

Munhålets sjukdomar

Mats Jontell, Oral medicin och patologi,
Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
Håkan Mobacken, Dermatologi,
Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

Inledning

Detta kapitel beskriver diagnostik och behandling av vanliga orala sjukdomar och viktiga problem som kan uppstå i tänder och munslemhinna. Syftet är att underlätta handläggning för läkare och tandläkare samt annan sjukvårds- och tandvårdspersonal. För närmare information om behandlingsstrategier, se Terapirekommendationerna, s 779.

Orala slemhinneförändringar och infektioner

Maligna orala tumörer

Av de patienter som drabbas av cancer i västvärlden är det 2–3% som får sin cancer i de orala vävnaderna. Det är nedslående att konstatera att 5-årsöverlevnaden endast är 30–40% för intraoral skivepitelcancer och att denna siffra har varit konstant under de senaste årtiondena. Detta beror till viss del på att patienterna inte söker i tid och att de inte primärt blir korrekt handlagda. Denna försening har direkta konsekvenser för prognosen med en ökad morbiditet och mortalitet som följd. En skiv-epitelcancer debuterar som en sårbildning eller nyvävnadsbildning, oftast något småknottig till utseendet. Sårbildningar och nyvävnadsbildningar som inte läker inom 2 veckor efter att orsaker som t ex trauma och infektioner eliminerats ska omgående remitteras för oralmedicinsk/oralkirurgisk bedömning eller till ÖNH-klinik för vidare

Vanliga problem vid maligna orala tumörer

- Sårbildningar och nyvävnadsbildningar som inte läker inom 2 veckor efter att etiologisk faktor eliminerats
- Svullnader i framför allt överläppen och gommen
- Unilaterala känselbortfall eller känselstörning
- Generella spontana blödningar i gingivan

handläggning. Knölar i framför allt gommen och överläppen, utan infektiös genes, kan vara tecken på spottkörteltumör eller lymfom.

Recidiverande aftös stomatit

Orsaken till recidiverande aftös stomatit (RAS) är inte känd. Det kliniska utseendet har mycket gemensamt med herpetiska sårbildningar och därför har det tidigare funnits misstanke om viral genes. Prevalensen är hög, ca 2%, och utlösande faktorer är t ex emotionell stress, trauma vid tandborstning och hormonförändringar som t ex under menstruationsperioder.

RAS kan uppträda i tre olika former.

1. Små aftösa sår som förekommer särskilt hos personer i åldern 10–40 år och svarar för ca 85% av fallen.
2. Stora återkommande sår, < 10%, kan bli ända upp till 30 mm i diameter och ibland finns ett par sår samtidigt.

3. Herpetiform RAS, som är den ovanligaste formen, < 5%, förekommer som 20–100 stycken millimeterstora sår.

Det finns flera sjukdomstillstånd med snarlika sårbildningar i munnen. Sår hos unga individer kan återspegla sjukdomar i magtarmkanalen som t ex ulcerös kolit eller Mb Crohn. Även patienter med födoämnesallergier kan drabbas. Cirka 5% av glutenöverkänsliga patienter har sår som liknar aftös stomatit.

PFAPA (Period Fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis, Adenitis) är en speciell form av RAS och bör misstänkas hos yngre patienter som i samband med skov har sjukdomskänsla. Behçets syndrom inkluderar alltid RAS, men aftösa sår kan även drabba den genitaleslemhinnan. Nydebuterad aftös stomatit, framför allt hos äldre, kan vara tecken på megaloblastanemi.

Behandling med vissa typer av tandkräm (1) och munsköljningsmedel (2) rekommenderas i första hand (se Terapirekommendationerna, s 779). Om detta inte hjälper ges lokala steroidpreparat (3) eller klortetracyklinlösning (4). Vid svårare former av aftös stomatit bör patienten remitteras till reumatolog, dermatolog eller oralmedicinsk specialist. Behandling med kolkicin, dapson (5), eller i sällsynta fall, talidomid kan då övervägas (6).

Oral lichen planus

Oral lichen planus (OLP) är en av de vanligaste intraorala inflammatoriska slemhinneförändringarna. Orsaken är okänd. För diagnos fordras att slemhinneförändringen uppvisar vita retikulära och/eller papillära inslag, vilka kan uppträda tillsammans med erytematösa och ulcererande förändringar. Vid symtomgivande OLP har patienterna svårt att äta starkt kryddad mat, citrusfrukter, tomater etc. OLP påträffas vanligtvis i kindslemhinnan. Förändringen har ingen entydig association till dentala material, vilket skiljer den från en lichenoid kontaktreaktion. Om biopsi tas i den gingivala vävnaden, t ex med en 3 mm stans, bör man undvika att ta vävnadsprovet alltför nära tandköttsficken. Överlagring av den kroniska inflammationen i denna vävnad kan ge ett missvisande svar.

Icke-symtomatiska förändringar behöver inte behandlas. Lokala kortikosteroider är förstahandsalternativ vid symptom. Målet är lägsta effektiva dos. Specialisten använder oftast klobetasolpropionat (grupp IV-steroid) (7) som appliceras 2 gånger/dag i 2 veckor och under denna period används även antimykotiskt medel. Steroidbehandlingen trappas ned till 1 gång/dag och lämplig underhållsdos kan vara triamcinolon (grupp II-steroid) 1 gång/dag. Patienten kan sedan fortsätta med denna behandling i några månader. Efter 3 månader bör underhållsbehandlingen avslutas för att se om recidiv uppkommer.

Om patienten uppvisar en symtomgivande gingival OLP bör patienten remitteras till tandhygienist för optimering av munhygien innan steroidbehandling sätts in.

Det finns en mycket liten, men säkerställd, risk för malignisering av OLP. Vid icke-symtomgivande OLP rekommenderas patienten att själv inspektera sin slemhinna någon gång i månaden samt genomgå årliga kontroller hos tandläkare. Förändring som ändrar karaktär ska biopsieras.

De patienter som inte svarar på lokal behandling med glukokortikoider eller kalci-neurinhämmare bör remitteras till dermatolog.

Oral slemhinnepemfigoid

Den typiska patienten med oral slemhinnepemfigoid är en kvinna > 60 år som klagar över att gingivan blöder och att det gör ont vid tandborstning. Intraoralt ses ofta en erytematös gingiva med inslag av blåbildning. Rikligt med mikrobiologiska plack kan förekomma pga eftersatt munhygien. Vid gingivalt engagemang ska behandlingen inriktas på optimering av munhygien eftersom gingivan har större förutsättningar att läka om den inte samtidigt måste försvara sig mot mikroorganismer.

Behandlingsstrategin är densamma som vid gingival OLP. Omhändertagandet involverar också undersökning hos ögonläkare, för att utesluta samtidiga ögonkomplikationer (symblepharon), samt ibland hos ÖNH-läkare pga motsvarande förändringar i nässlemhinnan.

Oral leukoplaki/erytroplaki

Orala leukoplakier (LEU) brukar delas in i homogena och icke-homogena förändringar. Homogena LEU karakteriseras av en vit fläck, ofta väl avgränsad, vars ytstruktur kan vara slät eller något korrugerad. Om olika reaktionsmönster finns inom en och samma LEU betecknas den som icke-homogen. Förändringen har då oftast röda inslag. LEU ska alltid biopsieras för att man ska kunna ta ställning till eventuella dysplasier. Utveckling av oral cancer hos patienter med LEU har beräknats ske hos ca 1% årligen.

Slemhinneförändringar hos snusare kan utvecklas till LEU-liknande tillstånd. Det finns dock ingen entydig vetenskaplig dokumentation som stöder att dessa förändringar skulle vara förenade med en högre risk för malign utveckling.

LEU ska avlägsnas kirurgiskt när så är möjligt. Patienten bör kontrolleras regelbundet på oralmedicinsk/oralkirurgisk klinik eller på ÖNH-klinik då ca 30% av förändringarna reciderar. Förändringar som inte kan avlägsnas pga storlek och lokalisering ska kontrolleras regelbundet. För homogena LEU utan dysplasier rekommenderas årliga kontroller, medan icke-homogena förändringar och förändringar med dysplasier bör kontrolleras var 3:e månad (8). Det senare gäller oavsett om förändringarna går att excidera eller inte. Även om LEU går att avlägsna kirurgiskt och inte reciderar, så bör det aktuella området kontrolleras årligen i minst 5 år hos patientens ordinarie tandläkare.

