

Abstract

Parodontalt klassifikationssystem i praksis

Behandlinger i sundhedssektoren forudsætter en korrekt diagnose. I den daglige tandlægepraksis vurderes de parodontale væv ved anvendelse af en række kliniske parametre, typisk pochemål, klinisk fæstetab, blødning ved pochemåling og radiologisk knogletab. Vurderingen af en patient med parodontal sygdom kræver imidlertid en række supplerende oplysninger. Da den individuelle tilbøjelighed til at udvikle fæstetab er stærkt varierende, og da behandlingen kan variere afhængigt af denne tilbøjelighed, er det afgørende, at der til den enkelte patient knyttes en overordnet diagnose, fx kronisk eller aggressiv marginal parodontitis, baseret på sygdomsaktiviteten. Da de kliniske fund på det enkelte site også er afgørende for behandlingen, er de detaljerede oplysninger om de sygdomsramte sites naturligvis nødvendige. Oplysninger om sygdommens udbredelse, dvs. antal involverede sites/tænder og sværhedsgrad, dvs. størrelsen af fæstetabet, er imidlertid også nødvendige for en fyldestgørende beskrivelse af sygdommen. De behov, der knytter sig til forskningsmæssig anvendelse af data og til anvendelsen i det daglige kliniske arbejde, er ikke sammenfaldende, og de problemer, der er i forbindelse med valget af sygdomskriterier, indebærer en fortsat diskussion. Der er således ikke nogen definition af en parodontitispatient, der nyder bred international anerkendelse. Forfatterne har med udgangspunkt i internationalt anerkendte klassifikationssystemer udarbejdet et klassifikationssystem, der med fordel kan finde anvendelse i praksis.

Emneord:
Periodontal diseases;
classification;
diagnosis

Parodontale sygdommes klassifikation: en praksisrelateret indfaldsvinkel

Andreas Stavropoulos, lektor, dr.odont., ph.d., Afdeling for Parodontologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet

Palle Holmstrup, professor, dr.odont., ph.d., Afdelingerne for Parodontologi, De Odontologiske Institutter, De Sundhedsvidenskabelige Fakulteter, Københavns og Aarhus Universiteter

Eva Karring, studielektor, ph.d., Afdeling for Parodontologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet

Anne Havemose-Poulsen, afdelingstandlæge, ph.d., Afdeling for Parodontologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

En afgørende baggrund for enhver behandling, uanset medicinsk disciplin, er en korrekt diagnose. I den daglige kliniske tandlægepraksis diagnosticeres og klassificeres parodontale forhold traditionelt på grundlag af klinisk undersøgelse ved brug af parametrene blødning ved pochemåling (BOP), pochedybde (PD), klinisk fæstetab (CAL) og radiologisk knogletab (RBL). Desuden efter omfanget af behandlingsbehov, dvs. i gingivitis eller marginal parodontitis (MP) med deraf følgende individuel forebyggende behandling (IFB) og almindelig (APA) eller udvidet (UPA) parodontalbehandling. I mange tilfælde kan kompleksiteten i patofysiologi og variationen i ætiologi og patogenese dog påvirke parodontiet på en sådan måde, at der kræves en mere omfattende overordnet diagnostik. Tilbøjeligheden til parodontal nedbrydning er således afgørende for behandling og opfølgning. Det er derfor vigtigt, at der til hver patient knyttes en overordnet diagnose, der afspejler denne tilbøjelighed. Standardisering af nomenklaturen for klassifikation af parodontale sygdomme er i øvrigt afgørende for korrekt journalisering og kommunikation mellem behandlere og myndigheder.

Formålet med denne artikel er at omtale den aktuelle internationalt anerkendte nomenklatur og diskutere modifikationer heraf fra en praksisrelevant indfaldsvinkel med det mål at præsentere et klassifikationssystem for marginal parodontitis til daglig brug i klinikken.

American Academy of Periodontology (AAP)

Den bredest internationalt anerkendte nomenklatur stammer fra en i 1999 afholdt World Workshop for Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions, som blev arrangeret af American Academy of Periodontology, og den omfatter følgende kategorier/tilstande (1):

1. Gingivale sygdomme

I denne kategori er inkluderet inflammatoriske sygdomme i gingiva, som ikke er forbundet med parodontalt fæstetab. Disse sygdomme kan forekomme i et tidligere uskadt parodontium, men også i et parodontium, som har haft fæstetab som følge af marginal parodontitis, men som på det aktuelle tidspunkt er behandlet og ikke gennemgår yderligere destruktion.

