

Oral medisin og eldre

Eirik Ambjørnsen og Tony Axéll

.....

Det er forandringer i huden som kanskje best demonstrerer aldringsprosessen. Det er tilsvarende vanskeligere å vise aldersforandringene på slimhinnene. Når spyttproduksjonen er normal og helsen ganske god, kan det diskuteres om det skjer noen særlige aldersforandringer i munnhulen. Det er først når sykdom, spyttreduksjon og medisinbruk dukker opp, at endringer av slimhinnene i munnhulen kan bli mer markante. Mangel på vesentlige ernæringsstoffer som en kan finne hos eldre mennesker, gir ofte symptomer. Candidose er den mest hyppige infeksjonen hos eldre, og mer i den erythematøse enn pseudomembranøse form. Når antall helprotesebærere i de vestlige land nå er redusert, vil lesjoner som er relatert til disse også bli sjeldnere. Likevel er det fortsatt viktig å følge opp tilstander som protesestomatitt, angulær cheilit, proteseulcerasjoner og hyperplasier. Ulcerasjoner, prekankroser som leukoplakier og lichen planus sees ofte blant alderspensjonistene. Maligne tumorer er sjeldne, men må ikke overses. Selv om tungelesjoner sjelden er maligne, kan benigne former gi så mange plager ved spising og snakking at de bør behandles.

Oralmedisinske problemer hos alderspensjonister har vært et viktig kapittel i flere lærebøker om oral helse hos eldre (1,2). Imidlertid har problemet for mange forfattere vært å finne forskningsbasert grunnlag for de mange postulater og oppfatninger man har om eldre menneskers munnhulesykdommer. Det meste er basert på viten om yngre og voksne, mens det er relativt få spesifikke arbeider om eldre. Dette kan skyldes at det er enklere å samle data fra yngre og voksne og at de aller fleste munnhulelidelser forekommer både hos yngre, voksne og eldre individer. Et annet problem er å skille effekten av utenomliggende forhold slik som sykdom, medikamentbruk og ernæringsmangler fra aldring per se. Et viktig spørsmål blir derfor hvilke oralmedisinske tilstander som virkelig er aldersrelaterte. Det kan være forandringer som er rene aldersforandringer, men også forandringer som bare har høy prevalens hos eldre.

Begrepet oral medisin har vært brukt og oppfattet forskjellig opp gjennom tidene (3). En svensk arbeidsgruppe sammensatt av representanter fra Svenska OralMedicinska Sällskapet (SOMS) og Svensk Sjukhustandläkarforening har foreslått følgende definisjon:

«Oral medicin är det ämnesområde inom odontologin som rör sjukdomar i munhålan och angränsande vävnader med speciell inriktning på orala manifestationer av systemsjukdomar och beteendemedicinska tillstånd».

Denne definisjonen omfatter både hard- og bløtvev som imidlertid totalt er vanskelig å dekke tilfredsstillende innenfor rammen til denne artikkelen. Vi har derfor valgt å begrense området til bløtvevsdelen. I tillegg ønsker vi å konsentrere oppmerksomheten om de mest vanlige eller viktige bløtvevstilstander vi finner i munnhulen hos eldre.

Klinisk erfaring har vist, og studier av epidermis og den orale mucosa hos eldre har konkludert med at slimhinnene blir tynnere, jevnere og tørrere med økende alder (4). Sammen med tap av elastisitet og mindre gjennomblødning skulle det føre til lavere toleranse, og slimhinnene kunne derfor lettere bli skadet. Manglende gingival stipling var en annen observasjon man gjorde hos eldre (5). Man er imidlertid usikker på om disse konklusjonene er holdbare. Det er påvist histologiske og morfologiske endringer i mucosa og redusert keratinisering i flere rapporter (6-8), mens det i andre ikke er funnet aldersrelaterte endringer med hensyn til tykkelse, form eller struktur (9,10). Felles for mange av disse rapportene er at det ikke er kontrollert for eksterne faktorer som kan påvirke slimhinnen, slik som for eksempel ernæring og jern- og vitaminmangel og ubalanse i hormonspeilet (6,11).

Et av de sikreste orale tegn på forskjell mellom yngre og eldre finner man i leppepartiet, hvor leppenes rødfarge er

vesentlig redusert hos eldre sammenlignet med yngre, uavhengig av andre faktorer.

Hva spyttsekresjonen angår, er det også usikkerhet om denne forandres alvorlig med den kronologiske alderen. Riktignok finner man endringer både kvalitativt og kvantitativt hos eldre, men mye av dette kan tilskrives sykdom eller bivirkninger av medikamenter som eldre bruker langt mer av enn yngre (12). Spyttkjertlenes volum minsker med 30-50% (parotis 30-35%, submandibularis 30-40% og de små kjertlene 40-50%). Dette behandles utførlig i et annet kapittel.