Erytroplakier karakteriseras av att de är röda och oftast väl avgränsade. Dessa förändringar är inte lika vanliga som LEU, men de har en betydligt högre risk att genomgå utveckling till oral skivepitelcancer.

Lingua geografica

Lingua geografica (LG) är en vanlig tungförändring med migrerande papillatrofi som kan ge symtom. Aktiviteten ligger i den perifera gulaktiga randzonen och den efterföljande papillatrofin utgör ett område där läkning påbörjas. Om förändringen startar på flera punkter samtidigt flyter randzonerna ihop till en "karttunga". Kronisk LG går ofta över i en fissurerad tunga. Majoriteten av patienter med LG är symptomfria,

men vid symtom kan tungpress, dvs att patienten pressar tungan mot tandraden eller suger på tungan, vara en bidragande orsak. Effektiv behandling saknas. Liknande förändringar kan ses vid psoriasisforma förändringar i munhålan och vid Reiters syndrom. Patienter med LG uppvisar ingen ökad förekomst av psoriasis.

Orala virusjukdomar

Primär herpetisk gingivostomatit orsakas av herpes simplex-virus typ I (HSV I). Sjukdomen drabbar företrädesvis små barn och debuterar akut med feber och smärtor i munnen, det senare ledande till att barnet ofta vägrar att både äta och dricka. Lokalt ses inflammation av tandköttet samt grupperingar av små vesikler/sår som konfluerar till större, grunda oregelbundna sår med omgivande inflammatorisk retning. Krustabildning på läpparna är vanlig.

Behandlingen är inriktad på smärtlindring så att barnet får i sig vätska. Sedvanliga analgetika ges som mixtur eller stolpiller och kan kompletteras med lidokain som lokalbehandling. Till vuxna och större barn kan lidokainlösning (20 mg/ml) för sköljning prövas. Maxdos för vuxna är 15 ml/dos och 60 ml/dygn. Till små barn kan speciella skumgummiförsedda pinnar eller tops doppas i lösningen och munslemhinnan penslas lätt före födointag. Rekommenderad barn-dos saknas, men för barn < 12 år ska dosen inte överstiga 3 mg/kg kroppsvikt och för barn < 3 år rekommenderas mindre koncentrerade lidokainlösningar. Isbitar att suga på eller glass kan vara ett annat sätt att minska smärtan och samtidigt få i barnet vätska. Hos vuxna kan också benzydamin, i beredning för gurgling, användas som smärtstillande. Vidare kan lokalbehandling ske med klorhexidin, munskoljning med kroppstempererad fysiologisk koksaltlösning samt rengöring med fuktad tork eller mjuk tandborste.

Vid uttalad herpetisk gingivostomatit rekommenderas aciklovir, 15 mg/kg (max 200 mg/dos) 5 gånger/dag i 7 dagar med första dos inom 72 timmar. Detta gäller vuxna och barn över 2 år. I randomiserade studier har man funnit att förekomsten av herpesblåsor förkortades från 10 till 4 dagar. Man såg även signifikanta effekter på

feber, nutritionssvårigheter och virusut-söndring (9,10).

Reaktivering av HSV 1 manifesterar sig oftast som herpes labialis (se även kapitlet Hudsjukdomar, s 397) men kan också nå-gon gång orsaka herpetisk stomatit. Intra-oral reaktiverad herpesinfektion, herpetisk stomatit, kan vara mycket smärtsamt och sätter sig oftast i den parakeratiniserade slemhinnan (gom och alveolarutskott) till skillnad från aftös stomatit. Dessa sårbild-ningar är endast millimeterstora och kan vara svåra att upptäcka. Hos immunolo-giskt nedsatta patienter kan herpesinfek-tionen yttra sig som konfluenta sårbild-ningar eller gulaktiga papler och behand-ling med antivirala medel är här motive-rad.

Vattkoppor är primärinfektionen för vari-cella-zoster-virus och recidiverande vari-cella-zoster-infektion kan ge upphov till herpes zoster med unilaterala vesikler inom ett område innerverat av n. trigeminus tredje gren med sina maxillära och mandi-bulära grenar. Även denna typ av herpesin-fektion kan ge prodromalsymtom i form av smärta som ibland misstolkas som tand-värk. För att minska risken för postherpe-tisk neuralgi bör patienter > 50 år erbjudas behandling med aciklovir i tidigt skede.

Orala svampinfektioner

De två typerna av akut candidos, pseudo-membranös candidos och erytematös candi-dos, ses hos barn eller nedgångna vuxna, framför allt med diabetes mellitus eller maligna sjukdomar, i synnerhet leukemi eller maligna lymfom. Lokal och systemisk anti-biotikaterapi, kortikosteroidbehandling och annan immunsuppressiv terapi kan öka risk-en för infektion.

De kroniska formerna av pseudomem-branös och erytematös candidos går inte att skilja från de akuta. Skillnaden är duration-en som överstiger 6 månader. Kronisk hyper-plastisk candidos engagerar oftast området innanför munvinklarna och drabbar företrä-desvis rökare. Förändringen är vitaktig och skiljer sig från den pseudomembranösa form-en då den inte är avskrapbar. Kronisk hyper-plastisk candidos kan vara svår att skilja från LEU. Om förändringen försvinner med

Bakom oral candidos finns alltid en predisponerande lokal eller systemisk faktor. Denna ska om möjligt elimineras innan antifungal behandling påbörjas.

antimykotisk behandling talar det mer mot en LEU.

Omhändertagandet av orala candidoser ska alltid inriktas på att identifiera och eli-minera lokala och systemiska predispone-rande faktorer. Om systemiska faktorer fö-religger bör man beakta att patienten även kan ha svampinfektioner genitalt och i övri-ga delar av mag-tarmkanalen. Om elimina-tion av predisponerande faktorer inte är möjlig kan symptomgivande orala infektio-ner behöva behandlas med antimykotika, se Terapirekommendationerna, s 779.

Vid två former av candidaassocierade in-fektioner kan bakteriell genes också före-komma: protesstomatit och munvinkelrag-a-der. Protesstomatit karakteriseras av en ery-tematös förändring med samma utsträck-ning som protesbasen. Patienten ska infor-meras om protesrengöring, som lämpligen sker med hjälp av en speciell protesborste och rengöringsvätska. Protesen kan också behöva justeras och protesbasen förnyas. Om svampinfektionen persisterar trots be-handling bör prov tas för bakterieodling i stället för upprepade svampbehandlingsfö-rsök. Om floran domineras av bakterier kan protesstomatiten läka ut efter adekvat anti-mikrobiell behandling.

Munvinkelragader beror sällan på enbart låg betthöjd eller vitaminbrist. Oftast har patienten torr hud som predisponerar för en fissurutveckling i munvinklarna. Dessa fis-surer kontamineras av svamp från munhå-lan och/eller stafylokocker från huden. Kräm innehållande mikonazol och en mild kortikosteroid är förstahandspreparat. Om infektionen endast är orsakad av stafylo-kocker kan retapamulin övervägas. Efter utläkning är det viktigt att hålla munvink-larna smidiga med mjukgörande kräm för att förhindra recidiv.

Munsveda

Munsveda (BMS; burning mouth syndrome), som är vanligt hos medelålders och äldre personer, ger en brännande känsla, framför allt i tungan, som ibland lindras av mat och dryck (11). De vanligaste utlösande faktorerna är tungpress och tungsugning. Dessa parafunktionella beteenden är oftast en del i ett stressrelaterat spänningstillstånd i huvud- och halsregionen. Per definition har patienter med BMS helt retningsfria slemhinnor.

Munsveda kan dock drabba patienter med pernicios anemi eller andra bristtillstånd (järn, folsyra), xerostomi, diabetes mellitus och lingua geografica. Vid dessa tillstånd uppvisar patienterna vanligtvis ett erytem på tungryggen. Det är även vanligt att patienter med underliggande depression, oro för cancer/sexuellt överförd sjukdom eller somatoformt syndrom söker för munsveda.

Noggrann information och behandling för att minska de negativa effekterna av det parafunktionella beteendet kan ge symtomlindring. Detta kan ske med t ex rörelseträning och insättandet av en tunn mjukplastskena som framställs av tandläkare. Efter den medicinska utredningen kan det bli aktuellt med behandling av bristtillstånd eller psykiatrisk konsultation.