A. Plakinducerede gingivale sygdomme

Denne kategori omfatter tilstande, som kræver tilstedeværelse af den orale biofilm som ætiologisk faktor:

- Gingivitis på grund af tilstedeværende plak, med eller uden andre lokale medvirkende faktorer, fx cervikal caries, fyldningsdefekter eller fyldningsoverskud osv.
- Gingivale sygdomme modificeret af systemiske faktorer, som dem der er forbundet med:
 - det endokrine system, fx pubertets-associeret gingivitis, menstruationscyklus-associeret gingivitis, graviditets-associeret gingivitis eller graviditets-associeret pyogent granulom, diabetes mellitus-associeret gingivitis
 - blodmaligniteter, fx leukæmi-associeret gingivitis
 - medikamenter, herunder medicin-induceret gingival hyperplasi, fx fra antihypertensiva (calciumantagonister, nifedipin), antiepileptika (phenytoin), eller immunsuppressive medikamenter (ciclosporin) eller medicinpåvirket gingivitis, fx p-pille-associeret gingivitis
 - underernæring, herunder ascorbinsyremangel-associeret gingivitis (skørbug)

Disse tilstande er sædvanligvis reversible, når hyppig og effektiv fjernelse af den ætiologiske faktor, den orale biofilm, er gennemført. Dog kan medicininduceret hyperplasi kræve kirurgisk korrektion af den hyperplastiske gingiva.

B. Ikke-plakinducerede gingivale sygdomme (2)

Denne kategori omfatter gingival inflammation, der ikke skyldes plak, men kan være forårsaget af særlige infektioner:

- bakterier (fx *Neisseria gonorrhéa*, *Treponema pallidum*, streptokokker)
- virus (Herpes simplex type 1 og 2, Varicella-zoster)
- svampe (fx *Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Candida parapsilosis*, *Histoplasma capsulatum* mv.)

Denne kategori omfatter desuden gingivitis, der forekommer som udtryk for:

- dermatologiske lidelser (fx lichen planus, slimhindepem-

Faktaboks

Overordnede diagnoser for de hyppigst forekommende parodontale sygdomme, som anvendes på tandlægeskolerne i Danmark:

Gingivitis-former med stor sygdomsaktivitet

- Gingivitis acuta** (akut gingivitis)
Oftest akut ikke-plakassocieret infektion eller læsion med medicinsk sygdom
- Gingivitis acuta necroticans** (akut nekrotiserende gingivitis)

Gingivitis-former med ringe sygdomsaktivitet

- Gingivitis chronica** (kronisk gingivitis)

Parodontitis-former med stor sygdomsaktivitet

- Parodontitis marginalis acuta necroticans** (akut nekrotiserende marginal parodontitis)
- Parodontitis marginalis progressiva rapida** (Aggressiv marginal parodontitis)
(Omfatter de aldersbeskrivende diagnostiske undergrupper: *parodontitis marginalis præpubertalis*, *parodontitis marginalis juvenilis*, *parodontitis marginalis adulta progressive rapida*)

Parodontitis-former med ringe sygdomsaktivitet

- Parodontitis marginalis adulta progressiva lenta** (Kronisk marginal parodontitis)

figoid, pemfigus vulgaris, erythema multiforme, lupus erythematosus)

- allergiske reaktioner over for dentale materialer (fx kviksølv, nikkel, akryl), tandpasta, mundskyllevæske, fødevarer
- toksiske eller fremmedlegeme-reaktioner
- fysiske, kemiske eller termiske traumer

2. Former for marginal parodontitis

I denne kategori er inkluderet infektiøse sygdomme forårsaget af den orale biofilm, der resulterer i inflammation i tændernes støttevæv med fæstetab.