Etter å ha omtalt de ulike tilstander og kommet fram til en diagnose, vil det i mange tilfeller være aktuelt å komme med forslag til behandling. Vi kommer her stort sett til å ta opp mer generelle prinsipper og overlate detaljene til andre oppslagsverk og lærebøker f.eks. «Medical Problems in Dentistry» (13) og «Munnslimhinneforandringer. Klinik och behandling» (14).

Generelle lidelser og mangeltilstander

Ernæringsmangler er mer prevalente hos eldre enn hos yngre, og fører til bekymringer om aldersrelaterte malabsorpsjoner. Både fra kliniske observasjoner og vitenskapelige artikler vet vi at generelle sykdommer og mangeltilstander kan gi symptomer i munnhulen. Underernæring, som kan være et problem i noen grupper av eldre, kan påvirke de orale slimhinnene både direkte og indirekte gjennom mangel på vitaminer og sporelementer. Anemier som følge av mangel på faktor B₁₂, folsyre eller jern har de samme kliniske tegnene enten man er ung eller gammel. Foruten de generelle ytre tegn med sirkulasjonsforstyrrelser finner vi i munnhulen bleke slimhinner, eller slimhinner som er sekundært infisert, spesielt av sopp, og dermed har mer rødaktige forandringer. Man finner også forskjellige andre forandringer, slik som tungeforandringer (15) og angulære cheilitter (se nedenfor).

Flere generelle sykdommer rammer eldre oftere enn yngre, slik som f.eks. hjerte- og karsykdommer og diabetes mellitus. Felles for disse er at de relativt sjelden gir alvorlige symptomer i munnhulen. I en del tilfeller blir pasienten rammet av munntørrhet, men det er stort sett som følge av medisineringen. Munntørrhet er noe man også støter på i forbindelse med autoimmune bindevevssykdommer, slik som Sjögrens syndrom og rheumatoid artritt. Disse er imidlertid ikke spesielle for eldre mennesker. Den mest vanlige årsaken til munntørrhet hos eldre er polyfarmasi. På institusjoner og i hjemme-sykepleien er det vist eksempler på at alderspensjonister bruker gjennomsnittlig 4-5 medisiner daglig og at mer enn 25% bruker åtte eller flere (16).

Munntørrhet er en trussel mot slimhinnene idet den både predisponerer for infeksjoner, men også forlenger tilhel-

ningstiden f.eks. ved traumatiske sår. Vi viser for øvrig til omtale senere.

Infeksjoner

Selv om det kliniske bildet av sopprelaterte sykdommer er nesten det samme hos eldre som hos yngre, er forekomsten av disse sykdommene mye hyppigere og kanskje mer alvorlige hos de eldre.

Soppinfeksjoner

Antall individer med saprofytære sopporganismer øker med stigende alder (17). Økt forekomst av sopp finner vi også blant protesebærere og sykehuspasienter. Dette øker også mulighetene for soppinfeksjoner til å etablere seg ved høy alder. Avgjørende i denne sammenheng er imidlertid ulike predisponerende faktorer (Tabell 1). Tidligere ble protesestomatitt klassifisert som soppinfeksjon, men defineres nå etter ny klassifikasjon som candida-assosierte lesjoner, der årsaken til infeksjonene kan være en blanding av sopp og bakterier (18) (Tabell 2).

Av soppinfeksjonene ser man iblant den pseudomembranøse formen (Fig. 1) hos kraftig reduserte eller syke eldre individer. Denne formen er imidlertid relativt sjelden, mens man oftere finner den erythematøse formen (Fig. 2). Denne kjennetegnes ved rødhet på tungen og i kinnet. Nedsatt salivaproduksjon kan også medvirke til at infeksjonen blir etablert.

Utbredelsen av de candida-assosierte infeksjonene skyldes ofte den tidligere dominerende protesegruppen som ut i fra epidemiologiske undersøkelser stadig blir mindre (Ambjørnsen og medarbeidere, upubliserte data).