Bruxism

Bruxism, eller patologiskt tandgnisslande eller tandpressning, är ett mycket vanligt fenomen. Detta dysfunktionella beteende kan framkalla många olika problem såsom huvudvärk, nedslitna tänder, käkledsproblem, muskelbesvär och känsliga tandhalsar. Den smärta patienten upplever kan vara mycket kraftig och ibland svår att skilja från akut tandvärk. Orsaken till bruxism är ofullständigt känd, men kan betraktas som ett uttryck för ett ökat spänningstillstånd liknande det som orsakar led- och muskelbesvär i andra delar av kroppen.

Behandlingen består oftast av att patienten får en hård bettskena att använda nattetid. Under senare år har även behandling med en mjuk skena visat sig ge god effekt. Fördelen med en mjuk skena är att patienten även kan använda den på dagen. Kognitiv beteendeterapi samt även biofeedback-trä-

ning har givit positiva resultat (12). Farmakologisk inriktad behandling vid myogent betingad värk som en följd av bruxism består av amitriptylin och NSAID (13).

Tandsjukdomar

Karies och endodontiska problem

Karies drabbar tandens hårdvävnad pga att bakteriella plack på tandytan ger upphov till syrabildning. Egenvård med daglig tandborstning med fluortandkräm samt undvikande av frekventa mellanmål minskar risken för syraangrepp och därigenom karies (hög evidensgrad) (14). En fluorhalt på 1,0–1,2 mg/L i dricksvattnet har god förebyggande effekt (hög evidensgrad) mot karies utan några kända medicinska biverkningar. Grupper med speciell risk för att utveckla karies rekommenderas fluorbehandling med tabletter, tuggummi, sköljningar eller gel (låg evidensgrad).

Om kariesprocessen progredierar kan den ge upphov till inflammatoriska reaktioner i tandpulpan, s k pulpit. På grund av de omgivande hårdvävnaderna har pulpan mycket små möjligheter att kompensera de tryckökningar som detta leder till. Smärtan uppträder först som intermittenta attacker som kan utlösas av värme eller kyla. Vid progress ökar det pulpala trycket ytterligare, vilket tillsammans med produktionen av inflammatoriska mediatorer ger patienten en konstant och mycket kraftig smärtupplevelse. Positiv perkussionstest är ett diagnostiskt tecken på den tryckökning som är resultatet av en pulpit.

Kausal behandling, eliminering av trycket, kan ske genom rotbehandling (endodontisk behandling). Obehandlad pulpit kan medföra att patienten blir mycket kraftigt smärtpåverkad. I dessa fall ger behandling med paracetamol, ASA eller annat NSAID inte tillräcklig smärtlindring. Man bör då överväga lokalanestesi, tillägg av tramadol eller morfin/oxikodon alternativt ketobemidon. Smärtan vid en obehandlad pulpit avtar vanligtvis efter några dygn då pulpan nekrotiserats och vävnadstrycket långsamt utjämnats. Bakterier som lever i den nekrotiska vävnaden kan dock växa till och orsaka en akut inflammatorisk reaktion under rotspetsen, vilket resulterar i en lokal benre-

sorption som hårbärgerar en periapikal parodontit. Den akuta endodontiska behandlingen är, som vid pulpit, inriktad på tryckutjämning genom dränage av pus genom tanden.

Problem med isande tandhalsar är ett resultat av att en bakteriebeläggning gett upphov till demineralisering. Rotcementet blir mjukt och det underliggande dentinet exponeras efter te tandborstning. Vätskeströmningar i dentinets kanal till tandpulpan orsakar en nervretning som patienten upplever som en isning vid exponering för temperaturskillnader eller högsmotiska vätskor. Den isande känslan bör försvinna inom någon minut efter att orsaken avlägsnats. Mer ihållande smärta tyder på pulpit. Behandlingen av känsliga tandhalsar byggs på ocklusion av dentinkanalerna med fluorhaltiga preparat eller preparat som kan desensibilisera nerverna i dentinkanalerna.

Gingivit och parodontit

Odontogena infektioner behöver inte utgå från pulpan utan kan vara orsakade av infektioner i tandens upphängningsapparat (parodontiet). Subgingival tandsten i kombination med bakterieansamlingar kan ge upphov till akuta tillstånd med svullnad av alveolarutskottet som följd. Pus kan tränga upp ur tandköttsfickan vid palpation eller vara inkapslad i den parodontala vävnaden. I det senare fallet kan infektionen penetrera slemhinnan, varvid en fistelbildning uppstår. Incision är motiverad om abscessen inte tömmer sig via tandköttsfickan. Om patienten är allmänpåverkad ges antibiotika. Om akut lokalbehandling hos tandläkare inte kan genomföras ska patienten erhålla penicillin V och metronidazol tillsammans med smärtlindrande medel (15,16).

Gingivit orsakas av bakterieansamling vid tandköttskanten. Om tanden inte blir rengjord kommer ytterligare plack och tandsten att växa ner i tandköttsfickan och den inflammatoriska reaktionen bidrar till att tandens parodontium bryts ner och patienten drabbas av tandlossning (parodontit).

Parodontit behandlas med rengöring hos tandhygienist och därefter egenvård i form av tandborstning och andra hjälpmedel som tandtråd och tandsticka. Generell antibiotikabehandling är endast motiverad vid

snabbt progredierande parodontit. Olika metoder för att underlätta benregeneration kan användas efter att den parodontala infektionen eliminerats.

På senare år har en association mellan parodontit och hjärt-kärlsjukdom konstaterats. Det finns dock inga säkra belägg för att behandling av parodontit kan förebygga utvecklingen av kranskärlssjukdom.

Allvarliga odontogena infektioner

Obehandlade infektioner, av den typ som beskrivits ovan, kan leda till allvarliga odontogena infektioner. Dessa infektioner ger inte upphov till någon fistelbildning som tömmer sig i munhålan utan finner andra spridningsvägar. Infektionen kan sprida sig i olika fascieskikt ner till mediastinum och luftvägarna. Indikationer för sjukhusvård är progredierande svullnad i ansikts-, hals- och submandibulärregionen med allmänpåverkan som följd. Patienten ska omgående överföras till ÖNH-klinik där parenteral antibiotikabehandling ges.

Vid infektiöst orsakade svullnader som är begränsade till den orala regionen bör man i första hand skapa dränage genom tanden eller via incision. Antibiotika kan vara en hjälp vid svårare lokala bakterieinfektioner.

Trauma på mjölk tänder

Barn med tandtrauma kan ha svårt att samarbeta och behandlingen inriktas i första hand på smärtlindring. Föräldrarna ska informeras om vikten av analgetika, skonskost och god munhygien. I andra hand sker behandling i syfte att minska skador på permanenta tänder. Extruderade primära tänder ska aldrig replanteras då detta kan skada de permanenta tänderna. Mjukdelskador ska omhändertas enligt beskrivning i nästa avsnitt.

Trauma på permanenta tänder

Var 5:e tonåring drabbas av trauma mot tänderna och hälften av fallen inträffar på tidpunkter som ligger utanför normal arbetstid. Om traumat endast resulterar i att delar av tanden slagits av utan att det kvarvarande fragmentet ändrat position kan man som regel avvakta till dess att tandläkare kan göra en närmare inspektion. Tandfragment bör sparas i fysiologisk kok-

saltlösning för att tandläkaren i ett senare skede ska kunna ta ställning till om det kan användas vid restaureringen av tanden. Om tanden ändrat position i förhållande till sin alveol (intrusion, extrusion, lateral luxation) bör tandläkare tillkallas i det akuta skedet. Om tanden har en felställning vilket vanligtvis innebär att tandkronan flyttats posteriort (lateral luxation), kan den oftast reponeras genom att man med fingret trycker i omslagsvecket i höjd med tandroten. I de fall där tanden inte kan replanteras omedelbart kan förvaring ske i mjölk eller fysiologisk koksaltlösning. Det viktigaste är att tandens rothinna inte torkar. I nödfall kan tanden läggas under tungan så att den täcks med saliv. Ju fortare tanden replanteras desto bättre förutsättningar har den att växa fast, även om revaskularisering av den dentala pulpan inte sker. Efter replantation bör patienten erhålla antibiotikum (exempelvis penicillin V i 7 dagar) och stelkrampsskyddet kontrolleras.

