

Riskgruppering inom
tandvården för barn och unga

Region Örebro län

Riskgruppering

Faktorer som underlag till riskbedömning

Barn och unga ska regelbundet erbjudas kontroll av sin tand- och munhälsa. Hur långa undersökningsintervallen ska vara är beroende av både aktuellt munhälsotillstånd och den förväntade utvecklingen av tand- och munhälsan.

För att göra en prognos av patientens tand- och munhälsotillstånd i framtiden och därmed beräkna när nästa undersökning bör ske, måste en bedömning och värdering av de risker som finns göras.

Riskbedömningen utgör också ett viktigt underlag för den enskilda patientens terapiplan.

Det finns ett stort antal faktorer som kan användas som underlag för en bedömning av risken att i framtiden få ny eller fortsatt utveckling av tandsjukdomar eller bettutvecklingsstörningar.

Några av dessa är:

- sociala förhållanden; beteenden
- tidigare karieserfarenhet
- kostvanor
- munhygien; buccal plackförekomst
- bakteriologisk miljö i munhålan
- salivfaktorer
- tand- och bettutvecklingsstatus
- medicinska förhållanden.

Dessa faktorer har olika stor betydelse beroende på om de används för att bedöma risk för sjukdomsutveckling hos en grupp individer eller en enskilda person. Personens ålder samt vilken tand och tandyta som ska bedömas har också betydelse.

Olika försök att kombinera riskfaktorer har gjorts och görs i syfte att få ett så bra bedömningsunderlag som möjligt. Men det finns ingen metod som är bättre än en erfaren tandläkares bedömning, grundat på anamnes- och statusuppgifter.

Nedan kommenteras ett antal faktorer av betydelse för att kunna göra en riskbedömning vad gäller utvecklingen av sjukdomarna karies och parodontit.

Tobaksbruk

Såväl rökning som användning av snus ger på sikt slemhinneförändringar.

Rökning är en mycket betydelsefull faktor för utveckling av parodontit.

Allmänsjukdomar

Vanligt förekommande är barn med astmatiska sjukdomar, allergier och så kallade "öronbarn".

Olämpliga kostvanor och mediciner innebär en ökad risk.

I övrigt: Se även barntandvårdsprogrammet bilaga, "Medicinska riskfaktorer".

- Föräldrarnas utbildningsnivå har en koppling till kariesrisk beroende på brister i kunskap och beteenden.
- Om barnet vistas i hemmet kan kariesrisken vara högre än för barn som vistas i professionell barntillsyn. Detta kan bero på att man i den professionella barntillsynen vanligtvis har bättre kontroll på småätandet.
- Närvaro av mor- och farföräldrar dagligen i hemmet medför ökad risk.
- En ökad kariesrisk föreligger hos barn som vårdas av endast en förälder.
- Mödrar med egen hög kariesaktivitet kan via saliv överföra sina bakteriestammar av *Streptococcus mutans* till det späda barnet, genom exempelvis rengöring av napp via sin egen mun eller avsmakning av mat med barnets sked.
- Barn till missbrukande föräldrar och barn/ungdomar som själva är missbrukare löper ökad risk att få karies.
- Barn till föräldrar med invandrarbakgrund kan löpa en högre kariesrisk. Detta delvis beroende på familjernas ovana vid det rika utbudet av sockerhaltiga produkter i kombination med låg kunskapsnivå hos föräldrarna. Språkbrister hos föräldrarna gör dem benägna att välja varor efter bilder på förpackningarna. Bristande kunskaper om munhygien och fluor är vanligt i många invandrargrupper.

Munhygien; buccal plackförekomst

Barn i åldern 1-2 år med plack buccalt i överkäksfronten löper stor risk att utveckla karies. Plack buccalt och lingualt innebär ökad sjukdomsrisk.

Barn klarar inte att borsta rent på egen hand innan de kommit upp i 10-årsåldern.

Föräldrar kan inte eller "hinner inte" lära barn korrekt tandborstteknik.