A. Aggressiv marginal parodontitis (AgP)

Primære karakteristika ved denne form for MP er det hurtigt forløbende fæstetab hos i øvrigt raske patienter. Sygdommen debuterer hyppigst i ung alder, men kan ses i alle aldre, og der ses familiær sammenhæng, dvs. sygdommen optræder ofte hos flere medlemmer i samme familie. Derudover præsenterer AgP sekundære karakteristika, der oftest, men ikke altid, er til stede. Fx viser patienter med AgP ofte dårlig korrelation mellem mængden af plak og sværhedsgraden af fæstetab, hvilket kan have betydning

for behandlingen, da selv umiddelbart rene tænder kan blive ramt af fæstetab. Der er undertiden forhøjede mængder af *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* og *Porphyromonas gingivalis* i nogle befolkningsgrupper, og nogle præsenterer fagocytabnormiteter eller hyperresponsiv makrofag-fænotype.

På basis af den kliniske manifestation, inddeles AgP i:

- a. en lokaliseret form, der normalt har debut omkring puberteten, med fæstetab på 6'ere og incisiv, men som ikke involverer mere end to andre tænder end 6'ere og incisiv. Det er karakteristisk, at patienterne har et robust serum antistof-respons.
- b. en generaliseret form, der oftest debuterer hos unge (< 30 år), men patienterne kan dog være ældre, og denne form involverer mindst tre permanente tænder andre end første molarer/incisiv. Patienterne har sædvanligvis et lavt serumantistof-respons. Perioder med sygdomsaktivitet efterfølges af perioder med passivitet.

B. Kronisk marginal parodontitis (KMP)

Dette er langt den hyppigst forekommende form af MP og er kendetegnet ved generelt langsom til moderat progression af fæstetab hos i øvrigt raske patienter. Hurtigere progression kan dog observeres i perioder. I ubehandlede populationer med KMP foregår progredierende parodontal nedbrydning i almindelighed kun i enkelte sites, og kun få patienter oplever samtidig nedbrydning af parodontiet på flere sites. KMP kan debutere i enhver alder, men er almindelig hos voksne, og sygdommens prævalens og sværhedsgrad stiger med alderen. KMP er associeret med en variabel mikroflora, og generelt er der god sammenhæng mellem plakmængde og fæstetab. Ligeledes forekommer ofte lokale medvirkende fx tand-relaterede eller iatrogene faktorer; tilstedeværelsen af subgingival tandsten er også et hyppigt fund.

C. Nekrotiserede parodontale sygdomme (3)

Denne kategori omfatter sjældne infektiøse tilstande med karakteristisk nekrose af de parodontale væv, sædvanligvis relateret til reduceret resistens mod bakteriel infektion i de parodontale væv. Afhængigt af sygdomsmanifestationernes omfang inddeles tilstandene i:

- a. Nekrotiserende gingivitis (NG). Tilstanden er karakteriseret ved gingival sår dannelse med nekrose, som debuterer på papiltoppene. Der er ikke fæstetab, og da der hurtigt udvikler sig et sådant, er denne initiale sygdomsform sjælden at se. Der er smerter og ofte spontan blødning. Der kan være dårlig ånde, mens feber og generel utilpashed også kan ses. NG er forbundet med fusiforme bakterier, spirokæter og *Prevotella intermedia*, og de prædisponerende faktorer er betydeligt følelsesmæssig stress, uregelmæssig levevis, dårlig kost, rygning, og HIV-infektion.
- b. Nekrotiserende parodontitis (NP). Tilstanden er karakteriseret ved nekrose af gingiva og fæstetab. Nekrose af alveoleknogle i form af sekvesterdannelse kan ses, og der

er ofte svære smerter og spontan blødningstendens. Disse læsioner er især observeret i individer med medicinske sygdomme, herunder, men ikke udelukkende, HIV-infektion, svær underernæring og immunsuppression.

D. Parodontale manifestationer af systemiske sygdomme

Denne kategori omfatter medicinske tilstande med betydning for værtens immunforsvar, idet svækkelse heraf kan forværre den plakinducerede parodontale nedbrydning;

De relevante medicinske tilstande er mange og sjældne, og blandt de væsentligste er:

- hæmatologiske anomalier (fx neutropeni, leukæmi)
- genetiske sygdomme (fx familiær og cyklisk neutropeni, infantil genetisk agranulocytose, hypofosfatasi, leukocyt-adhæsionsdefekt)
- syndromer (fx Down, Papillon-Lefèvre, Chediak-Higashi, Cohen, Ehlers-Danlos)

Workshoppen klassificerede desuden de *parodontale abscesser* og de *kombinerede parodontal-endodontiske læsioner* som separate kategorier, og inddrog under betegnelsen *dannelses- eller erhvervede deformiteter og tilstande* en bred gruppe af kliniske tilstande, der lokalt kan prædisponere for marginal parodontitis og/eller have indflydelse på behandlingen.