Vid både replantation och reponering ska de tänder som varit utsatta för trauma fixeras. Detta fordrar som regel speciella instrument och material vilket innebär att tandläkare måste tillkallas. Detta gäller även om tänderna frakturerats och uppvisar pulpablotta.

Vid mjukdelsskador är det viktigt att avlägsna främmande kropp, som grus och asfaltsrester, då de kan ge missfärgningar. Efter noggrann tvätt kan suturering av djupa vävnadsskador vara nödvändig. För att undvika misspydande ärrläkning bör man ha erfarenhet av att suturera traumatiska sår i ansiktsregionen.

Vid tand- och käktrauma ska patienten helst undersökas av oralkirurg. Röntgenologisk undersökning bör alltid göras, inkluderande tandröntgen. Tänder som varit utsatta för trauma ska undersökas av tandläkare för ställningstagande till vidare behandling efter det akuta skedet.

Avvikande reaktioner mot dentala material

Kontaktreaktioner mot amalgam (likenoid kontaktreaktion; LKR) representerar den vanligaste typen av allergiska reaktioner i munhålan. Kliniskt karakteriseras dessa

av lokala vita retikulära stråk eller plack. Erytematösa förändringar och sårbildningar kan också förekomma. Förändringen skiljer sig från OLP då den bara finns i kontakt med amalgamfyllningar. LKR och OLP uppvisar samma histopatologiska bild. Epikutantest med kvicksilver (Hg) är av litet diagnostiskt värde eftersom endast 50% av patienterna är positiva för Hg medan > 95% läker då amalgamet ersätts med någon ädelmetall eller porlin.

En del patienter känner oro för att Hg från amalgam orsakar försämrat allmäntillstånd. Något entydigt vetenskapligt stöd för en sådan koppling finns inte. Dessa patienter ska genomgå en noggrann medicinsk utredning för att utesluta somatiska orsaker till besvären. Om patienten upplever orala besvär utan synbar förklaring bör man ha ett parafunktionellt beteende i åtanke (se Bruxism, s 772). Vid bestående oro kan det bli aktuellt med amalgamutbyte. Detta ska då ske som en del av den medicinska rehabiliteringsplan som den medicinskt ansvarige läkaren upprättar för patienten (17,18).

Allergiska reaktioner mot övriga dentala material, såsom kompositer, guldkonstruktioner och metylmetakrylat i proteser, är mycket sällsynta. Vid misstanke om allergiska reaktioner ska patienten remitteras till sjukhustandläkare eller annan vårdgivare med oralmedicinsk expertis.

Omhändertagande av vissa patientgrupper Nedsatt immunförsvar

Vid organtransplantation och hematologiska maligniteter rekommenderas att lokala vårdprogram upprättas. Det odontologiska omhändertagandet bör inriktas på att komma in tidigt i behandlingskedjan.

Patienter som blir föremål för immunsuppressiv terapi i samband med organtransplantation har oftast en grundsjukdom, som funnits under lång tid. Den ”preoperativa” odontologiska utredningen och behandlingen ska därför genomföras i god tid innan den medicinska behandlingen blir aktuell. Detta medför att den odontologiska behandlingen kan genomföras på ett mer konventionellt sätt och att tid finns för att

utvärdera t ex endodontisk och parodontal behandling. Ett bra samarbete mellan sjukvård och tandvård är här av stor betydelse.

Vid hematologisk remissionsinducerande behandling ska oralkirurgiska ingrepp, parodontal och endodontisk behandling tillåtas primärläka innan patienten når för låga granulocyt- och trombocytvärden. I praktiken innebär detta att behandlingen måste ske senast 10 dagar innan de låga blodvärdena uppnås. Om detta inte är möjligt, såsom vid akuta leukemier, bör man avstå från radikal behandling och endast genomföra lokala åtgärder i syfte att förbättra munhygien. Resterande dentala behandlingar kan i regel skjutas upp till återhämtningsfasen efter inledande cytostatikabehandling.

Om dentala infektioner skulle uppstå under den inledande behandlingsfasen kan extraktioner i de flesta fall genomföras utan komplikationer. Exkavering av karies genomförs endast om det föreligger risk för endodontiska problem. Endodontisk behandling i detta skede är sällan indicerad och genomförs endast vid akuta infektioner.

Traumaeliminering genom tillslipning av tänder och fyllningsmaterial är okomplicerade åtgärder som förhindrar sår i munslemhinnan med åtföljande risk för bakteriemi.

Inflammatoriska förändringar i den orala slemhinnan, orala mukositer, kan orsakas av kemoterapi och strålbehandling mot huvud- och halsområdet. Vid kemoterapi som resulterar i ökad blödnings- och infektionsbenägenhet bör lokalt vårdprogram beaktas. Tillgång till sådana program finns alltid på sjukhustandvårdskliniker vid landets akutsjukhus. Det finns rapporter som visar att klorhexidin och tuggning av is under kemoterapi kan minska utvecklingen av mukositer (19).

I övrigt ska mukositbehandlingen främst inriktas på att upprätthålla en god munhygien. Detta genomförs morgon och kväll med hjälp av en extra mjuk tandborste och tandkräm utan natriumlaurylsulfat. Patienten ska även skölja med natriumfluorid (NaF)-lösning, 0,05%, 2 gånger/dag. För strålbehandlade patienter rekommenderas NaF-lösning, 0,2%, 1 gång/dag, pga ökad kariesbenägenhet.

Vid symtom från slemhinnan kan 10 ml benzydaminlösning 1,5 mg/ml eller lidokainhydrokloridlösning 20 mg/ml användas i lokalbedövande syfte. Om patienten har seg och trådig saliv kan man skölja med bromhexin, oral lösning 0,8 mg/ml, 4 ml 3 gånger/dag. Vid svampinfektioner och muntorrhet hänvisas till separata avsnitt.

Diabetes

Parodontit är vanligare vid både typ 1- och typ 2-diabetes. Risken ökar avsevärt vid instabila glukosvärden och rökning. Parodontit kan förmodligen i sin tur orsaka hyperglykemi. Beträffande karies är det däremot tveksamt om diabetes orsakar försämringar. Genom optimering av den orala hygien kan man minimera de orala komplikationerna vid diabetes. Munhåla och tänder hos en icke välinställd diabetespatient bör regelbundet undersökas.

Antibiotikaprofylax vid ingrepp i munhålan

God tandhälsa och god munhygien minskar risken för klaffsjuka individer att insjukna i endokardit, vilket anses ha större betydelse än upprepade enstaka doser av antibiotika i profylaktiskt syfte vid ingrepp i munhålan.

Antibiotikaprofylax rekommenderas endast för enskilda patienter som riskerar ett mycket allvarligt förlopp vid en infektiös endokardit. Detta gäller patienter med implanterade hjärtklaffsproteser eller annan klaffkirurgi med främmande material samt komplicerade kongenitala vitier med cyanos (t ex Fallots Tetrad), se vidare kapitlet Antibiotika och resistens, s 662.

För patienter som har en generell immundefekt pga ett minskat antal neutrofila granulocyter (LPK < 1,0) eller en defekt funktion hos dessa celler, bör antibiotikabehandling övervägas tills primär sårsläkning skett. Detta kan även vara motiverat för patienter med ökad risk för systemisk spridning eller infektion i sårområdet t ex vid öppen reposition av käkfrakturer med intraoral kommunikation, intraoral maxillofacial kirurgi eller operation av större cystor samt till patienter med strålbehandling mot huvud- och halsregionen där ingreppet omfattar benvävnad.

Betydelsen av antibiotikaprofylax vid ingrepp på patienter med ledprotes och kärlgraft har länge diskuterats. Någon generell antibiotikaprofylax för dessa patienter förespråkas inte.

Infektionsläkarföreningen har nyligen gett ut en uppdaterad version (2009) av vårdprogram för led- och skelettinfektioner där antibiotikaprofylax vid tandingrepp särskilt avhandlas, www.infektion.net. Antibiotikaprofylax vid tandingrepp till friska patienter med ledprotes kan idag inte rekommenderas. Hos patienter med nedsatt immunförsvar (främst neutropeni), med eller utan ledprotes, kan det finnas en ökad risk för sepsis till följd av bakteremi efter tandingrepp med blödning (t ex vid oral kirurgi, subgingivala manipulationer) och antibiotikaprofylax bör övervägas. Det saknas dock randomiserade studier som stödjer att antibiotikaprofylax ska ges till infektionskänsliga patienter och en individuell bedömning bör göras av tandläkaren och patientens behandlande läkare.