Soppinfeksjonene opptrer vanligvis som en følge av nedsatt resistens som uten eller sammen med andre predisponerende faktorer muliggjør oppblomstringen av soppen. Fle-

Tabell 1. Predisponerende faktorer for oral candidose.

| |
|--|
| Sykdom og medisiner som medfører hyposalivasjon (Sjögrens syndrom, trisykliske farmaka, antidepressiva- medisiner) |
| Stråling mot hode og halsregion |
| Immunsvikt, immunsuppresjon (hiv/aids, corticosteroider, cytotoxiske medikamenter) |
| Nutrisjonsmangler (jern, vitaminer) |
| Tobakksrøyking |
| Protese (passer dårlig, proteseplakk) |

Tabell 2. Oral candidose.

| | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|---------|
| Primær | Pseudomembranøs | Akutt |
| | Erythematøs | Kronisk |
| | Hyperplastisk | |
| | Nodulær | |
| | Plakk | |
| Sekundær | Kronisk mucocutan candidose (CMC) | |
| | – <i>Candida</i> -assosierte lesjoner | |
| | Angulær cheilit | |
| | Protesestomatitt | |
| | Glossitis rhombica mediana | |
| | – <i>Candida</i> -infekterte lesjoner | |
| | Leukoplaki | |
| Lichen (lichenoide reaksjoner) | | |
| Lupus erythematosus | | |



Fig. 2. Erythematøs candidose i munnviken hos pasient med stort forbruk av sigaretter og med xerostomi som følge av Sjögrens syndrom.

Fig. 2. Commissural erythematous candidosis in a patient with a high consumption of cigarettes and with a Sjögren's syndrome-related xerostomia.

re predisponerende forhold som generelle langtidsrekkende sykdommer, defekt immunforsvar, ernæringsmangel, hormonforstyrrelser, behandling med antibiotika, munntørrehet, tobakksbruk og bruk av proteser i mange år, finner vi oftere hos eldre enn hos yngre mennesker. Dette forklarer den høye forekomsten av sopplidelsene i denne aldersgruppen. Den akutte candidosen finner vi oftere hos riktig gamle og spebarn hvor allmenntilstanden og/eller farmaka er hovedårsaken til den akutte oppblomstringen. Likevel er det den kroniske

tilstanden som er mest utbredt hos eldre. Den kan holde seg i årevis dersom den ikke behandles. Selv med behandling har den en tendens til å residivere etter en viss tid.

Det kliniske bildet ved protesestomatitten kan variere fra små og store røde flekker i ganepartiet, over et begrenset nodulært område i ganen, til generell rubor over hele ganeslimhinnen (Fig. 3). Jo større utbredelsen er, desto mer sannsynlig er det at candida er årsaken. Eventuelle sopp prøver taes på overflaten av proteser fordi epitelceller og



Fig. 1. Pseudomembranøs candidose hos en 83-åring med nyrecancer.

Fig. 1. Pseudomembranous candidosis in an 83-year old man with renal cancer.



Fig. 3. Protesestomatitt av generell type som høyst sannsynlig er *Candida*-infisert. Bare i sjeldne tilfeller beror denne forandringen på allergi mot protesematerialet.

Fig. 3. Generalized type of denture stomatitis, most probably infected by *Candida*. Only exceptionally is this type of lesion caused by allergy to the denture material.

infisert materiale følger med protesebasis når protesen fjernes fra underlaget.

Behandlingsprinsippet for all behandling av candidoser er å eliminere eller kraftig redusere de predisponerende faktorene. Om candidainfeksjonen ikke forsvinner, bør man bruke antimykotiske midler. Det understrekes at behandlingen bør strekke seg over minst fire uker.

Det kan være et problem for mange eldre å følge opp en candidosebehandling som går over så lang tid. I noen tilfeller kan alternativet være å bruke systemiske preparater som f.eks. fluconazol.

For både å forebygge og behandle protesestomatitten bør man først og fremst tilstrebe en mest mulig optimal passform og funksjon på protesen, og protesehygiene må være tilfredsstillende.

Angulær cheilit

Angulær cheilit (rhagader) sees oftest hos eldre individer, spesielt blant helproteosebærere, men forekommer også hos betannede individer. Tilstanden er satt i sammenheng med for lavt bitt, men denne årsaksfaktoren er ikke veldokumentert. Infeksjoner og mangeltilstander er imidlertid antatt å kunne være predisponerende faktorer. Området i munnvinkelen preges av et raskt «cell turn over» og det kreves derfor en god ernæringsstilstand for at vevsområdet skal bibeholdes intakt. Ved mangel på noen av disse ernæringsfaktorene kan området bli infisert. Angulær cheilit er en candida-assosiert forandring der soppen ofte spiller en stor rolle, men også bl.a. stafylokokker kan medvirke til å opprettholde patologien i området (19).

Det er viktig å fjerne eller redusere predisponerende faktorer som et ledd i behandlingen. En god protesestatus er en forutsetning for et vellykket behandlingsresultat også for

sanering av candida intraoralt. Behandling av rhagadene kun med et lokalt antimykotikum fører sjelden til tilheling. Ved forekomst av stafylokokker bør antimykotika suppleres med fucidinsalve (Fig. 4A-C). Det bør understrekes at det kan være nødvendig å behandle eldre munntørre pasienter opp til 6-8 uker.