E. Parodontale abscesser

Denne kategori klassificerer abscesser i parodontiet på basis af lokalisering:

- a. gingivale: omfatter kun gingiva og skyldes oftest et fremmedlegeme eller traume.
- b. parodontale: involverer væv lateralt for en i forvejen eksisterende dyb poche, evt. med dyb furkaturinvolvering eller intraosøs defekt. Abscessen opstår på grund af tillukning af pochens afløb, undertiden pga. ufuldstændig depuration.

F. Kombinerede parodontal-endodontiske læsioner

Det drejer sig om tilfælde med sammenfald af parodontale og endodontiske læsioner, uanset den oprindelige baggrund. Der kan således være tale om primært parodontalt eller endodontisk betingede læsioner, der har spredt sig, eller om uafhængig udvikling af begge, således at de falder sammen.

G. Dannelsesbetingede eller erhvervede deformiteter og tilstande

Denne kategori omfatter lokaliserede tandrelaterede forhold, som modificerer eller prædisponerer for plakinduceret parodontal sygdom:

- tandanatomiske forhold (fx cervikale emaljeprojektioner, emaljeperler, rodfraktur, ekstern rodresorption)
- faktorer i forbindelse med dentale restaureringer/apparatur (fx fyldningsoverskud, dårligt tilpassede kroner/onlays eller ortodontisk apparatur).

Andre forhold, der kan vanskeliggøre sufficient renholdelse og derved prædisponere for parodontal sygdom, er mukogingivale deformiteter og tilstande omkring tænderne, herunder gingivale retraktioner, manglende keratiniseret gingiva, lav dybde af vestibulum, afvigende frenulum/muskelposition, pseudopocher, ujævn margo gingivae.

Naturligvis kan ovenstående klassifikationssystem ikke dække alle mulige tilfælde, som observeres i klinikken, og der er indbyggede svagheder. Således indeholder klassifikationssystemet ikke kriterier, der i alle tilfælde definerer, om en patient er en parodontitispatient, altså hvor omfattende parodontal nedbrydning der skal til for at opfatte patienten som parodontitispatient.

Supplerende amerikansk forslag

På denne baggrund foreslog AAP imidlertid sammen med USA's Center for Disease Control (CDC) for nylig følgende kriterier som definition af en parodontitispatient til brug for epidemiologisk forskning (4):

- Moderat parodontitis: tilstedeværelse af to eller flere approximale sites med fæstetab på ≥ 4 mm, ikke på samme tand eller to eller flere approximale sites med en poche-dybde på ≥ 5 mm, ikke på samme tand.
- Svær parodontitis: tilstedeværelsen af to eller flere approximale sites med fæstetab på ≥ 6 mm, ikke på samme tand, og tilstedeværelsen af en eller flere approximale sites med en poche-dybde på ≥ 5 mm.

Supplerende forslag fra European Federation of Periodontology (EFP)

Under den 5. European Workshop in Periodontology, arrangeret af EFP, blev følgende kriterier for definition af et parodontitistilfælde ligeledes foreslået (5):

- Initial sygdom: Tilstedeværelsen af approximalt fæstetab på ≥ 3 mm på ≥ 2 ikke-nabotænder.
- Svær, udbredt sygdom: Tilstedeværelsen af approximalt fæstetab på ≥ 5 mm ≥ 30 % af de eksisterende tænder.

Utvivlsomt har alle systemer begrænsninger, og relevansen af foreslåede variable og sygdomsgrænser/-niveauer kan selvfølgelig diskuteres. På den anden side er en diskussion om kriterier for definition af en parodontitispatient generelt måske mest relevant for standardisering i forskningsøjemed og mhp. forsikringsrelaterede og/eller juridiske spørgsmål. Behandlingen i klinikken på site-/tandniveau afhænger snarere af relevante lokale kliniske parametre. Der bør derfor skelnes mellem epidemiologisk forskning og den kliniske praksis. Hvis der fx i epidemiologiske studier skal undersøges sammenhænge mellem MP og medicinske sygdomme, kan fæstetab som følge af MP i et vist omfang og størrelse (fx approximalt fæstetab på ≥ 3 -5 mm på ≥ 2 ikke-nabotænder) være et passende kriterium for karakteristisk af et parodontitistilfælde. I den kliniske praksis er tilstedeværelse af en fordybet poche og tegn på inflammation (BOP) ud over fæstetab nødvendig. Således er PD- og BOP-registreringer fortsat vigtige diagnostiske værktø-