Bisfosfonatrelaterade osteonekros

Det är känt att bisfosfonater som administreras intravenöst kan orsaka osteonekros i käkarna. Detta gäller framför allt patienter med maligna sjukdomar som har fått strålbehandling och/eller annan immunsuppressiv behandling. Oftast uppkommer osteonekrosen efter trauma men spontan uppkomst har också rapporterats. Även osteonekros efter peroral administration har rapporterats men i förhållande till den omfattande användningen av bisfosfonater så är detta antal mycket litet och rör framför allt patienter med en komplex medicinsk bakgrund. Denna patientkategori, tillsammans med de patienter som ska behandlas intravenöst med bisfosfonater, bör genomgå postoperativ utredning i syfte att eliminera faktorer som senare kan bidra till uppkomsten av bisfosfonatrelaterade osteonekros.

Blödningsrisk

En ökad fibrinolytisk aktivitet är den vanligaste orsaken till blödning efter oralkirur-

giskt ingrepp. Medicinering med ASA och NSAID-preparat kan också förlänga blödnings tiden. ASA-preparat i doser om 75 eller 160 mg/dag behöver dock inte seponeras. Noggrann slutning av sårkanter och kompression är de viktigaste åtgärderna för att förhindra blödningskomplikationer. Andra defekter i hemostasen bör handläggas efter kontakt med koagulationsexpertis.

Vid AVK-behandling med kumarinpreparat eftersträvas bibehållande av den aktuella medicineringen. Okomplicerade tandextraktioner kan genomföras vid INR-värdet < 2,6, medan mer komplicerade ingrepp fordrar nivåer < 2,2.

För att främja den sekundära hemostasen är det viktigt att sårområdet tamponeras med koagulationsbefrämjande material som t ex Surgicel, Collagen-fleece, Lyostypt etc. Sårkanterna ska därefter primärsutureras. Kompression med kompress indränkt i lösning med tranexamsyra (Cyklokapron brus-tablett, 1 g upplöst i 5 ml vatten) kan med fördel göras initialt – därefter sköljning i 2–3 minuter 4 gånger/dag i minst 2–3 dagar, helst 1 vecka. (Se även kapitlet Venös tromboembolism och medel mot trombos, s 262). Vid postoperativ värk bör i första hand paracetamol användas.

Muntorrhet

Muntorrhet orsakar tand- och slemhinneproblem med nedsatt livskvalitet som följd. Eftersom födointag ger obehag, sveda och en brännande smärta i orala slemhinnor kan följden bli nedsatt näringsstatus.

Muntorrhet kan orsakas av förlust av, eller negativ påverkan på, fungerande spottkörtlar. Sjögrens syndrom och strålbehandling är exempel på tillstånd som ger förlust av körtelvävnad medan läkemedel (se Faktaruta 3, s 777), anorexi/bulimi, diabetes mellitus, njursvikt och elektrolyt- och vätskebalansrubbingar kan ge upphov till minskad sekretion från en i övrigt frisk körtel. Det bör framhållas att nyare läkemedel vid urinkontinens, urologiska spasmolytika som t ex oxybutynin, ger muntorrhet som biverkning i ca 10% av fallen). Minskad salivproduktion kan även ses som ett fysiologiskt svar vid adrenergt påslag, t ex vid stress, ångestsyndrom och depression. Munand-

Vanliga orsaker till muntorrhet**Minskad salivsekretion till följd av**

Strålbehandling
Kirurgiska ingrepp på spottkörtlar
Patologiska tillstånd i spottkörtlarna
Stopp i spottkörtelgångarna (infektion, tumör, aplasi)

Läkemedel

Det finns flera hundra preparat som kan orsaka muntorrhet. De vanligaste preparatgrupperna är
Antikolinergika
Diuretika
Neuroleptika
Tricykliska antidepressiva
Opioider
Läkemedel mot Parkinsons sjukdom
Antiarytmika

Dehydrering orsakad av

Anorexi
Diarré
Feber
Oxygenbehandling
Munandning
Kräkningar
Polyuri
Blödningar
Sväljningssvårigheter

Depression och ångest

ning och dehydrering är andra orsaker till muntorrhet.

Tandläkare kan undersöka salivsekretionshastigheten. Vilosekretion < 0,1 ml/minut och stimulerad sekretion < 0,7 ml/minut är objektiva fynd på hyposalivation.

Tandvårdstödets omfattar det tandvårdsbehov som väsentligt ökat till följd av sjukdom som orsakar muntorrhet. Det innebär att behovet väsentligt ska överstiga normalt behov hos en frisk patient i samma ålder och med motsvarande tandstatus. Endast åtgärder som har samband med sjukdomen omfattas – samt endast tandvårdsbehov som uppstått efter fastställd diagnos.

Muntorrhet är dock patientens subjektiva upplevelse och även vid normal sekretion kan patienten känna sig torr i munnen. Detta kan bero på en ändrad salivsammanfattning med ett minskat proteininnehåll.

Salivstimulerande- och saliv ersättningsmedel används vid behandling av muntorrhet. Innan sådana medel sätts in bör man överväga en ändrad medicinering och rehydrering. Hos äldre räcker det ofta inte att ta bort ett specifikt läkemedel utan utsättande av flera medel kan behövas. Vid kvarvarande funktion i körtelvävnaden är salivstimulerande medel förstahandsalternativ. Preparat som innehåller buffrad äppelsyra och fluor har här ett användningsområde. Några studier visar även på bra behandlingseffekt med pilokarpin. Detta gäller även vid muntorrhet orsakad av strålbehandling.

I palliativ vård är opioidbehandling vanlig orsak till muntorrhet, liksom munandning och dehydrering. Här används även krossad is och sockerfri sur saft (citron). Vid avsaknad av stimulerbar körtelvävnad är patienten hänvisad till saliv ersättningsmedel, som är baserade på olika typer av växtoljor, t ex linfröolja, jordnötsolja, jättenattljusolja och solrosolja. Behandling är särskilt viktig vid strålinducerad muntorrhet, där även profylax kan ges med amifostin. Saliv ersättningsmedel som bl a innehåller natriumfluorid och xylitol finns att tillgå.

Halitosis

Cirka 1/4 av personer > 50 år har rapporterat ha dålig andedräkt. Att ha dålig andedräkt ger ofta upphov till ett socialt och psykologiskt handikapp. Orsaken till dålig andedräkt återfinns till ca 90% i munhålan (oral halitosis). Anaeroba mikroorganismer metaboliserar födoämnesrester och vid nedbrytningen bildas flyktiga svavelföreningar. Tungans ovansida erbjuder en miljö där mikroorganismerna lätt kan etablera sig och patienter med parodontit uppvisar en högre förekomst av tungbeläggningar jämfört med parodontalt friska patienter. Det finns även ett antal personer som lider av en högt utvecklad rädsla för att de har dålig andedräkt, så kallad halitofobi. Detta gäller framför allt yngre patienter.

Orsaken till sk extraoral halitosis kan vara sjukdomar i luftvägarna (t ex kronisk sinusit, lunginflammation eller cancer i luftvägarna/lungorna), leversjukdomar eller diabetes. Skillnaden mellan intra- och ex-

traoral halitosis kan avgöras genom att patienten växlande blåser ut andningsluft genom näsan och munnen. Extraoral halitosis bör utredas av ÖNH-läkare.

På marknaden finns idag ett antal skölj-lösningar och sugtabletter. Vissa metalljoner, t ex zink, kan effektivt reducera halten halitosis. Vissa antibakteriella medel, som t ex klorhexidin och cetylpyridinklorid, har också en positiv effekt. Eftersom zinkjoner (ingår i t ex SB12) och antibakteriella agens verkar genom olika mekanismer anses en kombination av dessa komponenter kunna ha en synergistisk effekt mot flyktiga sva-velöreningar.

När det gäller halitofobi är det mycket viktigt att visa stor förståelse för patientens problem. Det kan vara lämpligt att låta någon oberoende person göra dagliga registreringar av patientens andedräkt under någon vecka. De patienter som inte kan frikänna sig från att de har halitosis utan att denna är objektivt verifierbar bör utredas av psykiatriker.

