



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

**Vedr. anmodning om bidrag til ministerens besvarelse af SUU B 19 spm. 2 om aggressiv paradontose.**

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i E-mail af 26. marts 2008 anmodet Sundhedsstyrelsen om bidrag til ministerens besvarelse af SUU B 19 spørgsmål 2:

*Vil ministeren med henvisning til sit tilsagn herom på samrådet den 12. marts 2008 om samrådsspørgsmål B 19 - A og B (gratis tandbehandling) tilsende udvalget en faglig redegørelse for sondringen mellem aggressiv paradontose og ikke-agressiv paradontose, herunder definitionen af, hvornår der er tale om diagnosen aggressiv paradontose. Der anmodes endvidere om, at redegørelsen indeholder oplysninger om, på hvilket tidspunkt i forløbet diagnosen aggressiv paradontose kan konstateres. I forbindelse med besvarelsen bedes ministeren også indhente oplysninger om tandspecialisteres syn på ovenstående, bl.a. Tandlægehøjskolen.*

Paradontose ("parodontitis") er en lidelse i tændernes støttevæv, som blandt andet er karakteriseret ved, at bakteriebelægninger breder sig ned under tandkødsranden. Tilstedeværelsen af bakterier giver anledning til en betændelsesreaktion, hvorved bindevæv og knogle nedbrydes. Herved opstår lommer omkring tænderne, der efterhånden fordybes mere og mere. Ubehandlet kan sygdommen skride fremad, således at tænderne bliver løse og til sidst tabes. Der er dog betydelig variation i tilbøjeligheden til at udvikle sygdommen. Nogle personer tolererer således store ansamlinger af bakteriebelægninger, uden at der udvikles paradontose, mens andre personer, på trods af grundig tandhygiejne, alligevel udvikler tab af tændernes støttevæv. Foruden dårlig mundhygiejne er vigtige risikofaktorer for paradontose forbrug af tobak, stress, diabetes melitus og andre systemiske sygdomme<sup>1</sup>.

På basis af sygdommens karakteristika forslås, at de almindeligste former for paradontose inddeles i kronisk paradontose og aggressiv paradontose:

*Kronisk paradontose* er den almindeligste form for paradontose, der viser langsomt forløbende tab af rodhinde og knogle omkring flere tænder med debut i voksenalderen. Kronisk paradontose kan forekomme i forskellige sværhedsgrader og diagnosticeres på baggrund af dybden af tandkødslom-

14. april 2008

J.nr.7-299-1/1LVI

Enhed for Planlægning

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

Tlf. 7222 7400

Fax 7222 7405

E-post lvi@sst.dk

www.sst.dk

Dir. tlf. 7222 7719

mer, blødning og pus fra tandkødsloppen og tandens fæstetab. Sygdommen har vist sammenhæng med utilstrækkelig mundhygiejne og kan standses, hvis mundhygiejnen på et tidligt tidspunkt forbedres. Hvis sygdommen er opstået, kan den som regel bremses ved en forbedring af mundhygiejnen kombineret med professionel tandrensning og evt. kirurgi. Det skal hertil nævnes, at tobak er en vigtig risikofaktor for sygdomsudvikling, og ophør med rygevaner er således en central del af sygdomsbehandlingen.

Side 2

*Aggressiv paradentose* viser hurtigt forløbende tab af rodhinde og knogle omkring flere tænder, hyppigt med debut i den yngre voksenalder. Sygdommen udvikler sig ofte, selvom tænderne er rene, som følge af en særligt aggressiv betændelsesproces. Der findes i dag ingen tilfredsstillende forklaring på, hvorfor nogle personer udvikler den aggressive paradentose, men den er formentlig arveligt betinget. Den aggressive paradentose er vanskelig at behandle, og personerne får ofte tilbagefald efter behandling. Behandling, der ofte omfatter kirurgi suppleret med antibiotika, må derfor følges op med jævnlig kontrol – ofte livslang - på grund af den konstante risiko for recidiv. Ved tidlig diagnostik og iværksættelse af behandling og kontrol kan sygdommen imidlertid standses eller begrænses hos de fleste personer.

14. april 2008

Enhed for planlægning  
Sundhedsstyrelsen

Forskellen mellem aggressiv og kronisk paradentose afgøres bl.a. ud fra et skøn af progressionshastigheden af sygdommen. Den kan bestemmes, enten ved at der inden for en kortere periode konstateres udtalt tab af støttevæv, eller ved at der konstateres et udtalt misforhold mellem alder og tab af støttevæv.

