

Orala problem vid narkotikamissbruk – en fallbeskrivning

Margareta K Borgström, Ingrid Tegnér-Larsson och Ulla Månsson

■ ■ ■ Påträffas ungdomar med en oförklarligt hög kariesaktivitet bör tankarna leda till ett eventuellt drogmissbruk – som i denna fallbeskrivning amfetamin. Denna typ av missbruk leder till behov av snabba energikickar, vilket uppnås genom ett frekvent sackarosintag. Salivsekretionen reduceras kraftigt och munhygien blir ofta eftersatt. Dessa negativa faktorer resulterar i en extremt hög kariesaktivitet med typiska buckala angrepp och uttalad gingival/parodontal sjukdom.

Nyckelord: missbruk, karies, tonåring

Författare

Margareta K Borgström, övertandläkare, odont lic. Specialistkliniken för pedodonti, Folk tandvården Skåne och avdelningen för barntandvård, Tandvårdshögskolan, Malmö Högskola, Malmö.

Ingrid Tegnér-Larsson, tandsköterska, och **Ulla Månsson**, övertandläkare. Specialistkliniken för pedodonti, Folk tandvården Skåne, Malmö.

De flesta ungdomar i Sverige som fått såväl terapeutiska som profylaktiska insatser inom den organiserade barn- och ungdomstandvården uppvisar idag ett mycket gott tandstatus, till stor del också till följd av den tilläggseffekt som fluortillskottet i de flesta kommersiella tandkrämer givit. En kontinuerlig information om god munhygien och lämpliga kostvanor ges till dessa individer redan i förskolorna, därefter regelbundet vid årliga besök på tandklinikerna. När man möter en patient med mycket hög kariesaktivitet är det därför av yttersta vikt att anamnesen penetreras noggrant både vad gäller den medicinska och den sociala bakgrunden. En oförklarligt hög kariesaktivitet bör leda till misstanke om att någon form av missbruk och/eller sociala problem kan ligga bakom [1]. Missbruk, i vilken form det än är, innebär en förändrad livsstil och därmed ökad risk för sjukdom eftersom ofta varken levnadsvanor eller munhygien prioriteras särskilt högt i dessa fall [2, 3].

Drogmissbruket ökar i samhället och rekryteringen till missbruk tycks drabba allt yngre, vilket innebär att personal inom barn- och ungdomstandvården i allt större utsträckning kommer i kontakt med dessa patienter. Det spekuleras i medicinska eller psykologiska förklaringsmodeller om bakgrunden till att ett drogmissbruk inleds. Det enda helt entydiga sambandet tycks vara rökning [4]. De flesta intravenösa missbrukare använder sig av amfetamin följt av heroin, men merparten har ett blandmissbruk med en huvuddrog kombinerad med exempelvis cannabis, sedativa och/eller alkohol [4].

Amfetamin, som tillhör gruppen centralstimulantia, leder till en frisättning av katekolaminer i det centrala nervsystemet. Detta medför en förhöjd vakenhet med bland annat ökad tankeverksamhet och prestationsförmåga till följd av att det sympatiska nervsystemet aktiveras. Kroppen försätts i alarmberedskap och man får hypertoni, takykardi och hypertermi medan blodflödet minskar till andra organ som salivkörtlar, vilket resulterar i nedsatt salivsekretion. Den extrema muntorrheten med en påtagligt seg saliv ger ofta ett begär efter snabba syrliga kolhydrater dels för att motverka muntorrheten, dels för att öka energiintaget. Den ökade prestationsförmågan ger en förhöjd motorisk aktivitet och ofta ses även bruxism hos dessa individer [3, 5].

Ett preparat inom amfetamingruppen är *ecstasy* eller MDMA (3,4-metylen-dioxy-metamfetamin), som används bland annat på så kallade ravepartyn. Detta ämne frisätter serotonin, en signalsubstans i hjärnan. Akut kan det leda till utveckling av hypertermi samt intorkning, och dödsfall har inträffat. En vanlig biverkan till behandling med

serotoninhöjande preparat är muntorrhet, och även bland ecstasymissbrukare har man funnit tandpressning i högre grad på grund av ökad muskelaktivitet [6]. *Kokain* är ytterligare ett starkt beroendeframkallande, centralstimulerande preparat med effekt på dopamin-, noradrenalin- och serotoninreceptorerna. Biverkningarna är i princip desamma som vid amfetaminmissbruk.

