

Tema: Dansk Selskab for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi 50 år

Forord

Dansk Selskab for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi (DSTMK) fylder 50 år. Det ældste specialselskab under DTF fejrer sit 50-års-jubilæum med et internationalt kursus i Tand-, Mund- og Kæbekirurgi på Shæffergården den 22.-23. november 2002. I forbindelse med jubilæet udgives dette særnummer af *Tandlægebladet*. Bestyrelsen giver et rids af selskabets historie, og en række medlemmer af selskabet takkes for bidrag til dette nummer med artikler der viser spændvidden og udviklingen af tand-, mund- og kæbekirurgien til i dag.

Vi håber at denne udgave af *Tandlægebladet* må stå som et vidnesbyrd om et fag i rivende udvikling, og det er vores håb at kæbekirurgien må få gode muligheder for fortsat at udvikle sig, både hvad angår forskning der fører til bedre diagnostik og behandling, og formidling af denne viden til tandlægestuderende og til tandlæger i efteruddannelse og under videreuddannelse, til gavn for patienterne.

På DSTMK's vegne
Morten Schiødt



Forsidebilledet viser to af pionererne i Tandlægekirurgisk Selskab af 1952, det senere Dansk Selskab for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi, *Herluf Baggesen* (tv.) og *Jørgen Rud* (th.), flankeret af *Dr. Goldman*, London (tv.), og *Dr. Driscoll*, Bethesda, Washington, samt *Mrs. Helen Krogh*, Washington, (th.). Billedet stammer fra banketten i Guildhall, London, i anledning af 1st International Conference on Oral Surgery i 1962.

Oral medicin og oral patologi

Jesper Reibel og Morten Schiødt

Artiklen gennemgår nogle hovedtræk i udviklingen inden for oral medicin og oral patologi gennem de sidste 50 år. Inden for den orale medicin er udviklingen præget af nye sygdomsopfattelser og -mønstre på baggrund af ny viden samt ændringer i livsstil, levealder og medicinsk behandling. Rutinemæssig anvendelse af immunhistokemiske og visse molekylærbiologiske metoder har betydet store fremskridt inden for den diagnostiske orale patologi.

Oral patologi omhandler mundhulesygdommes årsager, opståelsesmekanismer, klassifikation, diagnose og forløb som baggrund for forståelsen af den kliniske diagnostik, forebyggelse og behandling. Den odontologiske histopatologiske diagnostik cementeredes af Sundhedsstyrelsen i 1981, hvor tandlæger fik mulighed for at opnå tilladelse hertil på baggrund af Indenrigsministeriets bekendtgørelse om begrænsning i tandlægernes virksomhedsområde.

Oral medicin er vanskeligere at definere som fagområde. J.J. Pindborg anvendte oral medicin som betegnelse for mundslimhindesygdomme, herunder orale manifestationer af almensygdomme, men mere omfattende definitioner er foreslået. Smarter og neurosensoriske forstyrrelser, spytkirtelsygdomme, psykosomatiske lidelser samt medicinsk/fysiologisk kompromitterede patienter i øvrigt inkluderes nu ofte i definitionerne, ligesom udtrykket »non-surgical management« indgår i de fleste definitionsforslag (se fx American Academy of Oral Medicine www.aaom.com).

Pindborgs betydning for oral patologi og oral medicin er næppe læserne ubekendt. Pindborg understregede betydningen af en tæt relation mellem klinik og patologi, hvilket udbyggedes da der fra 1977 på Københavns Tandlægehøjskole blev indført skemalagt patientvaretageelse og undervisning i oral medicin i samarbejde med den orale kirurgi. I januar 1980 indførtes faget generel medicin i den odontologiske studieplan. Som det fremgår neden for, er disse tiltag særdeles væsentlige som udviklingen har formet sig.

Sygdomsklassifikationer

Klassifikation af sygdomme er ikke et mål i sig selv, men et forsøg på at gruppere sygdomme efter deres natur mhp. at instituere den optimale behandling. De første tiltag i forbindelse med klassifikation af odontogene tumorer blev taget af J.J. Pindborg og Finn Prætorius i slutningen af 1950'erne, og WHO's klassifikationer fra 1971 og 1992 bygger på disse tidlige overvejelser. I den nyeste klassifikation af odontogene

tumorer og relaterede lidelser (1), herunder cyster, er flere nye enheder kommet til: »Squamous odontogenic tumor«, »Clear cell odontogenic tumor«, glandulær odontogen cyste og inflammatorisk paradental cyste (»Craigs cyste«).

