

ABSTRACT

BAGGRUND - Diagnostik af oral cancer hos patienter med plejebæhov kan give ekstra udfordringer, da patienterne ofte kan have flere kroniske lidelser samt fysiske og/eller psykiske handicaps. Dette medfører afhængighed af en tredje person til transport og formidling af kommunikationen mellem patient og behandler. Risiko for fejldiagnostik og "doctor's delay" øges markant, når en behandling institueres uden forudgående klinisk eller paraklinisk undersøgelse.

PATIENTTILFÆLDE - En 51-årig plejehjemsbeboer, kendt med motorisk handicap efter cerebral apopleksi, henvises af egen læge til Kæbekirurgisk afdeling, Sydvestjysk Sygehus - Syddansk Universitetshospital for udredning af persisterende hævelse og smerte fra højre sides underkæbe. Tre uger forinden udskrives vagtlægen efter henvendelse fra plejehjemmet antibiotikum til patienten på grund af intraoral hævelse. Tre dage efter første ordination af antibiotikum udskrives egen læge en antimykotisk behandling. Efter yderligere konsultation med plejehjemmet pga. manglende effekt gentager egen læge begge kure og supplerer yderligere med antiviral behandling fortsat uden klinisk tilsyn. Efter et "doctor's delay" på ca. tre uger uden læge-/tandlægefagligt tilsyn, henvises patienten af egen læge på mistanke om malignitet. Ved klinisk inspektion ses en hævelse, der klinisk er fuldt forenelig med et planocellulært karcinom.

KONKLUSION - Antibiotikumbehandling må ikke anvendes uden forudgående undersøgelse. Anvendelsen af digitale fotos, som er optaget med eksempelvis smartphones, kan supplere et plejepersonales henvendelse til egen læge/tandlæge og dermed fremme let og hurtig vurdering af en tilstand. Risikoen for "doctor's delay" kan reduceres, og sufficient behandling kan herved hurtigere iværksættes.

EMNEORD Mouth neoplasms | primary care nursing | squamous cell carcinoma | rare diseases | early detection of cancer



Korrespondanceansvarlig førsteforfatter:
KRISTIAN THESBJERG
kristian.thesbjerg@rsyd.dk

Doctor's delay i primær- og plejesektoren

KRISTIAN THESBJERG, specialtandlæge i tand-, mund- og kæbekirurgi. Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk afdeling, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg - Syddansk Universitetshospital

ELISA KIER SWIATECKA, overtandlæge, specialtandlæge i tand-, mund- og kæbekirurgi, Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk afdeling, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg - Syddansk Universitetshospital

JENS JØRGEN THORN, ledende overtandlæge, ph.d., specialtandlæge i tand-, mund- og kæbekirurgi, Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk afdeling, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg - Syddansk Universitetshospital

ELSE MARIE PINHOLT, professor, overtandlæge, dr.odont., specialtandlæge i tand-, mund- og kæbekirurgi, Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk afdeling, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg - Syddansk Universitetshospital og Institut for Regional Sundhedsforskning, Forskningscenter Syddansk Universitetshospital

► Accepteret til publikation den 8. maj 2019

Tandlægebladet 2019;123;xxx-xxx

Mundhulekræft er en sjælden, men alvorlig sygdom, som har en femårs overlevelse på ca. 50 % (1). I 2016 blev 422 nye tilfælde diagnosticeret i Danmark, alle henvist enten af tandlæger eller læger til videre udredning på hospitalsafdelinger (2). Tidlige stadier af mundhulekræft kan forveksles med benigne slimhindeforandringer, hvilket udfordrer den uøvede kliniker (3).

I plejesektoren ses mundhulekræft mindst lige så sjældent som i læge- og tandlægepraksis. Generelt har plejepersonalet på institutioner og plejehjem en meget begrænset uddannelse i oral sundhed. Manglende prioritering af mundpleje i plejesektoren reducerer muligheden for at skelne mellem den raske og den syge mund og dermed en hurtig og korrekt handling. Dette bekræftes af en publiceret undersøgelse, der var designet til at forbedre mundhygiejnen hos plejehjemsbeboere (4).

Den alment praktiserende læge har generelt mindre erfaring i diagnostik af mundhulekræft end tandlægen (5). De klassiske objektive kliniske tegn på oral malignitet er: hævelse, smerte, manglende sårheling, voldformede rande samt induration (6,7) (Faktaboks).