Opiater innehåller ämnen som framställs ur opievallmo och heroin är det dominerande missbruksmedlet. Användningsområdet är främst smärtlindring via opiatreceptorer i hjärnan. Normalt regleras dessa receptorer av endorfiner, men vid heroinmissbruk skadas kroppens egna endorfinsystem med låg smärttolerans som följd [4]. Hos heroinmissbrukarna förekommer både en ökning av karies och parodontal sjukdom beroende på flera olika faktorer, såsom avsaknad av munhygien, nutritionsstörning och ett intensivt begär efter sötsaker. Den smärtlindrande effekten av heroinet gör också att missbrukarna inte söker hjälp trots att de kan ha stora kariesangrepp eller akut nekrotiserande gingivit [3, 5, 7]. En vanlig biverkan vid behandling med opiaterna är förstoppning och urinretention beroende på en ökad tonus i den glatta muskulaturen i mag-tarmkanalen och därmed förlängsammad aktivitet och låg salivsekretion [7].

Det vanligaste berusningsmedlet efter alkohol är *cannabis*. En av beredningsformerna är hasch, vilket är det narkotiska preparat som flest ungdomar kommer i kontakt med. En annan form är marijuana. Båda dessa former utvinns ur cannabisörten och det vanligaste är att de röks i handrullade cigaretter eller pipa. Vid rökning av cannabis kommer verkningarna efter någon minut och en maximal koncentration fås inom 10–30 minuter. Rusupplevelsen är över efter 2–3 timmar. Under ruset fås en ökad hjärtklappning och salivsekretionen minskar. Ett extremt sug efter sötsaker uppstår och detta i kombination med en knasterorr munhåla resulterar i uttalade kariesskador.

Den typiska kariesbilden är omfattande buckalaangrepp och beläggningarna längs gingivalranden har en brun-grönskimrande färgton [3]. Den stora plackansamlingen leder också till parodontal sjukdom och inte sällan kan akut nekrotiserande gingivit vara ytterligare en komplikation beroende på psykologisk stress hos missbrukaren [7, 8].

Fallbeskrivning

Anamnes

En 16-årig pojke remitterades till specialistkliniken för pedodonti i Malmö på grund av uttalad tandvårdsrädsla. Han hade gått regelbundet till tandläkare och hade alltid haft en låg kariesaktivi-

tet. Vid detta tandläkarbesök visade dock några tänder kariesangrepp som föranledde konserverande behandling. Vid anamnesupptagningen framkom att pojkens familj varit med om ett tragiskt dödsfall av en nära anhörig. Pojken gick på inskolning på kliniken och behandling försöktes först med hjälp av lustgassedering. Detta fungerade inte då patienten upplevde lustgasen negativt eftersom han "tappade kontrollen". Till slut fick han tand-

vård utförd i narkos. Han fortsatte på tandkliniken under en längre tid för stödbehandling med munhygienkontroll och profylaxbehandling. Vi var nöjda med kooperationen och avslutade pojkens behandling vid kliniken. Två år senare återkom han med en ny remiss från en privat tandläkare med önskan om sanering i narkos. Pojken hade själv sökt upp tandläkare på grund av uttalade besvär från tänderna, speciellt när han skulle äta med bestick och metallen nuddade tandytorna.



Figur 1. Artonårig tandvårdsräd pojke med drogmissbruk remitterad till specialistklinik för pedodonti på grund av omfattande kariesskador: a) frontalbild b) sidobild.



Figur 2. Samma patient 4 månader senare, efter klorhexidin-fluorbehandling och tandsanering i narkos samt missbruksterapi.

Status

Vi mötte en prydlig, ytterst välvårdad yngling med kläder och frisyr enligt dagens mode. Tänder och tandkött rikligt täckta av plack. Gingivan var lättblödande, ilsket rödaktig utan nekrotiserande papiller. Placket, som lätt kunde skrapas av tandytorna, sträckte sig upp buckalt på slemhinnan på vänster sida, vilket kunde tyda på att patienten inte tuggade på den sidan. På premolarer och molarer syntes längs gingivalranden buckala och linguala månformade kariesangrepp, till och med kusptopparna på hörntänderna var kariesade (fig 1). Kariesbilden och munhygien var alarmerande och detta föranledde en noggrann penetrering av anamnesen. Vid en direkt fråga svarade patienten att han hade ett narkotikamissbruk bakom sig med hasch och amfetamin.