Der eksisterer helt overordnet uenighed mellem de tre sagkyndige tandlæger på Tandlægeskolerne i henholdsvis Århus og København, som Sundhedsstyrelsen har anvendt som faglig rådgivning vedrørende definition og afgrænsning af personer med aggressiv paradentose. Sundhedsstyrelsen skal nedenfor kort beskrive de forskellige faglige aspekter.

**Sagkyndig A har udtalt:** Det vigtigt at slå fast, at der ikke findes en alment accepteret og klinisk operationel definition af ”aggressiv” parodontitis<sup>2</sup>. Al tale om denne gruppe som en veldefineret gruppe er således ikke videnskabeligt underbygget. Det fremgår dog af den klassifikation<sup>3</sup>, der i 1999 indførte ”aggressiv” parodontitis som en særlig kategori, og af senere tolkninger af denne<sup>4</sup>, at der i alt væsentligt er tale om de personer, der tidligere betegnedes Early Onset Periodontitis: Præpubertal parodontitis, juvenil parodontitis, post-juvenil parodontitis og hurtigt progredierende parodontitis. Samlet set er disse parodontitis-former så sjældne, at litteraturen om dem i væsentligt omfang består af kasuistikker<sup>5</sup>. Hos enkelte optræder parodontitis som en komplikation til visse meget sjældent forekommende generelle lidelser og syndromer, mens årsagsforholdene hos andre synes at omfatte ikke fuldt klarlagte arvelige faktorer<sup>6</sup>. På baggrund af en nylig gennemgang af litteraturen er det anslået, at forekomsten af såkaldt ”aggressiv” parodontitis i de skandinaviske lande blandt yngre voksne er i størrelsesordenen 1-2 promille<sup>7</sup>.

Det er velkendt fra utallige epidemiologiske undersøgelser over forekomsten og fordelingen af parodontitis, at tegn på sygdommen på befolkningsniveau følger et kontinuum<sup>8</sup>. Hermed menes, at sværhedsgraden af tilstanden varierer mellem personer fra det mikroskopiske - og derfor ikke klinisk erkendelige - tab af fiberfæste ved en enkelt tand til total destruktion af fiberfæstet omkring samtlige tænder. Det væsentligste er imidlertid, at der ikke findes en skarp eller naturlig og veldefineret grænse mellem "syg" og "sund"<sup>9</sup>, eller mellem "aggressiv" og "kronisk"<sup>10</sup>. Man må derfor anvende diagnostiske kategorier, der afspejler den bedste behandling for den givne tilstand<sup>11</sup>.

Side 3

Parodontitis er, i lighed med de fleste andre lidelser, en sygdom, der "forekommer i mange forskellige størrelser". Uanset aldersgruppe, er der en glidende overgang fra flertallets ganske ubetydelige parodontale nedbrydning, til en omfattende parodontal nedbrydning hos et fåtal af en størrelsesorden som reelt truer tandbevaring. (*citat slut*).

14. april 2008

**Sagkyndig B har udtalt.** Der er vidtstrakt variation i tilbøjeligheden til at udvikle parodontitis – lige fra "aggressiv" (tidligere juvenil parodontitis) til meget moderat sygdomsprogression. Medens juvenil parodontitis med rimelig sikkerhed kan identificeres (afgrænses), er der ingen klar grænse mellem, hvad der kan betegnes som "aggressiv" parodontitis i bredere forstand og "kronisk" parodontitis. (*citat slut*)

Enhed for planlægning  
Sundhedsstyrelsen

**Sagkyndig C fremlægger følgende:** Det nævnes om aggressiv parodontitis, at der ikke findes en alment accepteret og klinisk operationel definition af aggressiv parodontitis, og at al tale om denne gruppe som en veldefineret gruppe savner videnskabelig underbyggelse. Der nævnes desuden forhold, der vedrører aggressiv parodontitis hos børn og unge (præpubertal og juvenil marginal parodontitis). Jeg kan tilslutte mig de oplyste prævalenser for denne gruppe, men det afgørende er en forståelse for, at der også blandt voksne findes aggressive parodontitisformer.

Det er korrekt, at det kan være vanskeligt at afgrænse denne patientgruppe. Imidlertid bør det betænkes, at problemet med klassifikation af sygdom ikke adskiller aggressiv parodontitis fra andre sygdomsformer, som for eksempel dissemineret sklerose, diabetes og rheumatoid arthritis.

