

Tandvård, omhändertagande vid maligna hematologiska sjukdomar

Gäller för: Tandvårdscentrum

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	2
1.1	Definition.....	2
2	Behandling.....	2
3	Källa	8

1 Inledning

1.1 Definition

Patienter med malign hematologisk sjukdom drabbas i hög grad av infektioner och ulcerationer i munhålan orsakat dels av sjukdomen och dels av behandlingen. Detta förorsakar stort lidande för patienten och komplicerar den medicinska behandlingen. Därför är det av största vikt att i ett tidigt skede undersöka patienten och i möjligaste mån behandla och förebygga infektioner och ulcerationer.

De maligna hematologiska sjukdomarna utgör en heterogen grupp. Risken för komplikationer varierar beroende på sjukdomens art och på insatt medicinsk behandling. Exempel på sjukdom av lågmalign karaktär med låg risk är kronisk lymfatisk leukemi (KLL), kronisk myeloisk leukemi (KML), multipelmyelom samt Hodgkins lymfom. Sjukdomar av akut högmalign karaktär och högrisk är t.ex. akut myeloisk leukemi (AML), akut lymfatisk leukemi (ALL) och aggressiva non-Hodgkin lymfom.

2 Behandling

Medicinsk behandling

Avancerad medicinsk behandling sker efter noggrant och individuellt utarbetade protokoll, varav cytostatika kan vara en av behandlingarna.

Stamcellstransplantation används i kombination med högdoscytostatika och indelas i autolog och allogen transplantation.

Autolog transplantation innebär att patientens egna stamceller skördas, patienten behandlas med högdoscytostatika och därefter återtransplanterar man patientens egna stamceller.

Allogen transplantation innebär att patienten får ta emot stamceller från en donator efter att ha behandlats med högdoscytostatika och ibland helkroppsstrålning. Vid allogen transplantation krävs också långvarig immunosuppressiv behandling för att minska avstöttningsreaktionen.

Den insatta behandlingen påverkar immunförsvaret så att patienten blir infektionskänslig. Infektionskänsligheten bedöms utifrån antalet vita blodkroppar (LPK), särskilt de neutrofila granulocyterna.

Blödningsrisken bedöms utifrån antal trombocyter (TPK).

Patienterna bör behandlas i samråd med läkare och en individuell bedömning görs av infektionsrisk och blödningsrisk inför ev. tandbehandling.

Odontologiskt omhändertagande delas in i tre faser, före, under och efter den medicinska behandlingen.

Fas 1-före den medicinska behandlingen

Undersökning: Så snart malign hematologisk sjukdom diagnostiserats och helst innan (aggressiv) medicinsk behandling insätts bör patienten undersökas av tandläkare.

Undersökningen ska omfatta klinisk undersökning av tänder och omgivande vävnader samt helstatusröntgen och ibland också panoramaröntgen. Syftet är att diagnostisera infektionstillstånd och patologiska förändringar som kan utgöra risk vid senare sjukdomsutveckling och behandling.

Behandling: Den odontologiska behandlingen skall syfta till att eliminera och förebygga infektioner och sårbildningar. En sammanvägning måste göras av; vilken tid man har till sitt förfogande innan den medicinska behandlingen startar, patientens allmäntillstånd och det odontologiska behandlingsbehovet. Vid mycket låga värden på vita blodkroppar- speciellt de neutrofila granulocyterna kan antibiotikaproylax bli aktuell. Alla blodiga ingrepp inkl. rotbehandlingar bör utföras i samråd med behandlande läkare. Behandlingen utförs på sjukhustandvården men ev. fyllningsterapi kan ibland utföras av patientens ordinarie tandläkare om det underlättar för patienten. Vid behov kontaktas specialist.

Generellt kan konstateras att störst risk för akutisering av dentala infektionsfoci förligger vid ett parodontalt skadat bett liksom semiretinerade tänder. Det är mindre viktigt att åtgärda mindre infektionsfoci av endodontisk karaktär då dessa sällan akutiserar.

Gravt parodontalt skadade tänder som inte bedöms behandlingsbara inom rimlig tid bör extraheras. Tänder med furkationsinvolvering grad I-II liksom små

vertikala fickor kan lämnas utan åtgärd om det kliniska utseendet ter sig oinflammert. Depuration och eventuell mindre parodontal kirurgi utförs.