FAKTABOKS

Et planocellulært karcinom præsenterer sig ofte med et ikke helende sår, og ved palpation af såret fremtræder dette indureret og ømt. Ofte forekommer voldformede rande og kraftig rødme omkring såret. Patienten beretter ofte om smerte, og afhængigt af lokaliseringen kan neurosensoriske og -motoriske udfald optræde. Risikoen for udvikling af planocellulært karcinom er størst i mundbunden, på tungen siderande og på ventralfladen af tungen. Tobak og overdrevet alkoholforbrug er prædisponerende livsstilsfaktorer, der disponerer for malignitet.

En klinisk tilstand, der udelukkende bygger på en lægmands beskrivelse af symptomerne smerte og hævelse, vil pga. lægmandens manglende genkendelse og beskrivelse af eventuelle øvrige malignitetstegn kunne fejltolkes som værende infektøst betinget. Det følgende patienttilfælde er relevant, da det illustrerer risikoen for fejlagnostik og fejlagtig medicinsk behandling af en malign tumor med deraf følgende ”doctor’s delay” pga. manglende undersøgelse af patienten.

PATIENTTILFÆLDE

Henvisningsforløb

En 51-årig mand boende på et plejehjem på grund af tidligere apopleksi og lammelse, henvises telefonisk af egen læge til Kæbekirurgisk afdeling, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg – Syddansk Universitetshospital. Tre uger forinden og på baggrund af telefonisk henvendelse fra plejehjemmet, ordinerede vagtlægen antibiotikum til patienten på grund af hævelse og smerte fra højre side af underkæben. Tre dage efter denne ordination ordinerer egen læge en antimykotisk behandling formentlig pga. mistanke om candidiasis, men stadig uden tandlæge- eller lægefagligt tilsyn. En uge før henvisningstidspunktet og efter fornyet kontakt fra plejehjemmet gentager henvisende læge den antibiotiske- og den antimykotiske behandling samt supplerer med ordination af antiviral behandling på grund af manglende effekt af de tidligere behandlinger. På henvisningsdagen til Kæbekirurgisk afdeling var patienten endnu ikke tilset af tandlæge-/lægefaglig person, men ønskes nu udredt for mulig malignitet på grund af manglende respons på førnævnte behandlinger.

Klinisk undersøgelse

På henvisningsdagen ankommer patienten i rullestol til Kæbekirurgisk afdeling. På grund af patientens tidligere apopleksi er samtale og optagelse af anamnese vanskelig, men patienten giver tydeligt udtryk for smerte svarende til højre sides underkæbe samt synkebesvær. Ekstraoralt palperes flere forstørrede lymfeknuder submandibulært. Intraoralt ses sporadisk betan-

klinisk relevans

Diagnostik af oral cancer kan være klinisk udfordrende for det utrænede øje. Hvis de anamnesticke oplysninger yderligere kompromitteres af kommunikationsbesvær, fx afasi eller en sprogbarriere, skærpes kravene til den kliniske undersøgelse før opstart af en ordination eller før en henvisning.

ding i begge kæber. I højre sides tandløse molarregion ses en ulcererende tumor, 25 mm x 40 mm, med udtalt palpationsømhed, tydelig induration og kar-nydannelse (Fig. 1).

Behandling

Under den tentative diagnose planocellulært karcinom henvises patienten straks ifølge lokal aftale til Øre-Næse-Hals-Afdelingen, Odense Universitetshospital, til yderligere diagnostik og behandling. Diagnosen bekræftes, og der institueres pallierende behandling i form af kirurgi og efterfølgende stråleterapi.

DISKUSSION

I nærværende artikel præsenteres et patienttilfælde, hvor en 51 år gammel plejehjemspatient ordineres antibiotisk og efterfølgende antimykotisk samt antiviral behandling på mistanke om infektion uden tandlæge-/lægefagligt tilsyn hverken før, under eller efter ordinationerne. Først tre uger efter patientens klager bliver han vurderet af relevant sundhedsfagligt personale.