Behandlingsplan

Den första åtgärden var att koppla in sociala förvaltningen för att, om möjligt, försöka få patienten fri från sitt narkotikamissbruk. Samtidigt gällde det att få stopp på den pågående kariesaktiviteten samt att få munhygien under kontroll.

Eftersom tänderna inte kunde beröras på grund av smärtan fick patienten en tandborste typ "special care" (TePe munhygienprodukter) och klorhexidinlösning 0,2 % för tandborstning samt natriumfluoridlösning 2 % för sköljning 2 gånger dagligen. Sockerrestriktion rekommenderades, eventuellt godisintag skulle följas av munsköljning med natriumfluoridlösningen.

Patienten kom på täta kontroller till kliniken. Relativt snart skedde en klar förbättring av de gingivala förhållandena och man kunde försiktigt putsa tänderna med gummikopp och pasta. Salivprov visade god sekretion och buffring, låga laktobacilltal men mycket höga värden för mutansstreptokocker.

Mjukplastskenor planerades för behandling med klorhexidin-natriumfluoridgel, 3 x 5 minuter i varje kåke under 2 på varandra följande dagar på tandkliniken, därefter natriumfluoridgel i mjukplastskenorna för hemmabruk under 2 veckor. I detta fall kunde vi emellertid inte ta avtryck för mjukplastskenor före kariessaneringen eftersom patientens smärttröskel var låg och han inte tole-

rerade avtryckstagning. Därför utfördes först tandbehandlingen i narkos och först därefter behandlingen med klorhexidin-natriumfluoridgel.

Kariesangreppen var inte så mjuka och djupa som man kunde väntat sig när man först såg den kliniska bilden. Till fyllnadsmaterial valdes mellan amalgam, komposit och kompomer; kompomer-materialen användes till de buckala och linguala kaviteterna (eftersom de var smidigare att arbeta med) och kompositerna valdes till övriga angrepp. Amalgam hade planerats som fyllnadsmaterial i molarerna, men på grund av de stora substansförlusterna i framför allt andra molarerna valde vi att extrahera dessa tänder i stället. Under behandlingen, som tog 6 timmar, kunde blodflödet inte stillas helt trots suturering och gelfoam i extraktionsalveolerna. Dagen efter meddelade patienten att han mätte bra, men då det fortfarande sipprade blod fick han recept på cyklokapron utskrivet (fig 2).

Diskussion

Hade vi kunnat förhindra denna kariesutveckling om vi inte efter första behandlingsomgången ”klarskrivit” patienten? Vid första behandlingstillfället fick vi information om att han varit med om ett stort psykiskt trauma. En pojke i 16-årsåldern, en mycket känslig ålder, kan lätt påverkas av yttre negativa faktorer. Ett sätt att fly undan problemen var för denna pojke att gå in i ett narkotikamissbruk; han började röka hasch. Detta är dock ingen typisk väg in i narkotikamissbruk. Vanligare är att man testar droger av nyfikenhet och för att roa sig.

Cannabisberusning kan utlösa ångestattacker av varierande styrka, man kan få vanföreställningar och perioder av förvirring. Detta kan leda in missbrukaren på andra typer av narkotika, psykiska sjukdomar eller sociala problem [9]. Det vanligaste skälet att gå från cannabis till amfetaminmissbruk är emellertid att man vill testa en ny drogeffekt som man hört ska vara bättre. I detta fall hade pojken kombinerat haschrökning med amfetamin, vilket han ”spetsat” sin öl med.

Missbruk resulterar i en muntorrhet med sänkt blodsockerhalt, vilket leder till ett frekvent intag av sockerhaltiga produkter [1]. Amfetaminet ger en seg och klistrig saliv, dessutom ger amfetaminmissbruket ett sug efter sura/syrliga karameller. Amfetaminet i sig är bedövande och trots omfattande kariesskador upplevs inte tandvärken som besvärande. Hjälp efterfrågas inte förrän under drogfria perioder.