Tänder med nekrotisk pulpa eller periapikala processer bör behandlas. Apikalkirurgi eller extraktion kan också bli aktuell. Mindre periapikala förändringar på tidigare rotfyllda tänder med invändningsfria rotfyllningar kan lämnas- jämför med tidigare röntgen. Röntgenotäta rotfyllningar med små apikala förändringar, ska avlägsnas. Aktuella tänder rensas och tanden förses med calciumhydroxidlägg.

Partiellt retinerade tänder bör man överväga att extrahera. Helt slemhinnetäckta eller bentäckta tänder kan lämnas. Man bör vara speciellt observant på tänder som enbart är slemhinnetäckta då risk för kommunikation med munhålan ändå kan finnas. Om patienten skall behandlas med intravenösa bisfosfonater bör terapin vara än mer radikal för att undvika framtida extraktioner.

Kariesskador (speciellt stora som riskerar att orsaka smärta och pulpit inom 3-6 månader) excaveras och förses med temporära eller helst permanenta fyllningar i mån av tid.

Vassa tandkanter slipas till.

Avtagbara proteser justeras till optimal passform.

Slemhinneförändringar utreds och behandlas.

Munhygieninstruktion och information inklusive information om den kommande behandlingens inverkan på munhålan utförs av tandhygienist. Informationen bör vara både muntlig och skriftlig. Individuell kariesprofylax sätts in, i första hand Dentan lösning 0.2% 1-2 gånger dagligen.

Fas 2- under den medicinska behandlingen

Odontologisk stödbehandling under den medicinska behandlingen syftar till att hjälpa patienten att förbli infektionsfri. Detta kan bl.a. göras genom professionell tandrengöring. Normalt förnyas cellerna i munnens slemhinna med en mycket hög hastighet (dubbelt jämfört med hudens celler). Cytostatika och/eller strålbehandling bromsar denna förnyelseprocess vilket bl.a. gör den mottaglig för skador. Patienten får ofta en direkt skada och inflammation i munnens och svalgets slemhinna, så kallad oral mukositis, vilket resulterar i en tunn, känslig och sårig slemhinna. Detta kan leda till sveda och smärta samt problem med att

upprätthålla en god munhygien och svårigheter att äta. Slemhinneskadan kan variera från lätt rodnad till kraftigt inflammerad slemhinna med generell sårbildning. Mucosit graderas enligt WHO grad 0-4

Munvård:

Efter given cytostatika fram till isolering :

- + Tandborstning två gånger dagligen med extramjuk tandborste. Mild tandkräm
- + Mellanrumsborstar eller tandtråd får användas med försiktighet och van användare så att ej tandköttet sårgörs.
- + Ev. proteser rengörs två gånger dagligen.
- + Sug så ofta som möjligt på isbitar

Observera att under själva cytostatikatillförseln ska sugning på is undvikas.

Under isoleringen :

- + Tandborstning två gånger dagligen med extramjuk tandborste och mild tandkräm
- + Tandborsten byts dagligen
- + Endast tandytor ska borstas och tandköttet skall i möjligaste mån undvikas.
- + Mellanrumsborstar eller tandtråd används med stor försiktighet vid behov och bara av van användare.
- + Protesbärare bör ej använda proteserna mer än vid måltider.
- + För att mildra sveda och reducera seg saliv bör munhålan sköljas med NaCl-lösning varje timme. Vissa patienter blir mer hjälpta ifall lösningen är kyld. För att minska den stickande känslan av NaCl kan bikarbonat inblandas. Eller alternativt skölja med vatten om patienten ej vill skölja med NaCl-lösning
- + Läpparna bör smörjas regelbundet så att de ej torkar ut. Om spricka i läpparna uppstår p.g.a. torrhet, är det svårt att få dessa att läka.
- + Saliversättande / smörjande medel vid behov
- + Regelbundna kontroller av tandläkare eller tandhygienist.
- + Mucositscoring rekommenderas dagligen.

Produkter:

Mild tandkräm: Zendium, Biotene eller Salutem

Salivstimulerande/saliversättande medel: Proxident munspray,
Saliversättningsmedel APL med natriumfluorid 0,02%, Oralbalance gel, Zendium saliva gel, Xerogel, Xerodent sugtablett eller någon matolja.