I aktuelle patienttilfælde må indikationen for ordinationen af antibiotikum formodes at bero på plejehjemmets beskri- ▶

Planocellulært karcinom



Fig. 1. Klinisk billede af den manifeste tumor, hvor der ses ulceration og kar-nydannelse.

Fig. 1. Clinical photo showing manifest tumour with ulceration and neoangiogenesis.

velse af en hævelse med smerter, som tolkes af den ordinerende læge som værende en absces. Ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer må antibiotika ikke anvendes som diagnostisk redskab, men udelukkende til behandling af infektiøse lidelser. Dette forudsætter en grundig anamnese, en klinisk undersøgelse og en diagnose (8,9).

Dette er specielt relevant for ordination til plejehjemsboere, hvor det er velkendt, at en resistent og en selekteret mikroflora oftere forefindes i denne patientkategori pga. flere kroniske sygdomme. Brugen af antibiotikum bør derfor altid reserveres til behandlingskrævende infektioner (10).

Oral candidiasis er udbredt blandt immunsvækkede patienter og hos protesebærere, hvilket også inkluderer plejehjemsboere. En akut candidiasis oralis udløser ofte smerte i form af svien og brænden fra erytematøse, inficerede slimhinder, og den opstår ofte sekundært til en antibiotisk behandling. Dette kunne forklare ordinationen af den antimykotiske behandling. Imidlertid udløser oral candidiasis ikke en manifest hævelse (11).

Årsagen til ordinationen af den antivirale behandling er i det aktuelle tilfælde ukendt, men kraftige persisterende smerter med lokalisation sv.t. en nervegrens innervationsområde kan forekomme ved en herpes simplex eller zoster-infektion.

Mundhulens pleje er ofte nedprioriteret og mangelfuld i plejen af patienter både i hjemmet og på institutioner (4). Opretholdelse af mundhygiejne er ofte vanskeliggjort af fysiske

handicaps såsom nedsat syn og indskrænket motorik samt af medicinsk induceret stomatitis og mundtørhed. Det er veldokumenteret, at parodontitis er en aktiv medspiller i dysregulering af diabetes mellitus, ligesom der findes sammenhæng mellem den orale flora og infektiøs endocarditis og muligvis udvikling af pneumoni (12-14). Et bedre kendskab hos plejepersonale til normale forhold i mundhulen ville i mange tilfælde kunne bidrage til, at plejepersonalet lettere ville kunne skelne mellem sunde og syge forhold, og personalet ville dermed være bedre rustet til at reagere på væsentligt unormale tilstande.

I et studie fra 2017 (15) konkluderes det, at anvendelse af billeder optaget fra mobiltelefon kan medvirke til hurtig og korrekt intervention ved oral malignitet. Denne teknologi har skabt en yderst tilgængelig mulighed for, at eksempelvis plejepersonale kan fremsende foto og video til lægelig/tandlægelig instans. Herved kan kommunikation mellem læge, tandlæge, plejehjem og hospital forbedres således, at patologiske tilstande kan vurderes tidligere og hurtigere. En aktuell artikel i Tandlægebladet (16) påpeger netop, at denne formaliserede kommunikationsvej mellem læger og tandlæger kan gavne patienterne fremadrettet, præcis som EDI-portalen er tiltænkt (17).

I nærværende patienttilfælde ville et foto, der var blevet fremsendt til egen læge, omsorgstandplejen, øre-, næse- og halsafdeling eller tand-, mund- og kæbekirurgisk afdeling med overvejende sandsynlighed kunne have resulteret i en akut henvisning, og ”doctor’s delay” kunne have været undgået. ♦

ABSTRACT (ENGLISH)

DOCTOR’S DELAY IN THE PRIMARY HEALTH SERVICE AND CARE SECTION

BACKGROUND - Diagnosis of oral cancer in patients who are dependent on long-term care may be extra challenging due to the presence of chronic diseases, additional functional disabilities and cognitive impairments. This causes dependency of a third party for providing transportation and communication between the patient and the dentist/doctor. Prescribing medicine without prior clinical or paraclinical examination increases the risk of misunderstandings, misdiagnosis, and “doctor’s delay”.