Vår patient, som varit tvångsintagen på ungdomsvårdsskola, var nu enligt uppgift drogfri. Han sökte själv privattandläkare för uttalade besvär från tänderna, framför allt vid måltider. Kariesangreppens lokalisering var, som man kan för-

vänta sig vid narkotikamissbruk, framför allt lokaliserade till de buckala ytorna, men även på kusp-toppar och incisala skär. Detta var sannolikt dentinkaries till följd av blottlagda dentinytor efter bruxism i samband med rusupplevelsorna [2]. Tandborstning är då omöjlig och som en följd av detta var pojkens gingivalstatus kraftigt försämrat.

Redan efter en veckas behandling på specialistklinikern märkte patienten en successiv förbättring och det blev möjligt att professionellt putsa tänderna försiktigt med gummikopp och pasta. Patienten kom till kliniken en gång per vecka och vår målsättning var att återskapa frisk gingiva för att därigenom underlätta fyllningsterapin vid saneringen i narkos. Att patienten följde rekommendationen i form av tandborstning med klorhexidinlösning kunde bland annat ses på den missfärgning som uppstod på tungan. Behandling med klorhexidin-fluorgel i mjukplastskenor hade varit önskvärd initialt men kunde på grund av smärta vid avtryckstagning ej komma i fråga. Ett av behandlingsproblemen hos missbrukare är att de är extremt smärtekänsliga och har låg stresstålighet [2]. Vi valde därför att i stället gå varsamt fram och utförde gelbehandlingen efter avslutad kariessanering.

Patienter som nyligen blivit kvitt sitt narkotikamissbruk är ofta ytterst försiktiga, rädda och misstänksamma, och därför är det viktigt med professionellt omhändertagande [2]. Pojken går kvar regelbundet på specialistklinikern för stöd-behandling, inklusive behandling med klorhexidinlösning. Han sköljer med natriumfluoridlösning hemma och har fått stränga kostrestriktioner samt läskedrycksförbud. Just nu är han mycket motiverad att följa givna rekommendationer. Prognosen får ändå anses vara tveksam eftersom det stora antalet tandlagningar kan försvåra optimal munhygien.

English summary

Oral problems in connection with drug abuse

Margareta K Borgström, Ingrid Tegnér-Larsson, Ulla Månsson

Tandläkartidningen 2000; 92 (15): 40–4

When coming in contact with youngsters with an unexplained high caries activity the possibility of drug addiction should be considered. Many young people today come in contact with hashish and this could lead to abuse of other drugs, for example amphetamine. People who use this kind of drug need energy fast and the easiest way to achieve this is by eating sugar frequently. The salivary secretion is also reduced and oral hygiene neglected. These negative factors will lead to an extremely

high caries activity with typical buccal cavities and periodontal disease.

Key words: addiction, caries, teenager

Referenser

1. Sheedy JJ. Methadone and caries: case reports. *Aust Dent J* 1996; 41 (6): 367–9.
2. Sainsbury D. Drug addiction and dental care. *New Zealand Dent J* 1999; 95: 58–61.
3. Rees TD. Oral effects of drug abuse. *Oral Biology and Medicine* 1992; 3 (3): 163–84.
4. Blix O. Narkotikaberoende. Läkemedelsboken 97/98. Stockholm: Apoteksbolaget, 1998.
5. Fazzi M, Vescovi P, Savi A, Manfredi M, Peracchia M. The effects of drugs on the oral cavity. *Minerva Stomatol* 1999; 48 (10): 485–92.
6. Milosevic A, Agrawal N, Redfearn P, Mair L. The occurrence of toothwear in users of Ecstasy (3,4-methylenedioxymethamphetamine). *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27 (4): 283–7.
7. Carter EF. Dental implications of narcotic addiction. *Aust Dent J* 1978; 23 (4): 308–10.
8. Pallasch TJ, Joseph CE. Oral manifestation of drug abuse: short communication. *J Psychoactive Drugs* 1987; 19 (4): 375–7.
9. Ramström J. Skador av hasch och marijuana. En genomgång av vetenskapliga studier av skadepanoramat hos cannabis. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997:16. ISBN 91-7201-196-3.

Adress: Margareta Borgström, Specialistkliniken för pedodonti, Bangatan 18, 214 56 Malmö.
E-post: margareta.borgstrom@skane.se