

Det biologiske samspillet mellom munnhule og systemsykdom stiller krav til godt samarbeid mellom leger og tannleger

Munnhulen – odontologi eller medisin?

Munnhulen er fysisk lett å undersøke. Medisinen i tidligere tider anså gransking av tunge og munnhule som et viktig redskap til å stille et vidt spekter av diagnoser.

Systematisk undersøkelse av munnhulen i dag er mer målrettet hos pasienter med symptomer fra hals og munn og ved rutineundersøkelse hos tannlegen. Mange systemiske tilstander kan gi orale manifestasjoner (1–3), og sykdommer og kroniske betennelser i munn og tenner kan være opphav til sykdommer annet sted i kroppen (4). I en innstilling fra Sosialkomiteen i 2001 (Innst. S. 194) står det at «Komiteen mener at det skille som eksisterer mellom tannhelse og øvrig helse, fremstår som kunstig, fordi sykdommer i munnhulen påvirker den allmenne helsetilstanden på linje med, og noen ganger også i større grad, enn ved annen sykdom. Følgetilstander av tannsykdommer kan for eksempel være feilernæring, vekttap, generelle infeksjonssykdommer og hjerteinfarkt.»

I samarbeid med Tannlegeforeningens Tidende publiserer Tidsskriftet i dette og i neste nummer flere artikler om tilstander i munnhulen som både leger og tannleger kan møte i klinisk praksis. Målet med artiklene er å rette søkelyset på biologiske forhold mellom sykdommer i munnhulen og i resten av kroppen. Slik kunnskap er like viktig for leger som for tannleger, og i mange tilfeller er et godt samarbeid mellom de to profesjonene av stor betydning for pasientene. Uklare ansvarsforhold gagnar ikke pasientene (5).

Tannskader utgjør ikke folkehelsemessig et stort problem, men for den enkelte pasient er det å miste en eller flere tenner en traumatisk opplevelse, slik Risheim påpeker i sin artikkel om vurdering av tannskader ved legevakt (6). Mens varige følgetilstander etter adekvat behandlet kjevebrudd er relativt sjeldent, varer tap av tenner livet ut og kan gi pasienten mange problemer, også av økonomisk art. Pasienter med tannskader kommer ofte til legevakt primært, og tidsaspektet kan være viktig for å redde skadede tenner. Primær-vakter på legevakt og skadestuer bør derfor være kjent med enkel diagnostikk og enkle behandlingstiltak ved tannskader. Videre henvisning til tannlege er nesten alltid nødvendig. Organisert tannlegevakt er imidlertid lite utbygd utenfor de store byene, og her må samarbeidet mellom tannhelsesektoren og den øvrige helsetjenesten bli bedre. I større byer har mange sykehus etter hvert fått egne seksjoner med odontologisk ekspertise.

Diagnostikk av hud- og slimhinneforandringer er ofte basert på klinisk skjønn. Det gjelder å forbinde kliniske forandringer i hud og slimhinner med tidligere kliniske erfaringer og gjerne benytte tilgjengelige atlas, Internett og nylig publiserte artikler om emnet. Immunsviktilstander, som HIV-infeksjon, kan gi karakteristiske manifestasjoner i munnhulen, slik Steinsvoll & Brokstad Herlofson omtaler i sin artikkel (1). Mange sykdommer affiserer hud og slimhinner samtidig, slik Sollesnes Holsen & Johannessen gjør grundig rede for (3), og ved mistanke om slike spesifikke hudsykdommer er det en diagnostisk svikt ikke å undersøke munnhulen. Orale forandringene blir ofte påvist og behandlet av tannlegen, mens eventuelle hudlesjoner får liten oppmerksomhet eller behandles av lege separat. Det må derfor stimuleres til bedre koordinering av så vel diagnostikk som av felles behandlingsopplegg. Denne temaserien, som publiseres samtidig i legenes og tannlegenes tidsskrifter, kan bidra til dette. Komende artikler tar for seg emner der samarbeid mellom de to profesjonene også er av stor betydning, nemlig kontaktallergi i munnhulen,

legemiddelbivirkninger i munnhulen og hvordan munnhulen påvirkes av kreftbehandling. Også kjeveleddssykdommer og ansiktssmerter, samt funksjonelle kjeveplager, som er omtalt i Tidsskriftet tidligere (7), er områder der det er behov for diskusjon mellom leger og tannleger. Mange pasienter kan få god hjelp uten å bli henvist til spesialist.

I enkelte land, blant annet Østerrike og land i Sør-Europa, er en tannlege en spesialist innen medisinen, på samme måte som en øylege eller øre-nese-hals-lege, og har dermed nære relasjoner til medisinen for øvrig. I USA og Nord-Europa ble odontologi i sin tid opprettet som et eget universitetsstudium, atskilt fra medisinen og med stor vekt på klinisk og manuell trening. Slike separate utdanningsveier har utvilsomt ført til en viss avstand mellom de to yrkesgruppene, også når det gjelder samarbeid om felles pasienter. Dagens medisin- og odontologistudenter har en del felles basalfag, mens den kliniske delen av utdanningen foregår helt atskilt. I læreplanen for odontologistudiet legges det etter hvert større vekt på teoretisk kunnskap innen medisinske fag. En sammenslåing av det medisinske og det odontologiske fakultet diskuteres ved Universitetet i Bergen, noe som kan bidra til bedre samarbeid og forståelse mellom de to yrkesgruppene.

I USA har det i flere år pågått en diskusjon om tittelen «dentist» bør byttes ut med «oral physician», ettersom tannlegen gjennom studiet opparbeider solid kunnskap om medisinske forhold i munnhulen (8). Medisinstudiet vier munnhulen relativt liten oppmerksomhet. Munnlege vil kanskje beskrive bedre hva dagens og morgendagens tannleger skal bedrive, men tannlege er en så innarbeidet tittel i befolkningen at den ikke bør forandres. Men odontologi som fag er i forandring og vil nærme seg medisinen på noen felt. Kjeve- og oralkirurgiske klinikker ved sykehusene har stor ekspertise i grenseland mellom odontologi og medisin. Et enda nærmere samarbeid mellom medisin og odontologi, både på allmennpraksis- og spesialistnivå, vil være god ressursutnyttning og komme pasientene til gode. Dette er et ansvar for både leger og tannleger.

Knut Tornes

knut.tornes@helse-bergen.no

Knut Tornes (f. 1943) er tannlege, spesialist i oral kirurgi, avdelingsleder ved Kjevekirurgisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus og professor II ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Steinsvoll S, Herlofson BB. Orale manifestasjoner ved HIV-infeksjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1218–21.
- Steinsvoll S. En 35 år gammel pasient med aggressiv periodontitt. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 613–4.
- Holsen DS, Johannessen AC. Sykdommer som affiserer hud og munnslimhinne. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1214–7.
- Moen K. Oral implications of rheumatoid arthritis. A clinical and immunological approach. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2005.
- Thrane PS. Sykdommer i munnhulen – hvem gjør hva? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2465.
- Risheim H. Vurdering av tannskader ved legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1212–3.
- Malt UF, Malt EA, Blomhoff S et al. Funksjonelle somatiske lidelser – en oversikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1379–84.
- Giddon DB. Should dentists become «oral physicians»? Yes, dentists should become «oral physicians». J Am Dent Assoc 2004; 135: 438–42.