KLINISK RELEVANS

Al parodontalbehandling afhænger af sygdommens diagnose, der er et udtryk for patientens individuelle sygdomstegn, herunder debutalder, udbredelse og defekternes størrelse. Helt afgørende er den individuelle tilbøjelighed til sygdomsaktivitet, der på individniveau kan udtrykkes i en overordnet sygdomskategori, som tandlægen lægger til grund for behandlingsplanlægningen. Aggressive sygdomsformer indebærer således kort hygiejnefase, overvejelser om supplerende behandlingstiltag og kortere follow-up-perioder. Artiklens indhold er nært knyttet til de senere artikler i temaet om risikovurdering samt kronisk og aggressiv parodontitis.

jer i den kliniske undersøgelse. Registrering af fæsteniveau (CAL) er dog mere relevant end PD for evaluering af behandlingsresultatets stabilitet mellem konsekutive undersøgelser, da gingival retraktion kan ledsage fæstetab.

Tilpasning af klassifikationssystem til den daglige klinik

I dagligdags praksis er diagnostik af MP på overordnet patientniveau dog yderst relevant.

En lang række epidemiologiske undersøgelser har vist, at sygdomsmønster og -aktivitet ved MP er vidt forskellige hos forskellige mennesker. Tilbøjeligheden til nedbrydning af tændernes støttevæv varierer således betydeligt fra menneske til menneske. Mens nogle udsættes for betydelig parodontal nedbrydning i ung alder, rammes andre slet ikke eller kun i beskedent grad af parodontal destruktion, selvom der forefindes den samme mængde af sygdomsudløsende forhold klinisk (dvs. plak), medicinsk (fx diabetes) og livsstilmæssigt (fx rygning). Differentialdiagnostik af KMP (6) og AgP (7) er således afgørende for iværksættelse af relevant behandling og opfølgning. Således kræver behandling af AgP en langt strengere protokol vedr. tilrettelæggelse af de forskellige behandlingsfaser sammenlignet med KMP. Desuden indebærer diagnosen AgP ofte brugen af antibiotika og en mere stringent opfølgende parodontalterapiplan (for flere oplysninger om AgP og KMP, herunder behandling, se venligst de øvrige relevante artikler i dette tema).

I AAP-klassifikationen er hurtigt fæstetab et centralt element i diagnostikken af AgP, men hastigheden af fæstetabet kan principielt kun konstateres på baggrund af mindst to undersøgelser på forskellige tidspunkter. Det er dog vigtigt at understrege, at om end patientens alder ikke længere i AAP-klassifikationen bruges som et primært klassificeringskriterium, bør det efter vores opfattelse stadig være et centralt element i den diagnostiske proces. Med andre ord synes det rimeligt, at der for at stille diagnosen



AgP hos medicinsk i øvrigt raske unge individer må kræves en vis mængde fæstetab i form af udstrækning (antal sites/tænder) og sværhedsgrad (dvs. antal mm fæstetab), som ikke står mål med eksponeringstiden for plak, hvilket er afspejlet i patientens alder. Det er således oplagt, at et uforholdsmæssigt stort fæstetab i forhold til en patients alder må indicere AgP. Imidlertid er dette ikke umiddelbart håndterligt i klinikken, medmindre der udbygges med nogle klare kriterier (se nedenfor).

I den daglige kliniske praksis kan AAP-klassifikationen af gingivale sygdomme umiddelbart anvendes, om end en stor del af diagnoserne er sjældne i klinikken. Efter vor opfattelse er det for kompliceret at anvende en særlig diagnosekategori for parodontal sygdom, der er knyttet til en medicinsk sygdom eller tilstand, der kan prædisponere for udtalt parodontitis, eller en særlig kategori for dannelsesbetingede eller erhvervede deformiteter og tilstande. I de tilfælde, hvor der foreligger sådanne forhold, kan den pågældende diagnose blot indgå som en ekstra diagnose i journalen. Med hensyn til de parodontale abscesser kan AAP-klassifikationen umiddelbart anvendes i klinikken, og de kombinerede endodontisk-parodontale tilstande lugeså.