Virusinfeksjoner

Eldre mennesker er i likhet med andre aldersgrupper også utsatt for virusangrep i munnhulen, f.eks. herpes simplex (20). Infeksjonene er egentlig en reaktivering av viruspartikler som retineres i nærvevet under en tidligere primærinfeksjon. Dette kan ha skjedd flere tiår tilbake i tiden. Reaktiveringen av herpes simplex-virus kan utløses av flere forhold slik som f.eks. redusert immunforsvar, stress, UV-lys o.l.

Herpes labialis er like vanlig hos eldre som hos yngre. Andre virusinfeksjoner forekommer sjelden hos eldre, men reaktivering av vannkøppeviruset i form av zoster bør nevnes. Hos eldre er denne reaktiveringen i blant forbundet med langvarige og intense smerter. Zoster forekommer stort sett bare unilateralt i munnhulen og oftest i ganeslimhinnen. Behandlingen gis med systemiske antivirale midler, eventuelt supplert med kraftige analgetika (Fig. 5).

Traumatiske lesjoner

Proteserelaterte traumer

Irritasjonshyperplasier – I alle de nordiske land er forekomsten av proteser redusert dramatisk de siste 20 årene. Selv om prevalensen minsker, må en fortsatt følge opp pasienter med helproteser. Mange av proteosebærerne er svært gamle, med svekket immunforsvar, mange sykdommer og høyt forbruk av medisiner. Det er videre vist at helproteosebærere bare går til kontroll hos tannlege sporadisk, eller når de har vondt.



Fig. 4. A: 67-årig kvinne med angulær cheilitis relatert til flerårig folinsyremangel. B: Gjenværende stafylokokkinfisert sår etter erstatning med folsyre og 6 ukers antimykotisk behandling. C: Tilheling etter ytterligere 2 ukers behandling med fucidinsalve.

Fig. 4. A: A 67-year old woman with angular cheilitis associated with a long-standing folic acid deficiency. B: Ulceration infected by staphylococci remains after supplementation of folic acid and six weeks of treatment with topical antimycotics. C: Healing after two weeks of additional treatment with fucidine ointment.



Fig. 5. Unilaterale zoster-sår i ganen hos en 73-årig kvinne. Sårerne opptrer sammen med unilaterale hudmanifestasjoner i ansiktet. Hun har også neuralgiske smerter i høyre ansigtshalvdel.

Fig. 5. Unilateral palatal ulcerations in a 73-year old woman. They appear concomitantly with unilateral skin manifestations in the face. She also suffers from neuralgiform pain in the ulcerated region.

Tidligere undersøkelser har avslørt at eldre kunne gå med til dels svært mangelfulle proteser uten at det førte til behandling (21). Når protesene ikke lenger passer til underlaget, vil kantene ofte bli for lange og traumatisere overgangsfolden. Irritasjonshyperplasiene kan variere mye, fra å være små og ubetydelige til nærmest groteske former (Fig. 6). Korreksjon av kanter fører som regel til spontan tilheling hvis forandringene er små. Ved større forandringer vil en kirurgisk behandling være aktuell.



Fig. 6. Omfattende irritasjonshyperplasier hos protesebærer.

Fig. 6. Extensive irritation hyperplasias in a denture wearer.

Flabby ridge – Den mest vanlige årsak til *flabby ridge* (crista flaccida) er gjenværende fortenner i underkjeven mot en hel overkjeveprotese. Det kan føre til en ombygging og reduksjon av alveolarbenet med påfølgende kompensasjon i form av fortykket bløtvev. Kjevekammen er oftest mest mobil i overkjevens front og på tuberpartiene.

Behandlingen bør ta sikte på å bedre proteseforholdene slik at forholdene ikke ytterligere forverres. Kirurgi kan være indisert i tilfeller hvor bevegeligheten er stor. Ideen er å få et fastere underlag for protesen. Ulempen kan imidlertid bli at man samtidig reduserer også noe av proteseretensjonen.

Gnag – Den mest hyppige traumatisering fra protese mot underlaget er forårsaket av gnag. Dette er slimhinnereaksjoner som ofte kommer spontant ved at protesene ute av posisjon bites på plass og dermed skader slimhinnene, eller at protesekantene er for lange. Disse sårerne forekommer hyppigst i underkjeve med sterkt redusert kjevekam. Spesielt utsatt er tørre slimhinner. Sårerne leges i blant spontant etter noen dager, men langt fra alltid. Hos munntørre pasienter kan sårtilhelingen drøye opp til uker og måneder (Fig. 7). Sår som ikke vil gro bør observeres etter at eventuelle protesekorreksjoner er foretatt. Det er ytterst viktig at en følger opp etter som en aldri helt kan utelukke malignitet.