I den forbindelse må der mindes om, at al diagnostik beror på sociale konstruktioner. Der kan henvises til Juul Jensens diskussion om sygdomsbegreber<sup>12</sup>, hvori det anføres, at der dels kan være sygdomsbegreber som "praksisbegreber", dels som "ideal-begreber". Det nævnes videre heri, at en stor del af den moderne sygdomsbehandlende praksis rummer et praksis-begreb om sygdom som konstaterbare abnormiteter hos det enkelte individ. Ud fra denne betragtning kan man foreslå en definition af aggressiv parodontitis (*som det er beskrevet først i vedkommende skrivelse*). Udgangspunktet er, at der efter vor opfattelse er tale om svær, og for patienterne belastende, sygdom, hvis de nævnte kriterier i de enkelte aldersgrupper er opfyldt. Det er indlysende, at der kan foreslås andre afgrænsninger af sygdommen aggressiv pa-

rodontitis, og antallet af individer, som opfylder de foreslåede kriterier, kan naturligvis variere med de anvendte kriterier.

Side 4

For at kvalificere de foreslåede diagnostiske kriterier har vi forsøgt at estimere antallet af patienter i den danske befolkning, som opfylder kriterierne med udgangspunkt i Bahramis undersøgelser af en dansk voksenbefolkning i 1997-98 og igen i 2003-04<sup>13</sup>. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at kun de radiologiske kriterier har kunnet vurderes. Det må forventes, at hvis også pochedybden indgår i en sådan vurdering, bliver antallet af individer, der opfylder kriterierne mindre. Med anvendelse af de radiologiske data fra sine undersøgelser har Bahrami estimeret prævalensen af patienter, der opfylder de radiologiske kriterier, således:

#### Alder under 40 år

14. april 2008

- Pochedybde: mindst 3 tænder med  $\geq 6$  mm og
- Knogletab bedømt på røntgenbilleder (afstand fra emalje-cementgrænsen): mindst 3 tænder med  $\geq 4$  mm.

Enhed for planlægning  
Sundhedsstyrelsen

I 1997-98 var der 4 % af individer  $< 40$  år, der havde mindst 3 tænder med reduceret knogleniveau ( $\geq 4$  mm, 11 ud af 267 personer).

Ved genundersøgelse i 2003-04 var der 9 % af denne gruppe individer  $< 40$  år, der havde mindst 3 tænder med reduceret knogleniveau ( $\geq 4$  mm, 12 ud af 135 personer).

#### Alder 40-50 år

- Pochedybde: mindst 6 tænder med  $\geq 6$  mm og
- Knogletab bedømt på røntgenbilleder (afstand fra emalje-cementgrænsen): mindst 6 tænder med  $\geq 4$  mm.

I 1997-98 var der 17 % af individer mellem 40 og 50 år, der havde mindst 6 tænder med reduceret knogleniveau ( $\geq 4$  mm, 29 ud af 168 personer).

Ved genundersøgelse i 2003-04 var der 21 % af denne gruppe individer mellem 40 og 50 år, der havde mindst 6 tænder med reduceret knogleniveau ( $\geq 4$  mm, 25 ud af 117 personer).

#### Alder over 50 år

- Inden for de seneste 5 år dokumenteret forværring af
- Pochedybde på: mindst 3 tænder med  $\geq 6$  mm og
  - Knogletab bedømt på røntgenbilleder (afstand fra emalje-cementgrænsen): mindst 3 tænder med  $\geq 4$  mm.

Progression af knogletab på  $\geq 4$  mm på mindst 3 tænder forekom i 1 % af tilfældene (2 ud af 221 personer,  $\geq 50$  år).

Siden der ikke var mange i den gruppe, prøvede Bahrami med lidt lavere knogletab:

- Progression af knogletab på  $\geq 3$  mm på mindst 3 tænder forekom i 7 % af tilfældene (16 ud af 221 personer  $\geq 50$  år).

Side 5

Der skal dog bemærkes, at en analyse af tabte tænder (n = 113) viste, at 46 % (n = 52) af de tabte tænder tilhørte 33 individer, som havde et gennemsnitligt reduceret knogleniveau  $\geq 5$  mm.

De konstaterede prævalenser er interessante, og det er indlysende, at de kan danne grundlag for en diskussion af de anvendte kriterier. Det fremgår dog også, at en tilpasning ved mindre ændringer af kriterierne kan være nødvendig for at opnå acceptable prævalenser i de enkelte aldersgrupper. For eksempel er antallet af individer, der opfylder de radiologiske kriterier i aldersgruppen 40-50 år, nok for højt, og formentlig indebærer dette, at nogle patienter med kronisk parodontitis opfylder kriterierne, til trods for det beskrevne ret omfattende knogletab.

14. april 2008

Det er dog også klart, at mere omfattende aktuelle undersøgelser af parodontitis-forekomsten i den danske befolkning ville indebære sikrere estimater.