Afgrænsning af AgP

Et af de tilbagevendende spørgsmål er afgrænsningen af AgP. Hvorledes kan denne sygdom defineres, således at den kan afgrænses?

Amerikansk forslag

I forbindelse med epidemiologiske undersøgelser er det for nylig foreslået, at AgP diagnosticeres ud fra nedenstående kriterier (9):

- alder \leq 25 år: to eller flere separate approksimale sites med fæstetab på \geq 4 mm på mindst to forskellige tænder, som viser blødning ved sonering.
- alder mellem 26 og 35 år: tilstedeværelsen af to eller flere separate approksimale sites med fæstetab på \geq 6 mm, som forekommer på mindst to forskellige tænder og viser blødning ved sonering.

Selv om beskrivelsen kan have den fordel, at den kræver bestemte niveauer af fæstetab for at stille AgP-diagnosen i unge individer, bidrager den ikke til differentialdiagnostik i ældre individer. Erkendelsen af, at AgP også kan forekomme hos ældre personer, er imidlertid en vigtig del af AAP-klassifikationssystemet, og i denne forbindelse er opgaven med at diagnosticere AgP hos ældre personer på basis af en enkelt undersøgelse betydeligt vanskeligere sammenlignet med yngre personer. Fx er klassificering af *generaliseret, svær KMP* som *generaliseret AgP* en hyppig fejltagelse, ligesom det modsatte kan ses. Det er vigtigt at huske, at KMP, som ikke behandles tilstrækkeligt og/eller i forbindelse med dårlig patientkooperation kan progredierte, dvs. flere afficerede sites/tænder og svær parodontal nedbrydning kan være til stede efter lang tids sygdomsudvikling. Derfor kunne et system, der bygger på parodontal nedbrydning i udstrækning (antal sites/tænder) og sværhedsgrad (dvs. antal mm fæstetab) i forhold til alder, være nyttigt i denne sammenhæng.

Dansk forslag

Specielt i forbindelse med diskussionen om særligt tilskud til patienter med AgP er vanskelighederne med at afgrænse patienterne ofte blevet fremhævet. Som et forslag har vi i Afdelingerne for Parodontologi i København og Århus diskuteret anvendelsen af følgende kriterier for AgP, idet vi naturligvis er helt opmærksomme på, at de nævnte grænser er arbitrære:

Alder under 40 år

Mindst to tænder (ikke-nabosites og uden lokale medvirkende forhold) med: Pochedybde $>$ 6 mm og samtidigt knogletab $>$ 4 mm (bedømt radiologisk som afstand fra emaljement-grænsen)

Alder 40-50 år

Mindst seks tænder (ikke-nabosites og uden lokale medvirkende forhold) med: Pochedybde $>$ 6 mm og samtidigt knogletab $>$ 4 mm (bedømt radiologisk som afstand fra emaljement-grænsen)

Alternativt

På mindst to tænder (ikke-nabosites og uden lokale medvirkende forhold): Inden for de **seneste fem år dokumenteret forværring** dvs. med: knogletab $>$ 4 mm (bedømt radiologisk) eller klinisk fæstetab $>$ 4 mm

Kommende evaluering af et sådant system kan evt. bidrage til udvikling af et brugbart afgrænsende klassificeringssystem for AgP i den daglige kliniske praksis.

Det er, som nævnt ovenfor, i visse situationer nødvendigt at observere patienten i en periode for at stille den korrekte overordnede diagnose. Hvis diagnosen er usikker, kan den suppleres med »obs. pro.« Herved tilkendes det, at man er opmærksom på, at der kan være stor sygdomsaktivitet, og patienten kan holdes i kort snor i en observationsperiode til afklaring af progressionshastigheden.

