

Orala problem vid Parkinsons sjukdom

**Domna P Giannoglou, Maria Modig, Gunilla Nordenram
och Helena Sunvisson**

■ ■ ■ Parkinsons sjukdom uppstår på grund av brist i hjärnan på signalsubstansen dopamin och leder till rörelsehämning (hypokinesi), muskelstelhet (rigiditet) och skakningar (tremor). Handikappen gör det svårt för patienten att borsta tänderna. Vissa mediciner i parkinsonbehandlingen ger upphov till muntorrhet och sväljningssvårigheter och munsveda rapporteras ofta. Efter- som det föreligger ökad risk för karies och munslemhinneinfektioner behöver den parkinsonsjuke god förebyggande tandvård och en tandbehandling som är anpassad till sjukdomens olika funktionsbegränsningar. Tandläkare bör ingå i det behandlingsteam som planerar och ombesörjer vården för patienter med Parkinsons sjukdom.

Nyckelord: Parkinsons sjukdom, tandvård vid kronisk sjukdom, muntorrhet

Författare

Domna Pliatsika Giannoglou, distriktstandläkare. Folk tandvården Bäckby, Västerås.

Maria Modig, sjukhustandläkare. Sjukhustandvården Adelsö, Västerås.

Gunilla Nordenram, med dr, universitetslektor. Odontologiska institutionen, Karolinska institutet, Huddinge.

Helena Sunvisson, leg sjuksköterska, doktorand. Institutionen för klinisk neurovetenskap och äldrevårdsforskning, Karolinska institutet, Huddinge.

Parkinsons sjukdom drabbar oftast människor mellan 55 och 60 år [1] och män något oftare än kvinnor i förhållandet 6:4. I 10 procent av fallen sker sjukdomsdebuten före 40-årsåldern, i 20 procent mellan 40 och 49 år, i 40 procent mellan 50 och 59 år, i 20 procent mellan 60 och 69 år och i resterande 10 procent av fallen är den drabbade över 70 år. Detta innebär att personer med Parkinsons sjukdom kan leva många år med sin sjukdom, vilket gör det angeläget med tidig planering och uppföljning av förebyggande åtgärder.

Många artiklar beskriver de symtom relaterade till munhålan som parkinsonpatienter drabbas av, såsom muntorrhet, munsveda [2], dregling [1], problem att svälja [3] samt svårigheter att sköta den egna munhygien [4]. Mera sällan diskuteras den tandvårdande behandlingen.

Diagnostik och behandling av grundsjukdomen

Patienter med Parkinsons sjukdom har brist på signalsubstansen dopamin i hjärnan beroende på en degeneration av cellerna i substantia nigra där dopamin bildas. Varför dessa celler drabbas har ännu ej kunnat förklaras. Sjukdomen börjar i hälften av fallen unilateralt med tremor lokaliserad till armen och handen [5].

År 1817 beskrev James Parkinson sjukdomen som fått hans namn och redogjorde för de tre grundsymtom som ännu idag karakteriserar sjukdomen – rytmiska skakningar (tremor), muskelstelhet (rigiditet) och rörelsehämning (hypokinesi) [6]. Diagnosen Parkinsons sjukdom baseras idag på följande kriterier: förekomst av minst två av de symtom som Parkinsons sjukdom omfattar, dvs hypokinesi och rigiditet och/eller tremor. En förutsättning är att symtomen ej uppkommit som läkemedelsbiverkan eller genom ospecifik hjärnskada eller annat neurologiskt sjukdomstillstånd [5].

Den störda kinetiken yttrar sig som förändringar i gångmönster, handmotorik, ögonmuskulatur, talförmåga och förhöjd muskeltonus med mimikstelhet, röstsvaghet och inskränkt rörelseförmåga. Tremorn är en långsam vilotremor som kan reduceras eller försvinna tillfälligt vid en viljemässig rörelse. Andra symtom vid Parkinsons sjukdom är försämrad balans och förändrad kroppshållning. Svårbeskrivna smärtor i armar och ben är vanliga; cirka hälften av alla patienter drabbas. Psykiska symtom, som depression och ångest, förekommer och risken för att patienter skall utveckla demenssjukdom ökar, framför allt vid sen sjukdomsdebut. Parkinsonpatienter som har haft sin sjukdom en längre tid upplever ofta kognitiva svårigheter. Den svårt sjuke parkinsonpatienten kan te sig som

om han/hon vore dement på grund av mental tröghet och långsamma rörelser [1].