Palliativmedicinska synpunkter

Se även kapitlet Palliativ vård, s 905.

Hos mycket svårt sjuka patienter, kanske nedsövda för IVA-vård, är god mun- och tandvård lika viktigt som t ex dekubitusprofylax. Tendensen idag är ökande enteral nutrition med sonder passerande näsa och svalg. Vid tillfrisknandet behöver patienten i högsta grad sina tänder för rehabilitering. Under sjukdomstiden ska infektion via munhålan och tänderna förhindras. Tanderna får inte skadas. En svårt sjuk eller döende patient ska inte irriteras av tandbe-läggningar. Även vid infektionsrisk eller blödningsrisk ska tänderna rengöras och andra orala beläggningar (t ex på tungan) avlägsnas.

Tandborstning och munrengöring görs minst 2 gånger/dag. Läpparna smörjs med vaselin för att förhindra sprickbildning. Lösa och skadade händer bör föranleda tandläkarkonsult för temporära åtgärder. Vid xerostomi behövs än mer frekvent munvård, fuktad rumsluft, saliversättningsmedel osv. Vid koagulationsrubbningar med blodutgjutningar i munhålan bör åtgärder mot grundorsaken insättas. Ibland kan lo-

kalbehandling med tranexamsyralösning på kompresser användas – baddas mot lätt-blödande område (se under rubriken Blödningsrisk, s 776).

Inom palliativ vård är god funktion i munhåla och tänder viktigt för näringsintag den naturliga vägen. Till god livskvalitet hör att kunna njuta av mat och måltider. Ibland kan smakbehov tillfredsställas oralt i sen palliativ fas eller nära döden, särskilt vid demens och slaganfall, genom att via munnen bereda njutning om än bara för en stund. Förlamningstillstånd i ansiktet och halsregionen kan leda till nedsatt motorik varvid matrester och läkemedel blir kvar i munhålan. Kvarvarande tabletter kan leda till fula frätskador och bitsår kan uppstå pga nedsatt känsel i läppar, tunga och kinder. Omhändertagandet syftar till att optimera välbefinnande och förhindra skador på tänder och slemhinnor. Följande är särskilt viktigt att beakta:

- Håll läppar och munslemhinnor rena, mjuka och intakta
- Ta bort plack och beläggningar minst 2 gånger/dag och efter varje födointag
- Minska obehag och smärta samt öka/upprätthålla födointag peroralt
- Se till att protesers funktion optimeras
- Ge fluorprofylax (natriumfluorid 0,2% lösning, 10 ml för sköljning 1–2 gånger/dag)
- Minska psykologisk irritation, social isolering.

Rutiner bör finnas för regelbunden under-sökning och vård av munhåla och tänder. Enkla medel duger långt: daglig tandborstning med mjuk-medium liten tandborste och tandkräm utan natriumlaurylsulfat. Man kan också skölja med natriumbikarbonat (1/4 tablett à 1 g löst i 50 ml vatten).

Proteser rengörs och förvaras över natten i antiseptisk lösning, t ex klorhexidinlösning 1–2%. Vid sänkt medvetandegrad kan rengjorda proteser förvaras under en längre tid i en torr proteskopp. Avmagrade patienter bör särskilt observeras med avseende på protesanpassning. Nystatin i vattenlösning kan frysas och användas som ”iskross” att

suga på. Beläggningar tas bort med grundlig rengöring, tungan kan tex borstas med mjuk tandborste, så att beläggningar som inte är orsakade av svampväxt avlägsnas. Askorbinsyra i doser om 250 mg 4 gånger/dag kan hjälpa för att lösa beläggningar. Tablett(del) läggs på tungan för att upplösas där. Observera maximal behandling i 1 vecka.

Smärtor

Smärtor kan lindras med lokalbehandling – lidokain spray var 4:e timme. Man kan även

pröva med suspension av paracetamol (krossad tablett för munsköljning) eller ASA (tablett krossad och suspenderad i grädde). Benzydamin är ett alternativ utan större smakpåverkan. Evidensgraden är dock låg för dessa behandlingsmetoder.

Vid extremt svår smärta kan opioider krävas, förslagsvis morfintabletter och vid benmargstransplantation ges oftast systemisk patientkontrollerad intravenös morfinbehandling kontinuerligt.

Terapirekommendationer – Sammanfattning		
Diagnos	Läkemedel	Kommentar
Recidiverande aftös stomatit (RAS)		(Vid RAS bör man ha i åtanke att koppling kan finnas till IBD och Behçets syndrom.)
	Tandkräm	Zendium tandkräm, Zendium munskölj med fluor, enzymer och xylitol, Sinaftin tandkräm
	Klortetracyclin pulver	Innehållet i en kapsel (250 mg) löses i 15 ml vatten för munsköljning 1–2 minuter 4 gånger/dag – spotta ut och skölj efter med vatten. Högst 4 dagars användning.
	Klobetasolpropionat munhålepasta Triamcinolon munhålepasta	Applieras 2 gånger/dag med tops när prodromalsymtom uppstår
	Talidomid	Kan övervägas vid svår aftös stomatit
Oral lichen planus		Icke-symtomgivande förändringar behandlas inte. Amalgam som ligger i kontakt med symtomgivande förändringar bör bytas ut till ädlare material. Symtomgivande förändringar i gingivan genomgår först professionell rengöring.
	Klobetasolpropionat munhålegel Triamcinolon munhålegel	Vid kvarstående symtom i gingivan eller andra lokaliseringar används klobetasolgel 2–5 ml 2 gånger/dag. Behandlingen trappas ned enligt schema (se aktuellt avsnitt).
	Nystatin Flukonazol	Antimykotisk behandling 2 gånger/dag ska ges när klobetasolgel används 2 gånger/dag.
Oral slemhinne-pemfigoid		Ögonengagemang ska utslutas. Förändringar i gingivan genomgår först professionell rengöring.
	Klobetasolpropionat munhålegel Triamcinolon munhålegel	Vid kvarstående symtom i gingivan eller andra orala lokaliseringar appliceras klobetasolgel 2–5 ml 2 gånger/dag. Behandlingen trappas ned enligt schema (se aktuellt avsnitt).
	Nystatin Flukonazol	Antimykotisk behandling 2 gånger/dag ska ges när klobetasolgel används 2 gånger/dag.
Orala leukoplakier/ erytroplakier		Alltid biopsi för ställningstagande till dysplasigrad. Kirurgiskt avlägsnande om möjligt. Regelbundna kontroller oavsett resultatet av det kirurgiska ingreppet. Erytroplakier är ett särskilt observandum, pga hög maligniseringsgrad.

Terapirekommendationer – Sammanfattning		
Diagnos	Läkemedel	Kommentar
Herpetisk gingivostomatit	Klorhexidin Lidokain Benzydamin	Primärinfektion av HSV I. Vanligtvis endast adekvat vätsketillförsel och utspädd klorhexidinlösning för att undanröja sekundärinfektion. Lokalanestetikum för ytanestesi kan vara motiverat.
	Aciklovir	Vid svårare infektioner kan aciklovir övervägas (8,9). Den första dosen bör tas så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet, helst redan i prodromalstadiet eller då lesioner börjar uppträda. Vuxna och barn > 2 år: 200 mg 5 gånger/dag. Barn 3 månader–2 år: 100 mg 5 gånger/dag. Behandlingen ges i 5–10 dagar beroende på infektionens svårighetsgrad.
Herpes labialis	Aciklovir Penciklovir	Reaktivering av HSV I. Vuxna och barn från 12 år: Krämen appliceras var 4:e timme (aciklovir) alternativt med ca 2 timmars intervall (penciklovir) under den vakna delen av dygnet. Behandlingen ska pågå i 4 dagar och påbörjas så snart som möjligt efter symtomdebut.
	Aciklovir + hydrokortison	Kräm med aciklovir + hydrokortison ska appliceras 5 gånger/dag (ungefär var 3–4:e timme), under den vakna delen av dygnet, i 5 dagar.
Herpetisk stomatit och herpes zoster	Aciklovir	Behandlingen bör sättas in tidigt, inom 72 timmar från den första blåsans uppträdande. Vuxna: 800 mg 5 gånger/dag. Dosen ges var 4:e timme under den vakna delen av dygnet. Behandlingen bör pågå i minst 7 dagar.
Orala candidoser		Behandling ska inte inledas utan att man först försökt att identifiera den predisponerande faktorn.
	Nystatin oral suspension	Vanlig dos för vuxna, barn och spädbarn är 1–3 ml 4 gånger/dag i 14 dagar. Mixturen hålls kvar i munnen så länge som möjligt innan den sväljs. Till spädbarn kan mixturen ges droppvis eller spädas med lite vatten och penslas i munnen.
	Amfotericin B sugtabletter	Vanlig dos är 1 sugtablett 4 gånger/dag. Låt sugtablett långsamt smälta i munnen efter måltid och på kvällen. Ska inte ges till muntorra patienter.
	Flukonazol kapslar	Ges i dosen 50 mg 1 gång/dag i 14 dagar. Lämpligt att använda vid hyperplastisk candidos och vid låg följsamhet till lokal behandling.
Angulär cheilit		Infektionen drabbar oftast patienter med torr hud som predisponerar för sprickbildning i munvinklarna. Oftast blandinfektion av svamp och stafylokocker. Mjukgörande salva bör användas efter utläkning.
	Hydrokortison + mikonazol	Stryk ut krämen i munvinklarna tunt 2 gånger/dag i 14 dagar med hjälp av tops.
	Nystatin kräm	Stryk ut krämen tunt 2 gånger/dag i 14 dagar på det infekterade området och 1–2 cm utanför.
	Retapamulin salva 1%	Ett tunt lager av salvan appliceras på det angripna hudområdet 2 gånger/dag i 5 dagar.
Protesstomatit		Proteshygien är viktig och speciell protesborste är att rekommendera. Protesen bör inte användas nattetid.
	Nystatin kräm	Vid symtomgivande infektion: Stryk ut krämen tunt på protesbasen 2 gånger/dag.