CASE STUDY - A 51 year old male with motor disorders due to cerebral palsy was referred to the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, University Hospital of Southern Denmark, Esbjerg due to a persistent painful swelling of his lower right jaw. Three weeks earlier and following a phone call from the patient’s nursing home, the on-call doctor prescribed antibiotic to the patient due to an intraoral swelling. Three

days after the on-call doctor’s prescription of antibiotic, the general medical practitioner added an antimycotic drug. Due to lack of drug effect, the general medical practitioner was consulted again. Both prescriptions were repeated in addition to an antiviral medication, still without prior clinical assessment.

Following a “doctor’s delay” of approximately three weeks without any medical assessment, the patient was referred by the general medical practitioner on suspicion of oral malignancy due to failing treatment response. On inspection a tumour consistent with an oral squamous cell carcinoma was found.

CONCLUSION - Antibiotics must not be used as a diagnostic tool without prior clinical examination. The use of digital photos e.g. smart phones may support the health care assistant’s contact to the doctor/dentist thus facilitating an easy and swift assessment of the problem. This reduces the risk of “doctor’s delay” and improves the onset of treatment.

LITTERATUR

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;68:394-424.
2. SUNDHEDSDATASTYRELSEN. Cancerregistret 2016. (Set 2018 november). Tilgængelig fra: URL: www.esundhed.dk/sundhedsregistre/CAR/CAR01/Sider/Tabel.aspx/www.esundhed.dk/sundhedsregistre/CAR/CAR01/Sider/Tabel.aspx
3. Swiatecka EK, Thesbjerg K, Pinholt EM et al. Tandlægers og specialtandlægers diagnostiske præcision af orale carcinomer. *Tandlægebladet* 2019; 122:xxx-xxx.
4. Portella FF, Rocha AW, Haddad DC et al. Oral hygiene caregivers' educational programme improves oral health conditions in institutionalized independent and functional elderly. *Gerodontology* 2015;32:28-34.
5. van der Waal I. Are we able to reduce the mortality and morbidity of oral cancer; some considerations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013;18:e33-7.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM et al. *Oral & Maxillofacial Pathology*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 2002;356-76.
7. Schrøder TV, Schulze S, Hilsted J et al. *Basisbog i Medicin & Kirurgi*. 3rd ed. København: Munksgaard, 2005;769-80.
8. SUNDHEDSSTYRELSEN. Vejledning om ordination af antibiotika 2012. (Set 2019 maj). Tilgængelig fra: URL: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2012/Vejledning-om-ordination-af-antibiotika---Til-landets-laeger>
9. SUNDHEDSSTYRELSEN. National klinisk retningslinje for brug af antibiotika ved tandlægebehandling 2016. (Set 2019 maj). Tilgængelig fra: URL: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2016/NKR-Brug-af-antibiotika-ved-tandlaegebe-handling>
10. Nguyen HQ, Tunney MM, Hughes CM. Interventions to improve antimicrobial Stewardship for older people in care homes: a systematic review. *Drugs Aging* 2019;36:355-69.
11. Neville BW, Damm DD, Allen CM et al. *Oral & Maxillofacial Pathology*. Second Ed. Philadelphia: Saunders, 2002;189-209.
12. Holmstrup P, Damgaard C, Olsen I et al. Comorbidity of periodontal disease: two sides of the same coin? An introduction for the clinician. *J Oral Microbiol* 2017;9:1332710.
13. Glenny AM, Oliver R, Roberts GJ et al. Antibiotics for the prophylaxis of bacterial endocarditis in dentistry. *Cochrane Database of Syst Rev* 2013;9: CD003813.
14. Scannapieco FA, Shay K. Oral health disparities in older adults: oral bacteria, inflammation, and aspiration pneumonia. *Dent Clin North Am* 2014;58:771-82.
15. Haron N, Zain RB, Nabillah WM et al. Mobile phone imaging in low resource settings for early detection of oral cancer and concordance with clinical oral examination. *Telemed J E Health* 2017;23:192-9.
16. Elkjær BT, Simoný CFBB, Lind AB et al. En formaliseret kommunikationsvej mellem praktiserende læger og tandlæger. *Tandlægebladet* 2018;122;1056-9.
17. MEDCOM. En brugervejledning til elektronisk kommunikation. (Set 2019 januar). Tilgængelig fra: URL: <https://www.medcom.dk/media/8606/en-brugervejledning-til-elektronisk-kommunikation-nu-ogsaa-til-tandlaeger.pdf>