Den orale medicin har været præget af HIV-infektion/AIDS, der første gang konstateredes i 1981. De hyppige og talrige orale manifestationer af HIV-infektion førte til en ny WHO-klassifikation (2). En klinisk/patologisk klassifikation af oral cancer og præcancer har set dagens lys i WHO's regi (3), og WHO's klassifikation af spytkirteltumorer fra 1991 inkluderede ikke færre end 30 epiteliale tumorer (4).

Oral medicin

Egentlige nye mundhulesygdomme er der beskrevet relativt få af gennem de sidste 50 år. Derimod har sygdomsopfattelse og -mønstre ændret sig gradvist. Det er således blevet klart at ændringer i livsstil og levealder samt systemiske sygdomme og deres behandling har stor indflydelse på sygdomsudvikling i mundhulen. Et eksempel er *Candida*-infektioner, hvor den blotte tilstedeværelse af gærsvampen formentlig sjældent eller aldrig i sig selv fører til sygdom.

Et andet eksempel som har præget den orale medicin i særlig grad, er forståelsen af sammenhængen mellem munddefekter og opportunistiske infektioner med deraf følgende orale manifestationer. Et eksempel er den »hårede leukoplaki« ved HIV-infektion/AIDS (5) (Fig. 1), der i dag opfattes som en opportunistisk infektion med Epstein-Barr-virus hos en immunsupprimeret vært.

Tandlæger møder i stigende grad patienter med komplicerede almensygdomme og behandlingsregimer. En sundere livsstil samt forbedret diagnostik og medicinsk behandling vil resultere i at mange patienter vil overleve sygdomme og medicinske tilstande længere end tidligere.

I takt med at ældrepopulationen øges, forventes en øget forekomst af behandlingskrævende systemiske sygdomme og dermed øget forekomst af sygdoms- og medicininducerende tilstande i mundhulen. Der er derfor en stigende interes-

se for samspillet mellem intern- og oralmedicinske forhold, som per 1. april 2001 udmøntede sig i politisk vilje til at yde økonomisk støtte til udvalgte grupper af patienter som pga. systemisk sygdom (Sjögrens syndrom), behandling med kemoterapi eller strålebehandling i hoved-hals-området udvikler sygdom i mundhulen (»Lov om ændring af lov om tandpleje«).

Klinisk erfaring og forskning har vist at visse systemiske sygdomme og medicinske tilstande, samt behandlingen heraf, kan påvirke mundhulens væv. Eksempelvis kan hæmatologiske sygdomme, autoimmune sygdomme samt medicinindtagelse medføre udtalte mundslimhindeforandringer og/eller symptomer. Stigningen i organtransplantationer og den hermed associerede medicinske behandling har ført til en række mundhuleproblemer hos patienterne.

Det er ligeledes velkendt at sygdomme som Sjögrens syndrom, dysreguleret diabetes mellitus, systemiske infektioner og medicinsk behandling kan give mundtørhed og nedsat spytksekretion, med deraf følgende øget cariesaktivitet og forekomst af mundslimhindeinfektioner (6,7). Derudover kan behandling af maligne tumorer med strålebehandling i hoved-hals-regionen samt kemoterapi medføre omfattende skader på mundhulens væv og spytkirtlerne.

En af de faktorer der i stigende grad er fokuseret på, er rygning. Det var kun to år før DSTMK's fødsel at sammenhængen mellem rygning og lungecancer blev sandsynliggjort (8). I perioden blev rygning som altovervejende årsag til oral cancer ligeledes udredt, og i de senere år er rygning som en årsagsfaktor til mange andre mundhulesygdomme afdækket (9).

Orale manifestationer af hud- og/eller almensygdomme har i overensstemmelse med ovenstående udgjort en stor del

af den oralmedicinske forskning i de sidste 50 år (5, 10-11) (Fig. 2).