Terapirekommendationer – Sammanfattning		
Diagnos	Läkemedel	Kommentar
Karies		Kariesprofylax ska alltid anpassas individuellt och vid hög kariesrisk kombineras med kostutredning.
	Natriumfluorid (NaF)	Basprofylax: Fluortandkräm i samband med tandborstning. Fluorpreparat till barn < 12 år ska förskrivas på recept. Rekommenderad daglig dos: barn 3–6 år: 0,5 mg, 7–12 år: 0,75 mg och barn ≥ 13 år: 1,5 mg.
	NaF + kalciumfluorid lack	Kariesprofylax under begränsad tid till patienter med hög kariesrisk eller hög kariesaktivitet. Behandlingen utförs 1 gång/dag. Appliceras av tandläkare/tandhygienist.
Pulpit	NSAID + paracetamol + kodein Morfin, ketobemidon	Analgetika ska användas till dess att odontologisk behandling finns tillgänglig. Vid kraftig smärtpåverkan kan stark opioid övervägas. Lokalanestetika kan också användas för smärtlindring.
Parodontal abscess	Klorhexidin	Klorhexidinspolning av tandköttsfickan samt borttagande av subgingival tandsten och bakterieplack.
	Penicillin V + Metronidazol	Vid allmänpåverkan ges penicillin V, 1–1,6 g 3 gånger/dag, i kombination med metronidazol, 500 mg 3 gånger/dag, i 7 dagar.
Parodontit		Egenvård med tandborste, tandsticka och tandtråd kombinerad med professionellt avlägsnande av bakterier och tandsten är förstahandsåtgärd.
	Klorhexidin	Vid eftersatt egenvård är användande av klorhexidinpreparat indicerat.
	Metronidazol + Amoxicillin	Vid snabbt förlöpande parodontit bör systemisk antibiotika sättas in efter mikrobiologisk diagnostik: Metronidazol, 500 mg 3 gånger/dag i 10 dagar, i kombination med amoxicillin, 500 mg 3 gånger/dag i 10 dagar (se aktuellt textavsnitt).
Svåra odontogena infektioner	Penicillin V + Metronidazol	Infektionstillstånd av odontogent ursprung med allmänpåverkan där kirurgisk behandling bör kombineras med antibiotika: Penicillin V 1–1,6 g 3 gånger/dag i kombination med metronidazol 500 mg 3 gånger/dag i 7 dagar.
Endokarditprofylax	Amoxicillin	Amoxicillin 50 mg/kg kroppsvikt (max 2 g) ges 1 timme före behandlingen. Se även s 662.
Blödningsbenägenhet vid AVK-behandling	Tranexamsyra	Kompression med tranexamsyralösning (brustablett 1 g i 5 ml vatten, alternativt 10 ml oral lösning 100 mg/ml). Lösningen kan även användas för sköljning i 2–3 minuter 4 gånger/dag i minst 2–3 dagar, helst 1 vecka.
Muntorrhet, för salivstimulering	Pilokarpin	Efter strålbehandling vid cancer i huvud-halsområdet: Initial dos för vuxna är 1 tablett 3 gånger/dag. Vid Sjögrens syndrom: Rekommenderad dos för vuxna är 1 tablett 4 gånger/dag.
	Natriumfluorid tuggummi, sugtabletter	0,25 mg F, 1 tuggummi 6 gånger/dag till vuxna och barn > 12 år. 0,50 mg F, 1 sugtablett 3 gånger/dag till vuxna och barn > 12 år.
För saliv ersättning	Se Preparat, s 784	Flera olika preparat finns att få via apoteket. Läpparna bör samtidigt smörjas med mjukgörande preparat.

Referenser

1. Coli P, Jontell M, Hakeberg M. The effect of a dentifrice in the prevention of recurrent aphthous stomatitis. *Oral Health Prev Dent.* 2004;2:133–41.
2. Fridh G, Koch G. Effect of a mouth rinse containing amyloglucosidase and glucose oxidase on recurrent aphthous ulcers in children and adolescents. *Swed Dent J.* 1999;23:49–57.
3. Lo Muzio L, della Valle A, Mignogna MD, et al. The treatment of oral aphthous ulceration or erosive lichen planus with topical clobetasol propionate in three preparations: a clinical and pilot study on 54 patients. *J Oral Pathol Med.* 2001;30(10):611–7.
4. Henricsson V, Axell T. Treatment of recurrent aphthous ulcers with Aureomycin mouth rinse or Zendium dentifrice. *Acta Odontol Scand.* 1985;43:47–52.
5. Lynde CB, Bruce AJ, Rogers RS 3rd. Successful treatment of complex aphthosis with colchicine and dapsone. *Arch Dermatol.* 2009;145:273–6.
6. Scully C. Clinical practice. Aphthous ulceration. *N Engl J Med.* 2006;355:165–72.
7. Al-Hashimi I, Schiffter M, Lockhart PB, et al. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103 Suppl S25 e1–12.
8. Brennan M, Migliorati CA, Lockhart PB, et al. Management of oral epithelial dysplasia: a review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103 Suppl S19 e1–12.
9. Ducoulombier H, Cousin J, Dewilde A, et al. [Herpetic stomatitis-gingivitis in children: controlled trial of acyclovir versus placebo]. *Ann Pediatr (Paris).* 1988;35:212–6.
10. Amir J, Harel L, Smetana Z, et al. Treatment of herpes simplex gingivostomatitis with aciclovir in children: a randomised double blind placebo controlled study. *BMJ.* 1997;314:1800–3.
11. Zakrzewska JM, Forsell H, Glenn AM. Interventions for the treatment of burning mouth syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;1:CD002779.
12. Kröner-Herwig B, Mohn U, Pothmann R. Comparison of biofeedback and relaxation in the treatment of pediatric headache and the influence of parent involvement on outcome. *Appl Psychophysiol Biofeedback.* 1998;23:143–57.
13. Lupoli TA, Lockey RF. Temporomandibular dysfunction: an often overlooked cause of chronic headaches. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2007;99:314–8.
14. Att förebygga karies (2002). Report No.: 161: SBU. www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Att-forebygga-karies/
15. Bascones MA, Aguirre UJM, Bermejo FA, Blanco CA, Gay-Escoda C, González-Moles MA et al. Consensus statement on antimicrobial treatment of odontogenic bacterial infections. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2004;9:369–76, 363–9.
16. Ylijoki S, Suuronen R, Jousimies-Somer H, et al. Differences between patients with or without the need for intensive care due to severe odontogenic infections. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001;59:867–72; discussion 872–3.
17. Tandvårdsförordning – SFS-nummer 1998:1338. 1998. <http://lagen.nu/1998:1338>.
18. Socialstyrelsens meddelandeblad – Vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning samt samverkan mellan kommuner, primärvård och tandvård. 2004. www.sos.se/FULLTEXT/126/2004-126-6/2004-126-6.htm
19. Sorensen JB, Skovsgaard T, Bork E, Damstrup L, Ingeberg S. Double-blind, placebo-controlled, randomized study of chlorhexidine prophylaxis for 5-fluorouracil-based chemotherapy-induced oral mucositis with nonblinded randomized comparison to oral cooling (cryotherapy) in gastrointestinal malignancies. *Cancer.* 2008;112:1600–6.