Fig. 7. Gnagsår hos en 71-årig mann som er munntørr. Såret er forårsaket av en skarp tannfylling og har ikke grodd på tre uker etter at traumet ble fjernet. Senere undersøkelse viste tilheling etter seks uker.

Fig. 7. Traumatic ulceration in a 71-year old man suffering from xerostomia. The lesion is caused by a sharp filling, and healing has not occurred three weeks after the trauma has been eliminated. Complete healing was registered after six weeks.

Andre traumer

Det er ikke bare mekaniske traumer som påvirker slimhinnene til eldre. Medisinering hvor pasienten suger på tabletter kan også gi reaksjoner og sår på slimhinnene. Salicylsyretabletter og jerntabletter er eksempler på dette. Også konsentrerte væsker som brukes til skyllinger, f.eks. antiseptika, kan gi reaksjoner på de tynne slimhinnene hos eldre.

Hos eldre mennesker finner vi ofte en høyere «toleranse» for traumatiske faktorer som f.eks. varme. Risikoen for å bli skadet av varm mat og varm drikke kan derfor være større i denne aldersgruppen enn hos yngre. Dette kan traumatisere slimhinnene slik at det oppstår sår. Sårene tilheler normalt i løpet av noen dager. Sår som ikke gror skal en følge nøye opp.

Orale prekankroser

Orale prekankrøse forandringer inndeles i prekankrøse lesjoner og prekankrøse tilstander (22).

De mest hyppige prekankrøse forandringene vi finner hos eldre mennesker er leukoplaki, erytroplaki og lichen planus. Leukoplaki er definert som en hvit flekk på munnslimhinnen som ikke kan diagnostiseres som noen annen forandring eller annen sykdom (22). Eldre tobakksbrukere er i denne sammenheng en spesielt utsatt gruppe. Forandringer på leppene, tungen eller i munnhulegulvet, og spesielt de med innslag av røde flekker, skal taes alvorlig. Lokalisasjonen til munngulvet

er ofte satt i sammenheng med høyt konsum av alkohol og tobakk (Fig. 8). Soppinfeksjoners betydning for eventuell malignisering har vært diskutert. Visse candida-biotyper er blitt påvist å kunne bidra i nitroseringsprosessen ved å danne nitrosaminer og kan dermed eventuelt bidra til malignitetsutvikling (23).

Erytroplakier er mye sjeldnere enn leukoplakier, men mer alvorlige idet de ofte fremviser avanserte dysplasier. De defineres som leukoplakiene, men er røde i stedet for hvite i fargen. Pasienter med diagnostisert erytroplaki og leukoplaki og som røyker og bruker alkohol, bør anbefales å avholde seg fra dette. Når forandringene er lokalisert til leppe, tunge eller munnhulegulv, anbefales det å fjerne lesjonen og foreta en histologisk undersøkelse. Det er viktig at disse pasientene settes på et regelmessig oppfølgingsprogram.

Lichen planus er definert som en prekankrøs tilstand. Det er blitt reist tvil om den tenderer til malignitet. Imidlertid er det undersøkelser som støtter oppfatningen om at lichen har prekankrøse tendenser. Lichen opptrer i mange former og kan inndeles i hvite og røde typer. De må ikke forveksles med leukoplakier (Fig. 9).

Subjektive symptomer opptrer stort sett bare i tilknytning til de røde formene. Lesjonene er også påvist i kontakt med amalgamfyllinger og andre rekonstruksjonsmaterialer (24). Disse lesjonene betegnes som lichenoid. Behandlingen skjer



Fig. 8. Homogen leukoplaki til høyre i munngulvet hos en 67-årig mann med stort konsum av tobakk og alkohol. I frenulum linguae sees cancer i tidlig stadium.

Fig. 8. Homogeneous leukoplakia to the right in the floor of the mouth in a 67-year old man with a high consumption of tobacco and alcohol. An early-stage cancer can be seen in the lingual frenulum.



Fig. 9. Sjelden forekomst av leukoplaki og lichen samtidig hos samme pasient. Leukoplaki i munnviken og lichen dorsalt. De to forandringene er lite fremtredende, men viser likevel den kliniske forskjellen.

Fig. 9. A rare case of a simultaneous presence of leukoplakia and lichen. Leukoplakia in the commissure and lichen in a dorsal location in the buccal mucosa. The lesions show a delicate appearance. The clinical difference is though demonstrated.

i ulike faser og omfatter eliminasjon av traumatiske forhold, antimykotisk og antiinflammatorisk behandling og kirurgi. I de senere år har man ment at lichen planus kan påvirkes av psykiske faktorer. En utelukker derfor ikke at en i behandlingen inkorporerer også psykoterapeutiske metoder (25).