Som konsekvens af ovennævnte udvikling vil den praktiserende tandlæge blive stillet over for krav om øget forståelse af livsstil samt systemiske sygdomme og deres medicinske behandling i forbindelse med odontologisk udredning, diagnostik og behandling. Tandlægen må indgå i et tæt samarbejde med patientens egen læge, speciallæge og/eller hospitalsafdeling.

Oral histopatologisk diagnostik

Lysmikroskopisk undersøgelse af hæmatoksylin-eosin-farvede snit er stadig central ved diagnostik af de fleste orale sygdomme. Mens elektronmikroskopisk undersøgelse kun har bidraget i mindre grad til diagnostikken, har udviklingen af molekylær og genetisk diagnostik været et betydeligt fremskridt. Immunhistokemien, der introduceredes i 1941, er blevet et tiltagende vigtigt hjælpemiddel. I mange år var den diagnostiske anvendelse rettet mod visse autoimmune sygdomme som lupus erythematosus samt pemfigoid og pemphigus, men især efter fremstillingen af monoklonale antistoffer midt i 1970'erne udvidedes anvendelsen bl.a. til tumordiagnostik og afdækning af molekylærbiologiske forandringer ved udvikling af cancer (12,13). En forudsætning for immunhistokemiens succes var muligheden for at anvende metoderne på rutinemæssigt fikseret og præpareret væv, hvilket blev opnået gennem 1970'erne og 1980'erne (12).

Immunhistokemiens anvendelse i tumordiagnostikken bygger på at en celle opretholder visse molekylære karakteristika, selv om den er neoplastisk omdannet. Ved lavt differentierede tumorer, som vanskeligt kan diagnosticeres på morfologisk grundlag alene, eller ved differentialdiagnostik

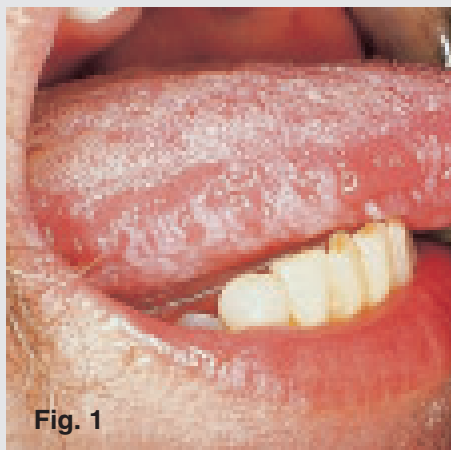


Fig. 1



Fig. 2

Fig. 1. Håret leukoplaki hos 25-årig mand med HIV-infektion.

Fig. 2. Diskoid lupus erythematosus i kindslimhinden hos en 45-årig mand.

mellem tumorer der morfologisk viser stor lighed, kan immunhistokemien afsløre tumors natur (Fig. 3,4) hvorved optimal udredning og behandling kan iværksættes.

In situ-hybridiseringsteknikken, der udvikledes sidst i 1960'erne, gjorde det muligt at påvise genetisk information i DNA- og RNA-molekyler direkte i vævssnit (14). Inden for diagnostikken er metoden især anvendt i forbindelse med påvisning af virus. De nye teknikker har tillige ført til identifikation af genetiske ændringer der har prognostisk betydning i forbindelse med cancerudvikling (15).

Parallelt med udviklingen inden for diagnostisk patologi er

man blevet tiltagende opmærksom på dens begrænsninger. Som eksempel kan nævnes oral epiteldysplasi, hvor der først for nylig er fremkommet klar evidens for de store inter- og intraindividuelle variationer i diagnostik og gradering (16).

Nye molekylærbiologiske metoder vil utvivlsomt præge udviklingen fremover, ikke blot inden for den diagnostiske orale patologi, men også i forbindelse med klinisk diagnostik. Dette nødvendiggør en styrket grunduddannelse på dette felt, ligesom disse aspekter må inddrages i efteruddannelsen af tandlæger.