Som allerede nævnt i starten af artiklen fremmer standardisering af klassifikationen af parodontale sygdomme en korrekt journalisering og kommunikation mellem behandlere og myndigheder, herunder forsikringselskaber. Det forventes således, at en parodontitispatient journaliseres med information om overordnet parodontitiskategori, dvs. diagnostik af KMP og AgP, samt oplysninger om mindst to yderligere aspekter: udbredelse og sværhedsgrad. Udbredelse vedrører antallet af involverede sites/tænder, og det er alment accepteret, at hvis der er \leq 30 % afficerede sites, er der tale om en lokaliseret form, mens hvis $>$ 30 % af sites er afficerede, karakteriseres MP som generaliseret. Sværhedsgrad vedrører størrelsen af klinisk fæstetab, og det er accepteret, at mild MP sv.t. 1-2 mm, moderat MP sv.t. 3-4 mm, og svær MP \geq 5 mm (10). Selvfølgelig varierer sværhedsgraden mellem sites/tænder og det overordnede gennemsnit af alle si-

tes/tænder bør anvendes, når det drejer sig om den overordnede diagnose. Det er indlysende, at omfanget af behandlingsbehov i en *generaliseret, svær AgP* er betydeligt anderledes end i en *generaliseret, mild KMP*, og i sidstnævnte tilfælde også helt anderledes end i *lokaliseret, svær KMP*.

De nødvendige oplysninger om destruktion på de enkelte sites bør registreres i detaljeret grad i skemaform, således at MP er karakteriseret i de for stillingtagen til behandlingen nødvendige detaljer.

Som konklusion: God journalisering af patienter med MP og god kommunikation mellem behandlere og myndigheder kræver oplysninger om tre grundlæggende aspekter i den overordnede diagnose på patientniveau: differentieldiagnostik vedr. parodontitiskategori, omfang og sværhedsgrad.

Abstract (English)

Classification of periodontal diseases: a practice related approach
Any treatment in the health system is based on a correct diagnosis. In the dental office the status of periodontal tissues is characterized by the use of a number clinical parameters including probing pocket depth, clinical attachment level, bleeding on probing and radiographic bone loss. Additional information is needed, however, for the evaluation of periodontal diseases. The individual susceptibility to acquiring attachment loss shows major variation and as the treatment of choice may vary depending on disease susceptibility, it is important to attach a diagnosis, such as chronic or aggressive periodontitis, at an individual level to reflect this characteristic. As the treatment is dependent on the clinical features at the single site, information is also required describing these details. Information on the extent of the disease, for example number of involved sites/teeth and severity of the disease, and similarly on magnitude of attachment loss is required to fully describe the periodontal condition. The information requirements associated with research and daily clinical work are not the same, and the problems associated with the establishment of diagnostic criteria for clinical disease are subjected to constant discussion and development. In fact, there is so far no universally approved definition of a periodontitis patient. Based on internationally approved systems, a classification system of periodontal disease adapted for daily clinical use is proposed in the present article as a basis for a standardised system.

Litteratur

1. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999;4:1-6.
2. Holmstrup P. Non plaque-induced gingival lesions. *Ann Periodontol* 1999;4:20-31.
3. Holmstrup P, Westergaard J. Necrotizing periodontal disease. In: Lindhe J, Lang NP, Karring T (eds.). *Clinical periodontology and implant dentistry 5th ed.* Oxford: Blackwell Munksgaard, 2008;459-74.
4. Page RC, Eke PI. Case definitions for use in population-based surveillance of periodontitis. *J Periodontol* 2007;78 (Suppl 7):S1387-99.
5. Tonetti MS, Claffey N, European Workshop in Periodontology group C. Advances in the progression of periodontitis and proposal of definitions of a periodontitis case and disease progression for use in risk factor research. Group C consensus report of the 5th European Workshop in Periodontology. *J Clin Periodontol* 2005;32 (Suppl 6):S210-3.
6. Flemmig TF. Periodontitis. *Ann Periodontol* 1999;4:32-8.
7. Tonetti MS, Mombelli A. Early-onset periodontitis. *Ann Periodontol* 1999;4:39-53.
8. Lang N, Bartold PM, Cullinan M et al. Consensus report: aggressive periodontitis. *Ann Periodontol* 1999;4:53.
9. Demmer RT, Papapanou PN. Epidemiologic patterns of chronic and aggressive periodontitis. *Periodontol* 2000 2010;53:28-44.
10. Lindhe J, Ranney R, Lamster I et al. Consensus report: chronic periodontitis. *Ann Periodontol* 1999;4:64.

Søger du job?

– Gå ind på Dentaljob.dk og opret en profil

Dentaljob.dk