Parkinsons sjukdom kan ej botas, men sjukdomen kan lindras med mediciner som skall ersätta det dopamin som patienten saknar. Läkemedlet levodopa (L-dopa) är ett förstadium till dopamin (omvandlas genom dekarboxylering till dopamin). Andra läkemedel stimulerar den postsynaptiska nervändan (dopaminagonisten) eller blockerar nedbrytningen av dopamin. Numera ges antikolinergika endast i speciella undantagsfall. En lista på några mediciner som används vid behandling av parkinsonpatienter anges i tabell 1.

En försvårande omständighet i diagnostiken är de så kallade Parkinsonian pains, som är vanligare än man förr trodde. Ibland är smärtorna debut-symtomet och de för sjukdomen typiska symtomen kan komma först efter något år. Det är då svårt att ställa diagnosen Parkinsons sjukdom.

Orala problem

Dregling är vanligt, framför allt i den senare delen av sjukdomen [1]. Dreglingen beror oftast på en nedsatt sväljningsfrekvens av saliv och kan leda till problem med munvinkelragader.

Många parkinsonpatienter har problem med att svälja beroende på hyposalivation [7] och/eller på försämrad koordination av halsens muskler samt försvagade och förlängsammade reflexer i svalg och struphuvud [1]. Patienterna får efterhand svårt att utföra snabba repetitiva rörelser vilket leder till svårigheter att själva borsta tänderna [1].

Biverkningarna vid medicinering kan vara betydande, till exempel ofrivilliga rörelser, illamående och kräkningar. Vid höga läkemedelsdoser är det vanligt med hyposalivation; den kan vara mycket invalidiserande med symtom i form av brännande sveda, smakstörningar, tal- och sväljningsproblem samt svårighet att bära proteser. Muntorrheten reducerar även salivens antibakteriella förmåga

Tabell 1. Några mediciner som används vid Parkinsons sjukdom

Aktiv substans	Läkemedel
L-dopa + dekarboxylashämmare	Madopark®, Sinemet®
MAO-B-hämmare (hindrar nedbrytningen av dopamin)	Eldepryl®, Selegilin®
Dopaminagonist (dopaminliknande effekt)	Pravidel®, Requip®, Cabaser®, Sifrol®
COMT-hämmare (COMT = katekol-O-metyltransferas; hindrar nedbrytningen av dopamin)	Comtess®

samt dess sköljande/rengörande funktion. Detta nedsätter ytterligare motståndet mot såväl mekaniska irritament som bakterie- och svampinfektioner. Muntorrheten ökar risken för infektioner i munhålan mjukvävnader [8] liksom för tungerosion, parodontal sjukdom och karies [3].

Med munsveda menas en brinnande känsla i munnen trots att slemhinnan ser normal ut. De områden som är de vanligast påverkade i munnen är tungspetsen, de främre två tredjedelarna av tungan, hårda gommen, läpparna samt alveolarutskotten. Munsveda har konstaterats hos 24 procent av patienter med Parkinsons sjukdom i ett amerikanskt material vilket innebär att munsveda var fem gånger vanligare hos dessa patienter jämfört med den övriga populationen [2]. Av de patienter som medicinerade med L-dopa hade praktiskt taget alla, eller 96 procent, munsveda. Ingen av patienterna hade munsveda innan de fick Parkinsons sjukdom [2]. Clifford och Finnerty [4] visade i en enkätstudie att dentala problem förekom frekvent; det var dubbelt så vanligt med munsveda och muntorrhet hos parkinsonpatienter som hos den övriga befolkningen.

I en studie av Kennedy et al [9] visades parkinsonpatienter ha en ökad sötsakskonsumtion jämfört med en kontrollgrupp, 21 respektive 5 procent. Dessa patienter hade ett ökat antal mutansstreptokocker, vilket förklarades med att bakterierna fastnade lättare i en torr mun.