Tumorer

Godartete tumorer

Det finnes en rekke godartete tumorer f.eks. papillom, fibrom, lipom og hemangiom som man finner noe oftere hos eldre enn yngre individer. Men heller ikke blant eldre forekommer de hyppig. Kavernøse hemangiomer er mer å betrakte som misdannelser og ligner mange ganger varicer. Hos eldre er varicer et ganske vanlig fenomen som oftest sees under tungen, der venene kan være kraftig utvidede. Ikke sjelden registreres multiple, punktformige varicer også andre steder på slimhinnene, spesielt på tungens sider og på kinnslimhinnen. Et klinisk diagnostisk kjennetegn er at de tømmer seg ved trykk (Fig. 10). Disse tilstandene behandles ikke og forandringene har ikke noe med for høyt blodtrykk å gjøre.

Maligne tumorer

Ut fra ulike statistikker (26,27) synes faren for maligne tumorer å øke med stigende alder. Det betyr at aldersgruppen over 67 år, og spesielt de over 80, er mer utsatt for cancer i munnhulen enn yngre individer. Men både rase, levemåte og kulturforskjeller ser ut til å ha betydning for hyppigheten av cancer (28). Imidlertid er faren for cancer i munnhulen liten i Skandinavia (ca. 2% av alle maligne tumorer). Selv om risikoen er lav, er det desto viktigere å kunne diagnostisere et krefttilfelle når det foreligger (Fig. 11). Hos eldre tobakks-

brukere som i tillegg bruker alkohol, bør man være svært observant ved den kliniske undersøkelsen av munnhulen, da risikoen for cancer øker eksponentielt med kombinasjonen av disse vanene.

Den vanligste kreftform i munnhulen er plateepitelcarcinom (90%) som lokaliseres hovedsaklig på lepper, tunge, den bukkale slimhinnen og munnhulegulvet, hvor underleppen er det mest vanlige stedet. Mens cancer generelt er jevnt fordelt mellom kjønnene, er leppecarcinom vesentlig hyppigere hos menn enn hos kvinner. De kliniske tegn er mange og ikke helt karakteristiske i alle stadier. I typiske tilfeller ses det et sentralt, smerteløst lite fibrinbelagt sår med hyperplastiske oppdrevne kanter som er forankret til underlaget. Det sees også eksofytiske former som etterhvert utvikler en papillomatøs struktur i form av verrukøs cancer. De ulcerøse formene har større tendens til å metastasere og har vanligvis en dårligere prognose enn de verrukøse formene.

Ved mistanke om cancer skal pasienten så snart som mulig henvises til nærmeste sykehus og spesialist for videre undersøkelse.

Tungeforandringer

Kanskje er det på tungeslimhinnene man ser den mest typiske aldersforandringen i munnhulen. Fra barn og fram til voksen alder har tungen en jevn papillær overflate, mens papillmønsteret hos gamle i blant er mer uttynnet. Papillene er meget følsomme for ulike ernæringsforstyrrelser (15). Det klassiske eksempel på ernæringsforstyrrelser som påvirker



Fig. 10. Varicer under tungen.

Fig. 10. Varicose veins under the tongue.

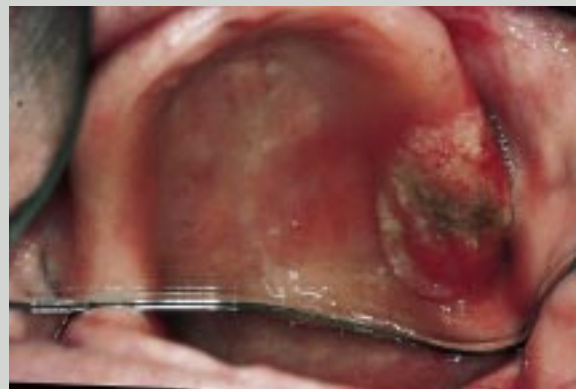


Fig. 11. Carcinom i ganen hos en eldre kvinne. Det sees en typisk indurert kant og et sentralt sår.

Fig. 11. Carcinoma in the palate in an elderly woman. A typical indurated margin and a central ulceration can be seen.

tungen er relatert til jern-, B₁₂- og folsyremangel. Disse forårsaker i blant typiske overflateforandringer. Jernmangel gir klassisk en glatt og rød overflate, mens B₁₂- og folsyremangel gir en ruglete overflate. Hos de fleste eldre pasienter opptrer imidlertid mer blandede og uspesifikke forandringer, der overflaten av tungen er helt slett og rød (Fig. 12). Det synes som om dette kan være en del av den generelle atrofi av fordøyelseskanalen som etterhvert kan inntreffe i høy alder.