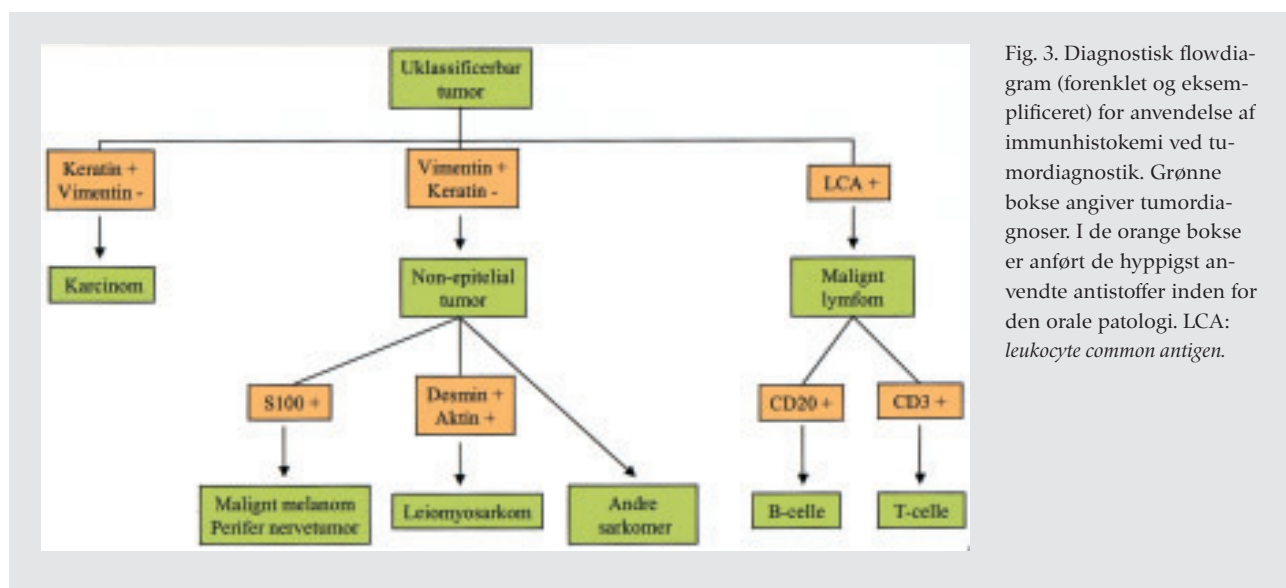


Fig. 3. Diagnostisk flowdiagram (forenklet og eksemplificeret) for anvendelse af immunhistokemi ved tumordiagnostik. Grønne bokse angiver tumordiagnoser. I de orange bokse er anført de hyppigst anvendte antistoffer inden for den orale patologi. LCA: leukocyte common antigen.