Tandbehandling vid Parkinsons sjukdom

Problem med saliv kan gälla såväl dregling som muntorrhet. En del parkinsonpatienter dreglar utan att egentligen ha förhöjd salivproduktion, vilket sannolikt beror på att den automatiska sväljningen gått förlorad med sjukdomen. För att undvika sådan dregling kan patienten påminna sig själv om problemet, exempelvis genom att suga på en sockerfri tablett eller ha en näsduk i handen för att lättare komma ihåg att torka sig kring munnen, samt att svälja viljemässigt [1]. Föreligger en starkt ökad salivation kan läkare konsulteras ifall något antikolinergiskt läkemedel kan hjälpa patienten. Vid dregling kan angulär keilit (mungipsinflammation/munvinkelragader) uppstå, speciellt om patienten har torr hud. Det är viktigt att munvinklarna i förebyggande syfte hålls smidiga med exempelvis Locobase repair. Om keiliten redan har uppkommit rekommenderas intraoral svampbehandling och lokal applikation av Daktar kräm [10].

Hos patienter som klagar över xerostomi eller är kliniskt muntorra skall orsaken utredas och problemet klarläggas. Om patienten medicinerar

med antikolinergika, som numera ej är första handspreparat för parkinsonpatienter, bör patientens läkare rådfrågas [3]. Salivprov bör göras på vanligt sätt för att mäta den faktiska salivfunktionen [11]. Om patienten har långt framskriden sjukdom kan det vara svårt att ta ett salivprov och visuell klinisk bedömning måste då göras.

Vid konstaterad hyposalivation är det viktigt med noggrann rengöring av tandytorna med fluorortandkräm morgon och kväll samt före och efter måltid. Kompletterande fluorprofylax med sköljning, sugtabletter och/eller fluortuggummin är också viktig. För att motverka muntorrhet kan sockerfria salivstimulerande tabletter rekommenderas. Vid mycket hög kariesaktivitet kan fluor ges som natriumfluoridgel i individuell skena, till exempel 5 min/dag. Då det ställs stora krav på patientens egenvård kan tandvården ge stödbehandling med anpassade tidsintervall i form av professionell tandrengöring, lokal fluorapplikation och eventuell antibakteriell behandling.

Om klorhexidinbehandling behöver sättas in rekommenderas 0,1-procentig lösning eftersom 1-procentig lösning vid extrem muntorrhet kan ge sveda och brännande sensationer [11]. En ännu svagare lösning, 0,05-procentig utan smakämnen, kan användas i fall med extremt känsliga slemhinnor. Saliversättningsmedel som kan tillföras är exempelvis Saliva Orthana, Proxident eller något annat av Apotekets saliversättningsmedel. Munvattnet som säljs i vanliga affärer bör undvikas på grund av risk för höga halter av glycerin som torkar ut slemhinnorna. Det kan bli dyrt med saliversättningsmedel eftersom det går åt mycket och ingen läkemedelsrabatt utgår. Ett alternativ för att begränsa kostnaderna, om man skall sjunga eller tala mycket, är att använda saliversättningsmedel nattetid men i övrigt lindra muntorrheten med vatten.

För en patient med egna tänder och hyposalivation är det önskvärt med bra kosthåll – ej äta ofta, ej dricka söta drycker, ej inta söt mat – och genomföra noggrann tandborstning morgon och kväll samt före och efter måltid [11]. Denna kostregim kommer då i konflikt med läkares ordination till patienten, att äta ofta men litet, en rekommendation som avser att minimera effekten av föda (aminosyrorna) på transporten av L-dopa genom tarmmukosan respektive över blod-hjärnbarriären.

Alla typer av sockerhaltiga drycker, tabletter och tuggummin mellan måltiderna bör undvikas. Vissa patienter med Parkinsons sjukdom behöver dock en kolhydratrik kost [12] för att maximera effekten av medicineringen. Enligt Kennedy et al [9] kan parkinsonsjuka dessutom ha ett ökat sug efter sött. Vidare behöver parkinsonpatienter generellt energirik kost eftersom sjukdomen genom

skakningarna och rigiditeten innebär energikrävande muskelarbete. Kostråd till parkinsonpatienter måste alltså ges med hänsyn både till de direkta sjukdomsrelaterade kostkraven och till munhälsan. Muntorra patienter med egna tänder bör om möjligt använda produkter sötade med xylitol eller sorbitol och öka vätsketillförseln genom vätskerika födoämnen som vanligen också är lättare att svälja.