De mest vanlige spesifikke forandringene vi finner på tungeoverflaten er lingua geografica og lingua fissurata. Når det gjelder lingua geografica, opptrer den i sin klassiske form med papilleatrofi omgitt av en rød sone med gulaktige eller hvite girlandformige linjer. Dette mønsteret kan variere fra tid til annen.

Lingua geografica kan gi subjektive symptomer som en brennede følelse på tungen, spesielt etter inntak av forskjellig mat og drikke. Lingua geografica opptrer av og til sammen med fissurering av tungen. Lingua geografica som gir subjektive symptomer kan behandles med pensling med en blanding av salicylsyre og alkohol. Hos eldre mennesker kan det også være legitimt å behandle med C-vitaminpreparater. Lingua fissurata (Fig. 13) med symptomer kan behandles med rengjøring av tungen, f.eks. med vannstoffperoksyd.

Belagt tunge og lingua villosa

Hos eldre finner vi ofte et gulhvitt belegg på tungen og forlengelse av tungepapillene (Fig. 14). Dette henger ofte sammen med den eldre reduserede motilitet av tungen i kombinasjon

med retensjon av matrester og manglende rengjøring av tungen. Dette er en tilstand som vanligvis ikke plager den eldre, men kan være til sjenanse både estetisk og pga. lukt. Behandlingen går ut på å rengjøre tunge og munnhule, f.eks. børsting med en vannopløsning av pimpestein.

Pigmentering

Som en følge av aldringsprosessen vil mange eldre få hyper- og hypopigmenteringer, spesielt på huden. Imidlertid synes ikke disse aldersforandringene å være like omfattende i munnhulen. Ofte skyldes melaninpigmenteringer i munnhulen å være forårsaket av tobakksrøyking, «*smoker's melanosis*». Disse pigmenteringene er helt ufarlige og finnes i alle aldersgrupper.

Amalgampigmenteringer var for noen år siden et helt vanlig fenomen og skyldtes i mange tilfeller fyllingstekniske problemer (subgingivale fyllinger, traumer i forbindelse med preparering). De er stort sett helt ufarlige. Ettersom amalgam mer og mer blir erstattet av andre fyllingsmaterialer, vil denne type pigmenteringer etterhvert nesten forsvinne. Liknende typer av pigmentering forårsaket av bly og vismut, som man tidligere så ganske ofte i form av bly- og vismutsømmer i gingiva, er i dag stort sett forsvunnet.

English summary

Oral medicine in elderly people

In elderly people skin shows significant age changes. Corresponding changes of the oral mucosa are discrete and hardly



Fig. 12. Depapillert tunge hos gammel kvinne med multipel ernæringsmangel.

Fig. 12. Depapillated tongue in an old woman with multiple nutritional deficiencies.



Fig. 13. Tunge hos 71-årig mann. Det sees multiple, dype fissurer som ga mannen symptomer.

Fig. 13. Tongue in a 71-year old man. The tongue shows multiple deep fissures which were accompanied by symptoms.



Fig. 14. Lingua villosa hos eldre mann som røyker pipe.

Fig. 14. Hairy tongue in an elderly man who is regular pipe smoker.

clinically recognizable. However, saliva changes in parallel with disease and medicine intake may make age-related oral mucosal changes comparatively prevalent. Nutrition deficiencies are accompanied by classical oral signs and symptoms, although in elderly people typical appearances may be absent due to a general alimentary tract atrophy. Candidosis is the most prevalent infection encountered in the elderly – more often in its erythematous than in its pseudomembranous form. Even though the number of denture wearers is reduced, it is important to follow up on lesions such as denture stomatitis, angular cheilitis, denture-related hyperplasias and ulcerations caused by over-extended dentures. Ulcerations as well as specific precancerous lesions/conditions such as leukoplakia and lichen planus are relatively frequent found in old people. The risk of developing malignancies must never be overlooked. Even if tongue lesions are almost always benign they may cause symptoms which interfere with eating and talking. Geographic, fissured and hairy tongue should be treated whenever it is bothering the patient.

