

# Sykdommer i munnhulen – hvem gjør hva?

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Steinar Aase og medarbeidere en artikkel der de peker på at Crohns sykdom enkelte ganger kan debutere i munnhulen, spesielt hvis pasienten er en ung mann (1). Det understrekes videre at en oversett oral debut kan medføre forsinket diagnostikk og behandling av sykdommen for enkelte av disse pasientene. Det er nærliggende å spørre hvem som har ansvaret for dette – legen eller tannlegen – og hva vi eventuelt kan gjøre med det?

En rekke systemiske sykdommer og tilstander har mer eller mindre karakteristiske orale manifestasjoner og kan debutere i munnhulen. Granulomatøse forandringer i slimhinnen hos yngre pasienter, uten påviselig lokal årsak, vil normalt vekke tannlegens oppmerksomhet og resultere i en henvendelse til pasientens behandlende lege med spørsmål om videre utredning.

Vanligere er imidlertid slimhinnemani-  
festasjoner av enkelte hudlidelser (pemfi-  
goid, pemfigus, lichen planus). De orale ma-  
nifestasjonene av disse sykdommene har et  
relativt karakteristisk klinisk bilde, og en re-  
presentativ vevsprøve vil kunne bidra til at  
diagnosen kan stilles.

Andre sykdommer som kun er forbeholdt  
munnhulen (karies, periodontitt og visse  
slimhinnelidelser), er det tannlegens ansvar  
å diagnostisere og behandle.

En stadig økende informasjonsmengde er  
en tiltakende utfordring for alle grupper hel-  
searbeidere. Det medfører en økende grad av  
spesialisering og dermed fragmentering av  
fagområder og til dels uklare ansvarsfor-  
hold.

Moderne odontologi har beveget seg fra å  
være et håndverksfag til et biologisk basert  
medisinsk fagfelt tilsvarende andre medi-  
sinske kliniske spesialiteter. Dagens biolo-  
gisk/medisinsk baserte utdanning skulle  
gjøre tannlegen godt skikket til å ta et hoved-  
ansvar når det gjelder diagnostikk og be-  
handling av sykdommer i munnhulen og til  
effektivt å kunne kommunisere med både  
pasient og behandlende lege om medisinske  
problemstillinger.

Tannlegen tar opp en generell og en spe-  
siell medisinsk anamnese samt en fullstendig  
medikamentanamnese hos sine pasienter.

Den kliniske undersøkelsen begrenser seg  
til deler av hode-/halsområdet, der undersø-  
kelse av munnhulen (tenner, tannkjøtt, slim-  
hinne, tunge) er det sentrale. Dette suppleres  
med inspeksjon og palpasjon av kjeveledd,  
tyggemuskelatur, hud, spyttkjertler og lym-  
feknuter.

Det påhviler derfor tannlegen et ansvar  
for å skaffe seg oversikt over pasientens

generelle helse før behandling i munnhulen  
igangsettes. Hvis det er uklarhet med hen-  
blikk på pasientens helsetilstand, legemid-  
delstatus eller andre medisinske faktorer  
som kan influere på tannlegens behandling,  
skal behandlende lege kontaktes.

Tannleger oppfordres også til å kontakte  
pasientens behandlende lege om sine funn  
når disse har/kan ha generell medisinsk  
betydning. Mange svikter i dette, av for-  
skjellige grunner (usikkerhet, respekt, tid).

Tilsvarende oppfordres behandlende lege  
til å informere pasientens tannlege når det  
oppstår medisinske forhold som vil kunne  
komplisere tannbehandling. Det kan dreie  
seg om nyoppstått alvorlig sykdom (f.eks.  
hjerteinfarkt eller cancer), nylig gjennom-  
ført operasjon (for eksempel hjerteklaffope-  
rasjon, organtransplantasjon) og/eller ny  
medisinering (for eksempel blodfortynnede  
medikamenter, steroider eller cellegift).

Tannleger har taushetsplikt på lik linje  
med leger, og faget bør i så henseende be-  
traktes som en medisinsk spesialitet der ut-  
veksling av denne typen viktig medisinsk in-  
formasjon er en forutsetning for å kunne ivar-  
sette pasientens helse på best mulig måte.

Slik informasjonsutveksling krever nor-  
malt ikke pasientens samtykke. Samtidig ser  
mange pasienter (særlig eldre) fortsatt på  
tannlegen som en «håndverker» uten behov  
for medisinsk informasjon (2).

Informasjon og god kommunikasjon med  
pasientene om et slikt nærmere samarbeid  
mellom tannleger og leger er derfor nødven-  
dig og viktig.

Prevalensen av medisinske problemer i  
tannlegepraksis øker med økende antall eld-  
re og et stadig utvidet behandlingstilbud.

Dette er en stor utfordring og stiller store  
krav til tannlegens årvåkenhet og evne til å  
få frem korrekte opplysninger fra pasien-  
tene.

Kommunikasjonen mellom leger og tann-  
leger kan bli betydelig bedre, til beste for pa-  
sientenes helse.

En utenlandsk studie viste at én av tre  
odontologiske behandlingsplaner måtte end-  
res når lege ble konsultert (3), og det er  
ingen grunn til å tro at forholdene i Norge er  
annerledes.

Mulighetene til å få til et tettere samarbeid  
mellom leger og tannleger skulle være styrket  
i og med innføringen av «Oslo 96»,  
der odontologistudenter, ernæringsstudenter  
og medisinstudenter får fellesundervisning  
første halvannet år av studiet. Dette gir ikke  
bare en felles faglig plattform og kunnskap  
om hverandres profesjoner, men også kon-  
takter på det personlige plan som vil gjøre et  
fremtidig samarbeid lettere og mer naturlig.

Et undervisningsmessig samarbeid mel-  
lom tannleger og leger har allerede pågått i  
mange år i Bergen. Dette lover godt for det  
videre samarbeid mellom disse to profe-  
sjonene.

*Per Stanley Thrane*  
Institutt for klinisk odontologi  
Det odontologiske fakultet  
Geitmyrsveien 71  
0455 Oslo

*Per Stanley Thrane (f. 1955) er professor  
dr.med., cand.odont. og leder av studieutvalget  
ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i  
Oslo.*

## Litteratur

1. Aase S, Koppang HS, Solheim T, Kjærheim Å, Axéll T, Storhaug K, Refsum S. Crohns sykdom i munnhulen, belyst med noen kasuistikker. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2489–91.
2. McDaniel TF, Miller D, Jones R, Davis M. Assessing patient willingness to reveal health history information. J Amer Dent Assoc 1995; 126: 375–9.
3. Jaikittivong A, Yeh CK, Guest GF, Cottone JA. Evaluation of medical consultations in a predoctoral dental clinic. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995; 80: 409–13.