Avtagbara proteser är till stor del beroende av god muskelfunktion för att de skall hållas på plats. Patienter med Parkinsons sjukdom kan i vissa fall ha stela ansiktsmuskler eller okontrollerbar motorik vilket försvårar protesfunktionen. I underkäken kan en stor och orolig tunga störa protesens funktion; i dessa fall är det extra viktigt med korrekt kantutformning av protesen. Patienten kan behöva få protesretentionen förbättrad med hjälp av protesfixativ. Nya proteser bör göras enbart om de gamla inte kan förbättras genom justering, re-basering eller andra liknande åtgärder.

Det är viktigt att ta upp en noggrann medicinsk och dental anamnes för att kunna planera vilka hjälpmedel som krävs, i vilken utsträckning som patienten själv kan borsta sina tänder samt för att planera ett lämpligt profylaxprogram. Parkinsonpatienter bör ha korta revisionsintervall för kontroll och professionell stödbehandling. Tandborsthandtag kan göras längre och bredare med gummiringar ("colgrip") så att de är lättare att hålla i. För en del patienter kan det vara bra med eltandborste. Det är viktigt att patienten så långt det är möjligt kan sköta sin munhygien själv. En helprotes kan borstas lättare med en speciell borste med sugkoppar som fästs vid handfatet [3].

Behandlingen bör anpassas och genomföras utifrån patientens individuella förmåga och ork och behandlingsseanserna bör ej vara för långa [13]. Det rekommenderas att tandvårdsteamet arbetar fyrhändigt och att patienten får halvsitta i 45-gradig vinkel i behandlingsstolen för att förhindra att han/hon sätter i halsen. Det är viktigt att patienten sitter komfortabelt samt att stress minimeras genom en så smärtfri behandling som möjligt i en lugn miljö. Yttre stimuli, till exempel smärtupplevelser, kan öka tremorn och muskelstelheten [8]. Tremorn kan drabba även huvud och tunga vilket gör patienten tekniskt svårbehandlad. Om patienten har kraftig muskelstelhet med svårigheter att gäpa kan försiktig användning av bitkloss rekommenderas. Patientens huvud kan stödas mot den behandlande tandläkarens armveck. Vakuumpudde kan också vara ett bra huvudstöd för dessa patienter [14]. Man bör också vara medveten om att parkinsonsjuka på grund av blodtrycksfall kan få problem med yrsel m m när behandlingen är klar och han/hon reser sig [1, 3].

Lustgas kan övervägas till patienter med Parkinsons sjukdom för att minska kraftig tremor i fall där tremorn leder till behandlingssvårigheter [3]. Tandsanering i narkos kan bli aktuell om det föreligger stort behandlingsbehov och patienten är svårbehandlad.

Förbättrad tandvård för patienter med Parkinsons sjukdom

Tandläkare bör ingå i det team som utreder patienter med Parkinsons sjukdom, för att göra en oral undersökning och för att formulera en terapiplan för tandvård redan i sjukdomens inledning. Detta skulle kunna förebygga många av de orala problem som kan uppkomma senare under sjukdomen. Kontakter mellan tandvård och sjukvård leder också till ökat kunskapsutbyte mellan vårdgivarna och resulterar vanligen i en bättre och effektivare vård av patienten.

Den kunskap som finns idag rörande munsvedans etiologi framhåller dess multikausalitet. Den delas in i tre grupper: den första gruppen består av lokala faktorer såsom kandidos, hyposalivation, tungdysfunktion och protesproblem, den andra gruppen omfattar allmänna kausala faktorer såsom vissa bristtillstånd med anemi, hormonrubbingar och biverkningar vid medicinering, den tredje gruppen inkluderar psykogena faktorer såsom depression, oro och fobiska reaktioner [15]. För att klarlägga orsakssamband inom området munsveda hos parkinsonpatienter behövs mer forskning.