Referanser

1. Holm-Pedersen P, Løe H. Textbook of geriatric dentistry. 2nd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1996.
2. Tryon AF. Oral health and aging. An interdisciplinary approach to geriatric dentistry. Massachusetts: PSG Publishing Company, INC; 1986.
3. Axéll T. Oral medicin i ett internasjonelt perspektiv. Sver Tandläkarförb Tidn 1995; 87: 1017-21.
4. Kydd WL, Daly CH. The biologic and mechanical effects of stress on oral mucosa. J Prosthet Dent 1982; 47: 317-29.
5. Pickett HG, Appleby RG, Osborn MO. Changes in the denture supporting tissues associated with the aging process. J Prosthet Dent 1972; 27: 257-62.
6. Richman MJ, Arbarbanel AR. Effects of estradiol upon the atrophic human buccal mucosa with a preliminary report on the use of estrogen in the management of senile gingivitis. J Clin Endocrinol 1943; 3: 224-6.
7. Shklar G. The effects of aging upon oral mucosa. J Invest Dermatol 1966; 47: 115-20.
8. Løe H, Karring T. The three-dimensional morphology of the epithelium – connective tissue interface of the gingiva as related to age and sex. Scand J Dent Res 1971; 79: 315-26.
9. Plewig G. Regional differences of cell sizes in the human stratum corneum. J Invest Dermatol 1970; 54: 19-23.
10. Wolff A, Ship JA, Tylanda CA, Fox PC, Baum BJ. Oral mucosa is unchanged in healthy, differentaged persons. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991; 71: 569-72.
11. Belding JH, Tade WH. Evaluation of epithelial maturity in hormonally related stomatitis. J Oral Med 1978; 33: 17-9.
12. Baum BJ. Changes in salivary glands and salivary secretion with aging. In: Holm-Pedersen P, Løe H, editors. Textbook of geriatric dentistry. 2nd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1996. p. 117-26.
13. Scully C, Cawson RA. Medical problems in dentistry. 3rd ed. Oxford: Wright; 1993.
14. Axéll T. Munslemhinneförändringar. Klinik och behandling. 5:e upplagan. Stockholm: Förlagshuset Gothia; 2000.
15. Bøhmer T, Mowe M. The association between atrophic glossitis and protein-calorie malnutrition in old age. Age Ageing 2000; 29: 47-50.
16. Rorvik FB, Laake K. Medication among pensioners in homes for the aged and nursing homes. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 1335-8.
17. Odds FC. Candida and candidosis – a review of bibliography. 2nd ed. London: Baillière Tindall – WB Saunders; 1988.
18. Axéll T, Samaranyake LP, Reichart PA, Olsen I. A proposal for reclassification of oral candidosis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Enodod 1997; 84: 111-2.
19. Öhman S-C, Dahlén G, Möller Å, Öhman A. Angular cheilitis: a clinical and microbial study. J Oral Pathol 1986; 15: 213-7.
20. Axéll T, Liedholm R. Occurrence of recurrent herpes labialis in an adult Swedish population. Acta Odontol Scand 1990; 48: 119-23.
21. Fløystrand F, Ambjørnsen E, Valderhaug J, Norheim PW. Oral status and acceptance of dental services among some elderly persons in Oslo. Acta Odontol Scand 1982; 40: 1-8.
22. Axéll T, Pindborg JJ, Smith CJ, van der Waal I and an International Collaborative Group on Oral White Lesions. Oral white lesions with special reference to precancerous and tobacco-related lesions: conclusions of an international symposium held in Uppsala, Sweden; May 18-21 1994. J Oral Pathol Med 1996; 25: 49-54.
23. Krogh P. The role of yeasts in oral cancer by means of endogenous nitrosation. Acta Odontol Scand 1990; 48: 85-8.
24. Bolewska J, Hansen HJ, Holmstrup P, Pindborg JJ, Stangerup M. Oral mucosal lesions related to silver amalgam restorations. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990; 70: 55-8.
25. Hampf BGC, Malmström MJ, Aalberg VA, Hannula JA, Vikkula J. Psychiatric disturbance in patients with oral lichen planus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987; 63: 429-32.
26. Storm HH, Manders T, Friis S, Brandt B. Cancer incidence in Denmark 1990. Copenhagen: Danish Cancer Society; 1994.
27. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gau Y-T, Feyrly J, Powell J, editors. Cancer incidence in five continents Vol. VI. Lyon: IARC Scientific Publications No. 120; 1992.
28. Pindborg JJ, Holmstrup P. Pathology and treatment of diseases in oral mucos membranes and salivary glands. In: Textbook of Geriatric Dentistry, 2nd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1996: p. 406-28.

Forfattere

Eirik Ambjørnsen, forskningsleder, dr.odont.

Seksjon for gerodontologi, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, Norge

Tony Axéll, professor, odont.dr.

Seksjon for gerodontologi, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, Norge

Korrespondanse:

Eirik Ambjørnsen, Tako-senteret, Det odontologiske fakultet, postboks 1109 Blindern, N-0317 Oslo, Norge