

## Tema om fokussanering

Ved »odontologisk fokussanering« forstås undersøgelse, diagnostik og fjernelse af odontogene infektiøse foci. Dette udføres før strålebehandling for hoved-hals-cancer, indsættelse af kunstige hjerteklapper, organtransplantation, ved kemoterapi, før højdosis intravenøs bisfosfonatbehandling for maligne knogletilstande og ved medicinske tilstande, hvor man mistænker et odontogent fokus. Endelig har spørgsmålet været rejst, om fokussanering er relevant for patienter, der skal have kunstige led, fx en ny hofte.

Formålet med dette temanummer er at opstille retningslinjer for fokussanering, at øge informationsniveauet og samarbejdet mellem hospitalerne og primærsektoren samt at øge læsernes bevidsthed om de eksisterende videnskabelige og etiske dilemmaer, dette område repræsenterer.

Fokussanering udføres for en stor del på landets kæbekirurgiske hospitalafdelinger, men også i almen tandlægepraksis. Omfanget af fokussanering i Danmark kendes ikke, men der kan opstilles nogle tal for det maksimale behov: Hvert år diagnosticeres 1.000 nye hoved-hals-cancere; der indsættes 1.450 hjerteklapper; der er 470 tilfælde af infektiøs endocarditis; der udføres over 300 organtransplantationer; der gives knap 14.000 kemoterapier, og endelig er der skønsmæssigt 2.500 patienter årligt, der skal have intravenøs bisfosfonatbehandling. I alt er der potentielt knap 20.000 patienter årligt i Danmark, der får en af ovennævnte procedurer. Andelen, der henvises til hospital for fokussanering, er ukendt, men skønsmæssigt af størrelsesordenen 2.000-2.500 patienter årligt. Det antages, at samtlige 1.000 patienter med hoved-hals-cancer, der skal have strålebehandling, henvises til en kæbekirurgisk afdeling for fokussanering.

Dette temanummer omfatter seks artikler, hvor baggrunden for fokussanering ved de ovennævnte situationer gennemgås. Gennem det sidste år har seks tandlæger under specialistuddannelse i tand-, mund- og kæbekirurgi gennemgået litteraturen og undersøgt, hvilken videnskabelig evidens der ligger til grund for den herskende praksis. Resultatet har været nedslående, idet evidensen for effekten af fokussanering er svag, og der er et udtalt behov for kontrollerede videnskabelige undersøgelser.

Man kunne hævde, at danske tandlæger udfører fokussanering hver dag, og at det er en naturlig del af tandlægers arbejdsområde. Med et ideelt sundhedssystem, hvor alle patienter til enhver tid var velbehandlede, dvs. uden

odontogene foci (eller under behandling for nyopståede foci), ville behovet for fokussanering være 0. Hvorfor skal en stor del af de patienter, der skal have strålebehandling eller have nye hjerteklapper, så have ekstraheret tænder?

En del af forklaringen kan være, at mange af disse patienter enten ikke har en fast tandlæge eller måske har været gennem et langvarigt sygdomsforløb, hvor de ikke har orket at passe deres tænder? Vi oplever desværre også, at patienter, der har gået regelmæssigt til tandlæge, alligevel har foci. Dette kalder på mere regelmæssig røntgenundersøgelse, samt at man tager konsekvensen af forekomst af fx apikale parodontopatii, så patienter ikke skal udsættes for akutte tandekstraktioner oven i en nydiagnosticeret alvorlig almensygdom.

Uanset hvilken forklaring der er rigtig, har de danske tandlæger en udfordring i konstant at sikre deres patienter den bedst mulige orale sundhedstilstand. Vi har også generelt et samfundsmæssigt ansvar for at sikre, at flest mulige danskere udnytter tilbuddet om regelmæssig tandpleje inklusive mundhuleundersøgelse.

Der anvendes dagligt mange ressourcer i det danske sundhedsvæsen på fokussanering.

I Danmark anvendes de samme retningslinjer for fokussanering som dem, der anbefales internationalt. Det er beskæmmende, at sundhedssystemerne hverken nationalt eller internationalt har kunnet dokumentere effekten af fokussanering på outcome. For eksempel: Har patienter med udført fokussanering før organtransplantation bedre overlevelse eller bedre organfunktion end en tilsvarende gruppe, der ikke har fået fokussanering? Kan fokussanering hindre eller reducere incidensen af osteoradionekrose efter strålebehandling?

Svarene er med vores nuværende viden komplicerede og ikke entydige. Man kan opstille tilsvarende videnskabelige spørgsmål for alle behandlingsgrupperne, men kan ikke besvare dem uden kontrollerede videnskabelige undersøgelser.

Her har vi dilemmaet. Hvem vil være i kontrolgruppen, som ikke får foretaget fokussanering, vel vidende at de rent faktisk har et fokus?

Vi støder således på et videnskabeligt og etisk dilemma, som ikke kan løses og måske aldrig vil blive løst. God læselyst!

*Morten Schiødt*