Enhed for planlægning  
Sundhedsstyrelsen

I denne sammenhæng vil jeg ikke undlade at nævne, at der i andre lande findes særlige tilskudsordninger til behandling af aggressiv parodontitis. Fx er der i Schweiz en tilskudsordning, der indebærer særlig støtte til behandling af patienter, der viser subgingival forekomst af *Actinobacillus actinomyces-temcomitans*<sup>14</sup>, der ofte er blevet associeret med aggressive parodontitisformer. Der er imidlertid det problem, at denne bakterie kun synes at være til stede i sygdommens initiale fase og derfor ikke kan anvendes som kriterium hos patienter senere i sygdommens udviklingsforløb<sup>15</sup>. (citat slut)

På baggrund af sagkyndiges vurdering finder Sundhedsstyrelsen, at det med den foreliggende viden ikke er muligt sikkert at skelne mellem personer med almindelig (kronisk) paradentose og personer med aggressiv paradentose.

Venlig hilsen

Lene Vilstrup

Tandlæge, MPH, Ph.d.

14. april 2008

Enhed for planlægning  
Sundhedsstyrelsen

<sup>1</sup> PE Petersen, H Ogawa. Strengthening the prevention of periodontal disease: The WHO approach. *J Periodontol*, 2005, 76:2187-2193.

<sup>2</sup> Meyer J, Lallam-Laroye C, Dridi M. Aggressive periodontitis – What exactly is it? *J Clin Periodontol*. 2004; 31: 586-7 \* Baelum V, Lopez R. Defining and classifying periodontitis: need for a paradigm shift? *Eur J Oral Sci*. 2003; 111:2-6 \* Lopez R, Baelum V. Classifying periodontitis among adolescents: implications for epidemiological research. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31:136-43. \* van der Velden U. Purpose and problems of periodontal disease classification. *Periodontol 2000*. 2005;39:13-21.

<sup>3</sup> Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*. 1999;4:1-6.

<sup>4</sup> American Academy of Periodontology. Consensus report: Aggressive periodontitis. *Ann Periodontol*. 1999;4:53.

<sup>5</sup> Haubek D, Westergaard J. Detection of a highly toxic clone of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (JP2) in a Moroccan immigrant family with multiple cases of localized aggressive periodontitis. *Int J Paediatr Dent*. 2004;14:41-8.

<sup>6</sup> Lang N, Bartold PM, Cullinan M, Jeffcoat M, Mombelli A, Murakami S, et al. Consensus report. Aggressive periodontitis. *Ann Periodontol*. 1999;4:53.

<sup>7</sup> Lopez R. Periodontitis in adolescents. Studies among Chilean high school students. PhD afhandling. Aarhus, University of Aarhus. 2003.

<sup>8</sup> Baelum V. The epidemiology of destructive periodontal disease. Causes, paradigms, problems, methods and empirical evidence. Dissertation, Aarhus, University of Aarhus. 1998, \*Lopez R. Periodontitis in adolescents. Studies among Chilean high school students. Aarhus, University of Aarhus. 2003.

<sup>9</sup> Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press; 1992.

14. april 2008

Enhed for planlægning  
Sundhedsstyrelsen

<sup>10</sup> Lopez R, Fernandez O, Jara G, Baelum V. Epidemiology of clinical attachment loss in adolescents. J Periodontol. 2001;72:1666-74.

<sup>11</sup> Wulff HR. What is understood by a disease entity? J R Coll Physicians Lond. 1979;13:219-20.

<sup>12</sup> Jensen U J. Sygdomsbegreber i praksis. Munksgaard 1986.

<sup>13</sup> Bahrami G. Marginal bone level in an adult Danish population. Ph.D.-afhandling. Århus 2006.

<sup>14</sup> Rutger Persson, personlig meddelelse.

<sup>15</sup> Slots J, Feik D, Rams TE. *Actinobacillus actinomycetemcomitans* and *Bacteroides intermedius* in human periodontitis: age relationship and mutual association. J Clin Periodontol 1990; 17: 659-62, \*Rodenburg JP, van Winkelhoff AJ, Winkel EG, Goené RJ, Abbas F, de Graaff J. Occurrence of *Bacteroides gingivalis*, *Bacteroides intermedius* and *Actinobacillus actinomycetemcomitans* in severe periodontitis in relation to age and treatment history. J Clin Periodontol 1990; 17: 3992-99, \*Haubek D, Westergaard J. Detection of a highly toxic clone of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (JP2) in a Moroccan immigrant family with multiple cases of localized aggressive periodontitis. Int J Paed Dent 2004; 14: 41-8.