenderas vanligt vatten eller ramlösa. Ramlösa innehåller en skyddande fluormängd 2700 ppm/liter.

Munhygien

Patienten måste också här få hjälp att optimera sin munhygien genom val av rätt metoder och produkter. Där ingår även att hitta rätt produkter för att lindra muntorrheten. Det bästa är att stimulera befintlig saliv men ofta krävs en saliversättande produkt.

Geler är lätt att använda och passar speciellt bra som slemhinneskydd under natten och för den som bär avtag protes. Ofta får man kombinera en stimulerande och ersättande produkt. Nya produkter utvecklas och exponeras på marknaden, så det är viktigt att hålla sig uppdaterad.

Protes

Många protesbärare bär protesen dygnet runt, vilket en torr slemhinna inte klarar. Patienten måste ta ut protesen nattetid och optimera sin proteshygien. Ibland måste antimykotika sättas in och då är Mycostatin det första valet med sköljning 3 ml x 4 under en minut och därefter nedsväljning. Det finns också systemisk medicinering såsom Diflucan. Då bör en läkarkontakt tas, vilket också kan vara aktuellt för en uppdatering av patientens allmänna tillstånd, då muntorrhet sällan uppkommer som en isolerad företeelse. Ibland behöver protesen rebaseras för att optimera passformen och minska risken för skavsår.

Fluor

Fluor i alla former skall ges frekvent till patienter med muntorrhet. Fluorens förmåga att ”hjälpa till” vid remineralisering och därigenom stärka både emalj - och dentinytor på tänderna är oerhört viktig.

Genom att fluorjonen finns i saliven i förhöjd koncentration så stor del av dygnet som möjligt förlångsammars demineralisationen och påskyndas remineralisationen.

Tandkräm, tabletter och tuggummi flera gånger per dag och efter måltid. Alternativt kan fluorgelskenor, munskölj, interdentalgel och munspray användas.

Gingivit

Vid gingivit kan man periodvis vilja använda Klorhexidin.

Klorhexidin har antibakteriell- och plackhämmande effekt samt selektiv effekt på mutansstreptokocker.

Klorhexidinbehandling i kariesprofylaktiskt syfte utförs vid höga mutanstal, och bara i fall där övriga profylaktiska åtgärder inte gett önskat resultat. Behandlingsresultatet skall kontrolleras efter 3 månader med nytt bakterieprov.

Fluorprogram för patient med fungerande salivsekretion

Basprofylax

- Fluortandkräm (minst 1450 ppm) \geq 2 ggr/dag.
- Användningsteknik: ”sila skummetoden”.
- Colgate Duraphat 5 mg/g tandkräm, 2 ggr/dag. (OBS! Inga fluorpreparat när du använder denna tandkräm).

Kariesbehandling vid hög/mycket hög kariesaktivitet

Någon av följande alternativ:

- 0,42 % Fluorgel (Top Dent Fluor) i individuell skena 5 min/dag.
- 0,2 % Natriumfluorid APL Dental gel.
- 0,2 % Dentan fluorlösning 10 ml 2ggr/dag under 1 min.
- Fluorlack 0,5 ml (Duraphat eller Bifluorid12)
- Colgate Duraphat 5 mg/g tandkräm 2 ggr/dag.
- TePe Gingivalgel 0.2% CHX och 0,32 % NaF 2 ggr/dag.
- Natriumfluorid – Klorhexidin dentalgel 0.2% + 0.2%, APL

Kariesprofylax vid hög kariesrisk pga. muntorrhet (låg kariesaktivitet)

Någon av följande alternativ:

- 0,42 % Fluorgel (Top Dent Fluor) i individuell skena 5 min/dag.
- 0,2 % Dentan fluorlösning 10 ml 2 ggr/dag under 1 min.

- Fluorlack 0,5 ml (Duraphat eller Bifluorid12) var 3:e månad.
- TePe Interdentalgel 0, 32 % NaF 1 ggr/dag.

[Se bilaga 3, Patientinformation – Instruktioner för användandet av fluorgel i mjukplastskenor.](#)

Antimikrobiell behandling vid höga mutanstal

Klorhexidingel behandling

Behandling på klinik med individuella skenor 1 %

Corsodyl gel 3x5 min/dag, under 2 dagar var tredje månad eller behandling hemma av patienten 5 min/dag under en vecka/månad.

[Se bilaga 4, Patientinformation – Instruktioner för användning av Corsodyl 1 % \(Klorhexidin\) gel i mjukplastskenor.](#)

Symtomlindrande behandling

Det finns två huvudsakliga behandlingsmöjligheter, stimulera med alla möjliga tillbuds stående metoder den saliv som körtlarna eventuellt kan producera. Det andra alternativet är att finna saliversättande preparat.

Salivstimulering

Ge kostinformation. Mat som ger tuggmotstånd och aktivering av salivkörtlarna rekommenderas.

Gärna tuggummi med fluor efter måltid, som stimulerar salivsekretionen. Tuggas under 15 minuter för ett optimalt fluorupptag.