Munsköljning: Vid oförmåga att borsta tänderna p.g.a. sårbildning i munhålan kan tandborstningen tillfälligt ersättas med sköljning med Hexident 1mg/ml eller Paroex 0,12%. Isoton klorhexidinlösning kan vara ett alternativ-smakar illa men svider inte.

Mot seg saliv och krustor används Bisolvon lösning 0.8 mg/ml, 5 ml för munsköljning och krustor baddas med lösningen och lossas försiktigt.

Symptomatisk behandling av smärttillstånd i slemhinna:

Xylocain viscös. Munnen sköljs med ca 10 ml under 1 -2 minuter 5 minuter före måltid, Nedsväljes ej. Max dygnsdos 60ml.

Lidocainhydroklorid 5mg/ml APL i Oral cleaner, 10 ml i 2 minuter. Kan nedsväljas vid behov. Max dygnsdos 140ml. Försiktighet så att absorberad dos via skadad slemhinna ej blir för hög.

Isterapi. Att suga på isbitar eller lägga is inlindad i tyg mot läppar och kinder vid behov-dock ej under själva cytostaikainfusionen.

Alvedon mixtur 30ml utört i 30 ml vispgrädde som fördelas i munhålan 30 min före måltid kan provas. Den lokala effekten är dock tveksam.

Vid svårare smärttillstånd ordineras smärtstillande av läkare. Bakteriella slemhinneinfektioner och tandinfektioner innebär risk för systemisk spridning och bör behandlas efter odling och resistensbestämning. Vid svamptillstånd insätts systemisk behandling med Flukonazol alternativt lokalbehandling med Nystimex oral suspension 100000 IE/ml (1-4 ml x 4 minst 4 veckor.) Behandlingen sker i samråd med läkare.

Även virala infektioner är vanliga vid cytostatikabehandling och vid misstanke om sådan bör läkare underrättas. Ofta står patienten profylaktiskt på antiviral behandling men genombrott är ändå inte ovanligt eftersom behandlingen utgörs av profylaxdos och ej behandlingsdos.

Fas 3-efter medicinsk behandling

Uppföljning av patienten. Patienten kontrolleras efter behandling med avseende på infektioner och symptom från munnen.

En tid efter cytostatikabehandlingen kan patienten besväras av muntorrhet, detta tillsammans med ändrade vanor i samband med sjukdom kan innebära en ökad kariesrisk och man bör fortsätta med fluorbehandling. Förstahandsvalet är Dentan lösning 0.2%, 1-2 ggr dagligen, men annan karies förebyggande behandling kan bli aktuell på individuell indikation.

GVHD- reaktion (Graft-Versus-Host Disease) är ett problem i samband med allogena transplantationer. Kliniskt ser man i munhålan lichenliknande förändringar. GVHD behandlas med immunhämmande läkemedel och patienten blir därmed ökat infektionskänslig. Dessutom föreligger en ökad risk för såväl muntorrhet, parodontal sjukdom, karies och sekundära maligniseringar i munslemhinnan. Ökad observans på ev. parodontal sjukdom, karies och oral slemhinna är viktigt. En god munhygien är väsentlig för att dämpa subjektiva besvär av GVHD. Som lokal behandling av munslemhinneförändringar insättes i första hand Klobetasolpropionat 0,025% ev. i kombination med Nystimex eller liknande antifungal behandling. Samråd med läkare

Den allogena transplantationen kräver långvarig immunhämmande behandling.

När patienten inte längre bedöms infektionskänslig och symptomen från munhålan avklingat kan patienten fortsätta sin behandling hos ordinarie tandläkare. Se faktablad med information till allmäntandläkare/tandhygienist.

Ekonomi

Under förutsättning att läkare skriver remiss med önskemål om infektionssanering inför behandling med cytostatika får patienten saneras inför och kontrolleras under behandlingen till hälso- och sjukvårdsavgift. Detta gäller även för behandling av uppkomna slemhinneskador under behandling. Permanenta protetiska konstruktioner ingår inte.

3 Källa

Vårdprogram 2007, Munvård, Medicinska aspekter, omvårdnad och rehabilitering.
Stockholm-Gotlandregionen Onkologiskt centrum Stockholm - Gotland
Munvårdsprogram enl. Karin Garming-Legert Bitr. ötdl. Med. dr. Karolinska
universitetssjukhuset.

www.internetmedicin.se

www.1177.se

Tandvårdens läkemedel 2016-2017

**Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela
faktaägare**