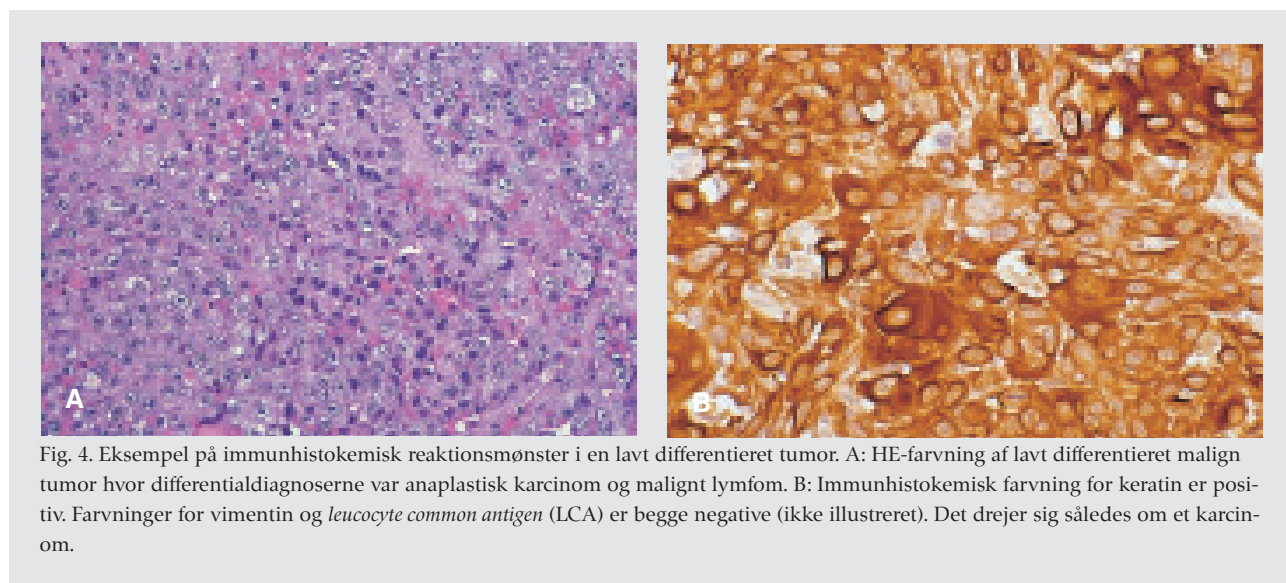


Fig. 4. Eksempel på immunhistokemisk reaktionsmønster i en lavt differentieret tumor. A: HE-farvning af lavt differentieret malign tumor hvor differentialdiagnoserne var anaplastisk karcinom og malignt lymfom. B: Immunhistokemisk farvning for keratin er positiv. Farvninger for vimentin og leukocyte common antigen (LCA) er begge negative (ikke illustreret). Det drejer sig således om et karcinom.

Litteratur

1. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic tumors. 2. udg. Berlin: Springer; 1992.
2. EC-Clearinghouse on oral problems related to HIV infection and WHO collaborating centre on oral manifestations of the immunodeficiency virus. Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. J Oral Pathol Med 1993; 22: 289-91.
3. Pindborg JJ, Reichart PA, Smith CJ, van der Waal I. Histological typing of cancer and precancer of the oral mucosa. 2nd ed. Berlin: Springer; 1997.
4. Seifert G. Histological typing of salivary gland tumours. 2nd ed. Berlin: Springer; 1991.
5. Schiødt M, Greenspan D, Daniels TE, Greenspan JS. Clinical and histologic spectrum of oral hairy leukoplakia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987; 64: 716-20.
6. Christensen LB, Petersen PE, Thorn JJ, Schiødt M. Dental caries and dental health behavior of patients with primary Sjögren syndrome. Acta Odontol Scand 2001; 59: 116-20.
7. Nordgarden H, Pedersen AM, Nauntofte B. Spyttkertelfunksjon ved generelle medisinske tilstander og sykdommer. I. Holmstrup P, red. Odontologi 2001. København: Munksgaard; 2001. p. 129-56.
8. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. Preliminary report. BMJ 1950; ii: 739-48.
9. Reibel J, Stoltze K. Tobak og mundhulen. I. Holmstrup P, red. Odontologi 2002. København: Munksgaard; 2002. p. 25-37.
10. Schiødt M. Oral manifestations of lupus erythematosus. Int J Oral Surg 1984; 13: 101-47.
11. Thorn JJ, Holmstrup P, Rindum J, Pindborg JJ. Course of various clinical forms of oral lichen planus. A prospective follow-up study of 611 patients. J Oral Pathol 1988; 17: 213-8.
12. Jordan RCK, Daniels TE, Greenspan JS, Regezi JA. Advanced diagnostic methods in oral and maxillofacial pathology. Part II: Immunohistochemical and immunofluorescent methods. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 93: 56-74.
13. Dabelsteen E, Clausen H, Mandel U. Aberrant glycosylation in oral malignant and premalignant lesions. J Oral Pathol Med 1991; 20: 361-8.
14. Jordan RCK, Daniels TE, Greenspan JS, Regezi JA. Advanced diagnostic methods in oral and maxillofacial pathology. Part I: Molecular methods. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001; 92: 650-69.
15. Sudbø J, Kildal W, Risberg B, Koppang HS, Danielsen HE, Reith A. DNA content as a prognostic marker in patients with oral leukoplakia. N Engl J Med 2001; 344: 1270-8.
16. Karabulut A, Reibel J, Therkildsen MH, Prætorius F, Nielsen HW, Dabelsteen E. Observer variability in the histologic assessment of oral premalignant lesions. J Oral Pathol Med 1995; 24: 198-200.

Forfattere

Jesper Reibel, professor, lic. et dr.odont.

Afdeling for Oral Patologi & Medicin, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Morten Schiødt, konst. adm. overtandlæge, dr.odont.

Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk Afdeling, Københavns Amts Universitetssygehus, Glostrup, og kirurgisk henvisnings praksis, Købmagergade 52, København K