Preparatlista

Fluorpreparat

Fluortandkräm (utan natriumlaurylsulfat)

Dentosal Original	1500 ppm	RDA 30	pH 8,8-8,9
Acta Original	1450 ppm	RDA 45-60	pH 5,5
Zendium Sensitive	1450 ppm	RDA 50	pH 6,6

Med extra fluor:

Colgate Duraphat 5mg/g	5000 ppm	RDA 77	
------------------------	----------	--------	--

Specialtandkräm (utan natriumlaurylsulfat)

Salutem	1500 ppm	RDA 33	pH 6,5
Aloe Vera	1400 ppm	RDA låg	pH 5,5

Tuggummi

Fluorette 0,25mgF

Sköjlösningar

Dentan 0,05 %, smakfri

Dentan 0,2 %, smakfri

Flux mild 0,2 %

Flux Dry Mouth Rinse 0,2 %

Geler

Top Dent fluorgel 0,42 %, 2 gram

Natriumfluorid APL Dental gel 0,2 %

Lacker

Bifluorid 6 % natriumfluorid, 6 % kalciumfluorid

Duraphat 2,26 % natriumfluorid

Salivstimulerande medel

Tuggummi

- Fluorette 0,25 mgF
- V6
- Flux Fresh

Munspray

Proxident munspray med fluor, xylitol och äppelsyra.

Muntorrhetspinne

- Proxident muntork
- Saliswab

Ytterligare ett antal lämpliga tabletter/tuggummin/sprayer för salivstimulering säljs på apotek, varuhus m.m. De kan vara lämpligt för den enskilda patienten att pröva sig fram. Det är viktigt att man väljer ett preparat som är sockerfritt.

Symtomlindrande preparat

Munhålelösning

Saliversättningsmedel natriumfluorid APL munhålelösning 0,02 %.

Spray eller gel

- Proxident munspray, smörjande med solrosolja med fluor, xylitol
- Proxident munfuktgel, lindrar torr och känslig mun med xylitol
- Zendium Saliva gel
- Zendium Saliva spray
- Oralbalance gel utan fluor. Innehåller alla komponenter i salivperoxidassystemet.
- Profylin fluorgel, fuktbevarande och smörjande effekt
- Flux Dry Mouth, stimulerande, smörjande, återfuktande effekt med fluor (1000 ppm)
- Olivolja

Preparaten bör rekommenderas som komfort preparat och kan bidra till en högre livskvalitet hos muntorra patienter.

Tandkrämer

Tandkrämer som inte innehåller det ytkemiska ämnet natriumlaurylsulfat (NLS) rekommenderas t.ex., Salutem, Zendium, Aloe Vera Original och Dentosal Original. Dessa innehåller fluor och xylitol.

Salutem innehåller ett fuktbevarande ämne, betain. Innehåller inte konserveringsmedel och starka ämnen.

Zendium innehåller även en del av peroxidassystemets komponenter.

Dentosal Original har ett högt pH-värde 8,0 -8,9, bikarbonat som slipmedel, inget konserveringsmedel eller färgämnen.

Basprofylax

Fluortandkräm (minst 1450 ppmF) minst 2 ggr/dag.

Användningsteknik: ”sila skummetoden”

Saliversättningsmedel

När salivproduktionen är så dålig att det upplevs som sveda och ömhet i munnen får man ta till någon form av ersättning för den saliv som saknas, så finns det en rad preparat avsedda för att lindra obehagen. De flesta tyvärr med kortvarig effekt.

I första hand rekommenderas att dricka vatten ofta, t.ex. Ramlösa.

Apoteksberedda saliversättningsmedel baserade på carboxymethylcellulosa finns med eller utan fluortillsats som beställningsvara på apoteket.

Olivolja kan användas för att smörja slemhinnorna.

Kom i håg

Regelbunden professionell tandrengöring hos tandhygienist minskar risken för karies, parodontit och svampinfektioner.

Fluorbehandling med gelskenor och lacker ingår också i behandlingen. Noggrann undersökning av tandläkare

Referenser

- Rignell, Lena, Mirshahi, Susanne, Tandvårdens läkemedel 2014-2015, 18. Uppl.
- Folktandvården Västra Götaland, Hälsoodontologiska enheten, Göteborg, 2014, Tandkräm & Munskölj
- Kopp, S, Ahlqvist, H, Ahlberg, B, 2001, Tandvård vid reumatisk sjukdom, Reumatikerförbundet
- Sjögren, K, Avd för cariologi Göteborg, 1999, Boken om fluor, Dumex-Ahlpharma
- Widenheim, J, Renvert, S, Birkhed, D, 2003, Förebyggande tandvård, 2. uppl., Gothia AB
- Blomgren, J, Läkemedelsanmänes 2004 för tandvårdspersonal, 9. uppl., Specialisttandvården Göteborg, Kliniken för Oral Medicin, SU/Östra
- Ahlqvist, H, Johnson, G, 2000, Kariologiskt omhändertagande av patienter med nedsatt salivflöde, Tandläkartidningen Årgång 92 Nr 13
- SBU- Statens beredning för medicinskutvärdering, 2002, Att förebygga karies, SBU-rapport Nr 161
- Nordenstam, G, tandläkare, med dr, universitetslektor, Karolinska institutet, odontologiska institutionen, Huddinge:, Muntorrhet - en plåga som inte syns, Läkartidningen, nr 5, volym 99, 2002
- www.apl.se: APL Munhåla Tand 2014
- www.apoteket.se: Muntorrhet 2015
- www.nll.se: VIS, Rutiner vid utredning av Sjögrens syndrom, 2014
- www.internetodontologi.se: Muntorrhet, 2015
- www.socialstyrelsen.se: Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011, karies