Försäkringskassans ersättning

Tandvårdsförsäkringen ger ett förbättrat ekonomiskt stöd till personer som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder [16]. Med långvarig sjukdom avses sjukdom som antas vara längre än ett år. Behandlande tandläkare gör en förhandsprövning hos försäkringskassan. Till denna skall bifogas ett läkarutlåtande och ett salivtest som visar aktuella värden för vilosaliv mätt under 15 minuter och tuggstimulerad saliv mätt under 5 minuter. Patienter med godkänd förhandsprövning enligt gällande regler har även rätt till ersättning för individuellt anpassade tandvårdshjälpmedel [16]. Med detta menas till exempel ett individuellt handtag till eltandborste eller vanlig tandborste. Försäkringskassan medger ej ersättning för en vanlig tandborste eller eltandborste eftersom den ej uppfattas som specialanpassade hjälpmedel. Formuleringen i RFV:s allmänna råd borde ändras så att patienter med Parkinsons sjukdom kan få ersättning även för inköp av eltandborste [17].

English summary

Oral problems in Parkinson's disease

Domna P Giannoglou, Maria Larsson, Gunilla Nordenram, Helena Sunvisson
Tandläkartidningen 2000; 92 (15): 34–8

Parkinson's disease is a disorder associated with a reduced concentration of dopamine and characterized by hypokinesia, rigidity and tremor. The symptoms are disabling and the patients are unable to accomplish routine oral care. Dysfunction in swallowing is common. Current drug therapy changes the salivary flow and a burning sensation is frequently reported. Suitable oral preventive procedures must be undertaken because of a higher risk of caries and oral infections and dental management of individuals with Parkinson's disease is a multifaceted challenge. Dentists should participate in the planning and provision of health care for patients with Parkinson's disease.

Key words: Parkinson's disease, dental care for disabled, dry mouth

Referenser

1. Sunvisson H. Att leva med Parkinson. Stockholm: Hagman, 1994.
2. Clifford TJ, Warsi MJ, Burnett CA, Lamey PJ. Burning mouth in Parkinson's Disease sufferers. *Gerodontology* 1998; 15 (2): 73–8.
3. Jolly DE, Paulson RB, Paulson GW, Pike JA. Parkinson's disease: a review and recommendations for dental management. *Spec Care Dent* 1989; 9 (3): 74–8.
4. Clifford T, Finnerty J. The dental awareness and needs of a Parkinson's disease population. *Gerodontology* 1995; 12 (2): 99–103.
5. Larsson M, Rundgren Å. Geriatrisk vård och specifik omvårdnad. Lund: Studentlitteratur, 1997.
6. Parkinson J. An Essay on the Shaking Palsy. London: Sherwood, Neely and Jones, 1817.
7. Dehlin O, Rundgren Å. Geriatrik. Lund: Studentlitteratur, 1995.
8. Axéll T, Lindgren S. Oralmedicin, praktisk internmedicin för odontologer. Arlöv: LIC Förlag AB, 1994.
9. Kennedy M, Rosen S, Paulson G, Jolly D, Beck M. Relationship of oral microflora with oral health status in Parkinson's disease. *Spec Care Dent* 1994; 14 (4): 164–7.
10. Axéll T. Munslemhinneförändringar, klinik och behandling. Karlshamn: Invest-Odont, 1991.
11. Almqvist H, Lagerlöf F, Johansson F, Oliveby A, Angmar-Månsson B, Sundström F. Sjögrens syndrom – diagnostik och kariologisk behandling. *Tandläkartidningen* 1993; 85: 1135–53.
12. Markovitz D, Fernstrom J. Diet and uptake of Aldomet by the brain: competition with natural large neutral amino acids. *Science* 1977; 197: 197–8.
13. Collins R. Special considerations for the dental patient with Parkinson's disease. *Tex Dent J* 1990; 107 (3): 31–3.
14. Nordenram G, Nordström G. Äldretandvård. Stockholm: Förlagshuset Gothia, 2000.
15. Bergdahl J, Anneroth G, Anneroth I. Clinical study of patients with burning mouth. *Scand J Dent Res* 1994; 102: 299–305.
16. Svensk författningssamling. Förordning om tandvårdstaxa. SFS 1998:1337.
17. RFV. Allmänna råd om tillämpning av författningar. RFV Rekommenderar 1998:12.

Adress: Gunilla Nordenram, Enheten för geriatrisk odontologi, Karolinska Institutet, Box 4064, 141 04 Huddinge.
E-post: gunilla.nordenram@ofa.ki.se