Tidigare tandvård

Om tidigare tandvård utförts på flera approximalytor ökar risken för nya angrepp på friska granntänder 2 till 3 gånger.

Som riskbarn kan man betrakta de barn som har karies före tre års ålder, samt 12-åringen med mer än ett approximant kariesangrepp.

Bakteriologisk miljö i munhålan

En utpräglad sur miljö i munhålan utgör en indikation på att ökad kariesrisk föreligger. Den sura miljön kan vara resultatet av att det finns stora retentionsplatser för syraproducerande bakterier. Graden av sur miljö är också beroende av munhygien och mängden bakteriebeläggningar som tillåts bildas på tandytan. Av betydelse är också kosten både vad det gäller intaget av så kallade förjäsbara kolhydrater för bakterier och frekvensen av såna intag. Sammansättningen av plack, de olika bakterier det innehåller, varierar också beroende av ålder på placket och olika kostfaktorer.

För att testa generella surhetsgraden i munmiljön används ett så kallat lactobacilltest av saliv där förekomsten av antalet lactobaciller per milliliter saliv beräknas. Metoden benämns

Dipslide-metoden, DentoCult LB. Bristande buffringsförmåga hos saliven medför ökad risk. Ett annat sätt är att testa salivens buffrande förmåga genom mätning på stimulerad saliv med hjälp av Dentobuff.

Bakteriesammansättningen i plack kan testas genom att via saliv beräkna mängden S. mutans per milliliter saliv.

Utöver detta kan ett rent plackprov tas. En viss mängd plack mäts upp i en så kallad "Krasse-sked" varefter mängden S. mutans i procent av totalantalet plackbakterier beräknas.

Bakteriologisk provtagning bör ses som ett komplement i speciella fall.

Salivegenskaper

Låg sekretionshastighet och brist på tuggstimulerad saliv är aggraverande faktorer för kariesutveckling.

Salivundersökning kan inte anses ingå som standard vid undersökning av barn och ungdomar utan bör också ses som ett komplement i speciella fall.

Lokala munförhållanden

Munandning är mestadels förknippat med bettförhållanden som öppet bett, uttalat postnormalt bett och smal överkäke. Andningsmönstret leder ofta till uttorkning av slemhinnor och ökad risk för gingivit och parodontit.

Grava trångställningar ökar risken för karies och parodontit.

Riskåldrar

Under de första åren efter tandens eruption är risken störst att utveckla karies.

Vad det gäller primära bettet är risken att få karies störst i åldrarna 2-5 år

I det permanenta bettet är risken att utveckla karies störst i åldrarna 6-8 år och 12-13 år.

Risktänder och riskytor för att utveckla karies

- Primära bettet: Första och andra molaren i både över- och underkäke, särskilt första molaren distalt och andra molaren ocklusalt och mesialt.
- Permanenta bettet: 6:or och 5:or, i viss mån även 7:or, särskilt då 6:or ocklusalt och mesialt, 5:or distalt i överkäken och 7:or ocklusalt och mesialt, särskilt då i underkäken.

Faktorer som påverkar kariesangreppets progressionshastighet är

- personens ålder
- kariesaktivitet
- aktuell tandyta
- granntandytans status
- generell och lokal mineraliseringsgrad i emaljen (jmf mineraliseringsstörningar).

I det primära bettet tar det i genomsnitt två till tre år att utveckla en påbörjad emaljskada till ett tydligt angrepp in i dentinet.

I det permanenta bettet tar det två till sex år. 5:an i överkäken är den tand som snabbast utvecklar ett sådant kariesangrepp.

För barn i åldrarna 6-12 år tar det i genomsnitt fyra år att utveckla ett sådant approximant dentinkariesangrepp, medan det i åldrarna 16-23 år tar i genomsnitt cirka åtta år.

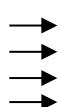
Trauma

En parodontal traumaskada kan medföra ökad kariesrisk på tandens rotyta.