För vidare läsning

20. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2010 – Preliminär version. Socialstyrelsen. 2010. Artikelnummer: 2010-10-19. www.socialstyrelsen.se

Preparat¹

Glukokortikoider för lokal behandling

Klobetasolpropionat

Klobetasolpropionat APL APL, munhåleleg
0,025%, munhålepasta 0,025%

Triamcinolon

Triamcinolon APL APL, munhåleleg 0,1%, munhålepasta 0,1%

1. Aktuell information om parallellimporterade läkemedel och generika kan fås via apotek. För information om miljömärkning, se kapitlet Läkemedel i miljön, s 1182, samt www.janusinfo.org

Antimykotika

Amfotericin B

Ampho-moronal Dermapharm, sugtabletter
10 mg (licensvara)

Flukonazol

Diflucan Pfizer, kapslar 50 mg, 100 mg, 150 mg,
200 mg, pulver till oral suspension 10 mg/ml,
40 mg/ml

Flukonazol Flera fabrikat, kapslar 50 mg,
100 mg, 150 mg, 200 mg

Nystatin

Mycostatin Bristol-Myers Squibb, oral
suspension 100 000 IU/ml

Nystaderm Dermapharm, kräm 100 000 IE/g
(licensvara)

Antimykotikum + glukokortikoid

Hydrokortison, mikonazol

Daktacort McNeil, kräm 20 mg/g + 10 mg/g
Cortimyk CCS, kräm

Antibiotika för lokal behandling

Klortetracyklin

Klortetracyklinhydroklorid APL APL, pulver till
muskölvätska 250 mg

Övriga medel för munhålan

Benzydamin

Andolex Meda, muskölvätska 1,5 mg/ml
Zyx citron Antula, sugtabletter 3 mg
Zyx mint Antula, sugtabletter 3 mg

Klorhexidin

Corsodyl GlaxoSmithKline, munhålel 1%,
munhålelösning 2 mg/ml
Hexident Meda, muskölvätska 1 mg/ml, 2 mg/
ml
Klorhexidin Fresenius Kabi Fresenius Kabi, ku-
tan lösning 2 mg/ml
Periochip Dexcel Pharma, dentalinlägg 2,5 mg

Lidokain

Lidokainhydroklorid APL APL, näs- och
munhålelösning 40 mg/ml
Lidokainhydroklorid i Oral Cleaner APL APL,
muskölvätska 5 mg/ml
Lidokain APL APL, munhålepasta 5%
Xylocain AstraZeneca, kutan spray 10 mg/dos
Xylocain viskösa AstraZeneca, oral lösning
20 mg/ml

Antivirala medel

Aciklovir

Aciklovir/Aciclovir Flera fabrikat, tabletter 200
mg, 400 mg, 800 mg
Anti Antula, kräm 5%
Zovirax GlaxoSmithKline, kräm 5%, oral
suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml, tabletter
200 mg, 400 mg

Penciklovir

Vectavir Novartis, kräm 1%

Kombinationspreparat

Aciklovir + hydrokortison

Xerclear Medivir, 50 mg/g + 10 mg/g

Antibiotika för oralt bruk

Amoxicillin

Amimox Meda, granulat till oral suspension
dospåsar 125 mg, granulat till oral suspension
50 mg/ml, 100 mg/ml, tabletter 375 mg, 500 mg,
750 mg

Amoxicillin Mylan Mylan, granulat till oral
suspension 50 mg/ml, kapslar 500 mg, tabletter
750 mg

Amoxicillin Sandoz Sandoz, pulver till oral
suspension 100 mg/ml, dispergerbar tabletter
500 mg, 750 mg, 1 g

Imacillin Meda, tabletter 750 mg, 1 g

Fenoximetylpenicillin (penicillin V)

Kåvepenin Meda, granulat till orala droppar
250 mg/ml, granulat till oral suspension dos-
påsar 250 mg, granulat till oral suspension
100 mg/ml, tabletter 125 mg, 250 mg, 500 mg,
800 mg, 1 g

Kåvepenin Frukt Meda, granulat till oral suspen-
sion 50 mg/ml

Tikacillin Meda, tabletter 1 g

Metronidazol

Flagyl sanofi-aventis, oral suspension 40 mg/ml,
tabletter 200 mg, 400 mg

Metronidazol Actavis Actavis, tabletter 500 mg

Medel för kariesprofilax

Natriumfluorid

Dentan Meda, muskölvätska 0,05%, 0,2%,
sugtabletter 0,25 mg, 0,75 mg

Dentan Mint Meda, muskölvätska 0,05%,
0,2%

Dentirol Fluor Smultron Dentirol, sugtabletter
0,25 mg

Dentirol Fluor Spearmint Dentirol, sugtabletter
0,25 mg

Dentirol Fluor Svartvinbär Dentirol, sugtabletter
0,25 mg, 0,75 mg

Duraphat Colgate Palmolive, tandkräm 5 mg/g,
dentalsuspension 2,26%

Fludent Banan Actavis, sugtabletter 0,25 mg

Fludent Citron Actavis, sugtabletter 0,25 mg

Fludent Hallon Actavis, sugtabletter 0,25 mg

Fludent Lakrits Actavis, sugtabletter 0,25 mg

Fludent Mint Actavis, sugtabletter 0,25 mg,
0,5 mg, 0,75 mg

Flourette Novum Meda, tuggummi 0,25 mg

Flourette Cherry Mint Meda, tuggummi 0,25 mg

Flourette Pepparmint Meda, tuggummi 0,25 mg

Natriumfluorid APL APL, dentalgel 0,2%

Top Dent Fluor Meda, dentalgel 0,42% F

Natriumfluorid kombinationer

Bifluorid 12 Meda, dentalsuspension

Natriumfluorid-klorhexidin APL APL, dentalgel
0,2% + 0,2%, 0,2% + 0,5%, tandkräm 0,2% +
0,2%

Xerodent Actavis, sugtabletter 28,6 mg/0,25 mg

Medel vid muntorrhet

Salivstimulerande medel

Amifostin

Ethylol Pinnacle, pulver till infusionsvätska
50 mg/ml

Fluorpreparat

Se Medel för kariesprofilax, ovan.

Pilokarpin

Salagen Novartis, tabletter 5 mg

Handelsvaror

Flera handelsvaror, t ex tuggummi, munspray och tabletter, finns att köpa på t ex apotek.

Saliversättningsmedel

Saliversättningsmedel med natriumfluorid APL
APL, munhålelösning 0,02%

Medel vid blödningsrisk

Tranexamsyra

Cyklokapron Meda, brystabletter 1 g, tabletter
500 mg

Cyklokapron Pfizer, injektionsvätska 100 mg/ml

Tranexamsyra APL APL, oral lösning 100 mg/ml

Tranexamsyra Orifarm Orifarm generics,
tabletter 500 mg

Tranon Recip, tabletter 500 mg

Övriga läkemedel

Natriumvätekarbonat

Natriumbikarbonat Recip Recip, tabletter 1 g

Sukralfat

Andapsin Orion Pharma, oral suspension 200 mg/
ml, oral suspension dospåse 1 g/5 ml, 2 g/10 ml, ta-
bletter 1 g

Paracetamol, acetylsalicylsyra, NSAID, tramadol, ketobemidon, morfin

Se kapitlet Smärta och smärtbehandling, s 900.

Amitriptylin och andra antidepressiva medel

Se kapitlet Förstämningssyndrom, s 1044.

Askorbinsyra

Ido-C Abigo Medical, tuggtabletter 0,5 g, 1 g

Bromhexin

Se kapitlet Luftvägsinfektioner hos barn och
vuxna, s 741.

Talidomid

Thalidomide Celgene Celgene, kapslar 50 mg