Riskgrupperingens användningsområden

Faktorer som påverkar respektive grupp:

Beteende/attityd
Socialt/kulturellt
Medicinskt
Odontologiskt



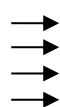
Sjukdomsgrupp:

KARIES

Risk-grupp

Behandling

Beteende/attityd
Munhygien
Medicinskt
Odontologiskt/lokala



PAROD

Risk-grupp

Behandling

REVISIONS-INTERVALL

Miljö
Arv



BETT

Risk-grupp

Behandling

Förklaring till figuren ovan

Längst till vänster finns de generella faktorer som påverkar respektive grupp. Varje grupp bildar underlag för eventuell behandling, men utgör också i kombination med de övriga, en del av beslutsunderlaget för fastställande av revisionstidens längd.

När revisionstiden ska beslutas sker en sammanvägning av patientens risk för att utveckla sjukdom med risken för behov av ortodontisk behandling. Speciell hänsyn måste tas till kontrollbehovet av patientens bettutveckling i de olika dentala åldrarna. Detta för att rätt ortodontisk behandling ska kunna sättas in i rätt tid vilket optimerar resursanvändningen. Se även www.internetodontologi.se

Riskgrupperingssystemet

Alla riskgrupperingssystem är att betrakta som guidelines, och inte som ett "automatiskt" statistiskt regelverk. Det yttersta ställningstagandet ska alltid baseras på en tandläkares totalbedömning av patienten.

Fastställande av revisionstid

Olika riskgruppskombinationer ska fungera som stöd för beslutet om nästa revisionsundersökning. Det är dock alltid en tandläkare som gör en helhetsbedömning, tar det slutliga beslutet och signerar detta i journalen.

Referenser:

Aronsson K, Byrsjö J, Aldin C. **Fördjupad analys av tandhälsan hos barn och ungdomar i Östergötland.** Rapport från Folkhälsovetenskapligt Centrum Linköping. Nov 2000

Forsling J-O, Halling A, Lundin S-Å, Paulander J, Svensson B, Unell L, Wendt LK. **Proximal caries prevalence in 19-year-olds living in Sweden.—A radiographic study in four counties.** Swed Dent J 1999

Holst A, Martensson I, Laurin M. **Identification of caries risk children and prevention of caries in pre-school children.** Swed Dent J 1997

Hallonsten AL, Wendt LK, Mejare I, Birkhed D, Hakansson C, Lindvall AM, Edvardsson S, Koch G. **Dental caries and prolonged breast-feeding in 18-month-old Swedish children.**- Int J Paediatr Dent 1995 sept

Kuroł J, Thilander B, Zachrisson B, Linder-Aronson S. **Treatment of dento-alveolar and skeletal anomalies.** Introduction to Ortodontics 1995.

Mejåre I, Källestål C, Stenlund H, Johansson H. **Caries Development from 11 to 22 Years of age: A prospective Radiographic Study.** Caries Res 1998.

Mejåre I, Källestål C, Stenlund H. **Incidence and Progression of Approximal Caries from 11 to 22 Years of age in Sweden:** A prospective Radiographic Study. Caries Res 1999

Mejare I, Stenlund H. **Caries rates for the mesial surface of the first permanent molar and the distal surface of the second primary molar from 6 to 12 years of age in Sweden.** Caries Res. 2000

Mejare I, Stenlund H, Julihn A, Larsson I, Permert L. **Influence of approximal caries in primary molars on caries rate for the mesial surface of the first permanent molar in swedish children from 6 to 12 years of age.** Caries Res 2001

Wendt LK. **On oral health in infants and toddlers.** Thesis, Göteborg University 1995

Wendt LK, Birkhed D. **Dietary habits related to caries development and immigrant status in infants and toddlers living in Sweden.** Acta odontolo Scand 1995 Dec

Wendt LK, Hallonsten AL, Koch G. **Oral health in pre-school children living in Sweden. Part III—A longitudinal study. Risk analyses based on caries prevalence at 3 years of age and immigrant status.** Swed Dent J 1999

Wendt LK, Svedin CG, Hallonsten AL, Larsson IB. **Infants and toddlers with caries. Mental health, family interaction, and life events in infants and toddlers with caries.** Swed Dent J 1995