

Når og hvorfor blir tannfyllinger skiftet ut?

Tannlege Mark Laske fra Radboud University Medical Center i Nederland kom til NTFs landsmøte og presenterte forskningsfunn.

 ASBJØRN JOKSTAD

Tannleger beskriver i pasientjournal detaljer om undersøkelse, forebygging og behandling. I Nederland benyttes elektronisk pasientjournal (EPJ) som er egnet for forskning, og flere tannklinikker i Nederland deltar i dag i praksisbaserte forskningsnettverk. Med dedikerte dataalgoritmer kan det beregnes estimater direkte fra EPJ på eksempelvis klinisk holdbarhet på tannfyllinger, kroner og rotkanalbehandlinger.

Denne typen tverrsnittstudier kan bidra til forbedret innsikt om viktige risikofaktorer med hensyn til tidspunkt for å intervensere ved primærkaries eller ved fyllingsdefekter og når det er hensiktsmessig å utføre reparasjon eller revisjon. Med utgangspunkt i data fra et forskningsnettverk i Nijmegen i Nederland, presenterte Mark Laske forskningsfunn. To store EPJ-tverrsnittstudiet ble presentert i mer detalj. Den første rapporterer holdbarhet på direkte fyllinger i kompositt plast, amalgam, glassionomer og compomer basert på fyllinger fra 24 tannklinikker med 67 tannleger (1). Den neste tverrsnittstudien rapporterer 10 års overlevelse av klasse 2-fyllinger i kompositt, amalgam, glassionomer og compomer fra 24 tannklinikker med 67 tannleger (2).

Ikke overraskende er det stor variasjon i klinisk holdbarhet som en funksjon av en rekke kjente, og sannsynligvis fortsatt ukjente, materialfaktorer, pasientfaktorer og klinikkfaktorer.

Studiene dokumenterte sammenheng mellom klinisk holdbarhet og pasientfaktor som alder over 65 år i forhold til yngre, tegn til tannslitasje, fylling i molar i forhold til premolar og flerflate i forhold til enkeltflate, samt rotfylte i forhold til vitale tenner.

Med hensyn til materialfaktorene konstaterte man liten forskjell mellom ulike kompositte plastprodukter og ulike bondingprodukter. En klar observasjon for klasse 2 posteriore fyllinger var at en sandwichteknikk med glassionomer gingivalt i kassen resulterer i dårlig holdbarhet. Mark Laske avrundet med å påpeke at karieskontroll mest sannsynlig er viktigere enn grader av god fyllingskvalitet med tanke på klinisk holdbarhet.

Et mål som ofte benyttes for klinisk holdbarhet er «annual failure rate» (AFR). AFR er et tall som er lett å forstå, men som lett også kan mistolkes når man spekulerer i årsakssammenhenger. Et eksempel kan være variasjonen på AFR mellom 2,3 % og 7,9 % i de 24 tannklinikkene.

En spekulativ hypotese er at tallene reflekterer at noen tannleger er mer tilbøyelige til å revidere på et tidlig stadium, mens andre har erfart at det kan gå lang tid fra når en fyllingsdefekt er synlig til at det er behov for å revidere. En annen spekulativ hypotese er å anta at tallene reflekterer dårlige kontra gode klinikere, at det er mangelfull kvalitet på utførte behandlinger eller at det benyttes mindreverdige fyllingsmaterialer osv. Imidlertid kan



Mark Laske presenterte forskningsfunn fra Radboud University Medical Center i Nederland.

realiteten også være motsatt, eksempelvis hvis en høy andel av pasientene i klinikken er fra en ressursvak gruppe, rusmisbrukere, har overveiende dårlig sosioøkonomi status, lav helsekompetanse, fluorfornektene og et hav av andre kjente og ukjente pasientrisikofaktorer. Data fra tverrsnittstudier, det være seg fra EPJ eller andre helsedata-registre, er enkle å utføre, og kan presentere verdifulle data, men kan i seg selv ikke bekrefte årsakssammenheng, selv om man lett kan la seg blende av komplekse multivariabel, multivariat statistiske analyser, gjerne multilevel.

Etter den utmerkede presentasjonen ble det anledning å diskutere med Mark Laske om den gamle observasjonen at pasienter som ofte skifter tannlege har i gjennomsnitt kortere holdbarhet på sine tannfyllinger sammenliknet med de som ikke skifter tannlege.

Laske kunne bekrefte at de finner det samme i sine studier, eksempelvis: «Differences in AFR were observed between the different types of the practice, the AFR of restorations placed in solo or small group practices (2 or 3 dentists) was lower compared to that in larger group practices.» (1) og «Practice type was identified as a risk factor, with restorations placed in solo practices showing a higher AFR₁₀ and risk for failure compared with small group practices, and a longer survival compared to large group practices» (2).

I de samme artiklene forklares tallene med hhv. «In large practices, patients are more often seen by different

dentists. It has been shown that changing dentists leads to a higher replacement rate of fillings" (1) og "Working in a group practice might result in checkups being performed by another dentist, which might result in a higher risk for intervention as changing dentists was found to be a risk factor" (2). Med andre ord, hyppig skifte av tannlege er fortsatt forbundet med gjennomsnittlig kortere holdbarhet på fyllingene. Hva kan være årsakssammenheng?

Spørsmålet er viktig fordi det er vanlig praksis innen både den offentlige tannhelsetjenesten og i mange tannlegekjeder, at pasienten ikke går til sin «faste tannlege».

Hva kan være sannsynlig årsakssammenheng mellom hyppig tannlegebytte og lavere AFR? For fire tiår tilbake gikk Professor Richard J. Elderton til krig mot den britiske tannlegestanden med anklager om overbehandling, men den krigen tapte han. I forskning for tre tiår siden beskrev Mjør og Jokstad at hyppigste årsak til fyllingsrevisjoner er sekundærkaries.

Reflekterende tannleger som vurderer revisjon av en tvilsom fylling bedømmer dette i sammenheng med pasientens helsetilstand, tidligere behandlingshistorikk og kariesaktivitet. Ved konsultasjon av en ny pasient derimot, mangler behandlingserfaringen og det er oftest umulig å bedømme kariesaktivitet etter bare en klinisk undersøkelse. Hvordan sannsynlighet, risiko og konsekvens blir formidlet av tannlege og tolket av pasient, vil avgjøre hvilket samvalg som blir gjort.

På dette tidspunktet deltok flere gode kolleger i diskusjonen. Det var både interessant og tankevekkende å høre på alternative utlegninger om hvorfor det er vanlig praksis i dag innen både den offentlige tannhelsetjenesten og i flere tannlegekjeder at pasienten ikke får tildelt time hos «sin faste tannlege».

REFERANSER

1. Laske M, Opdam NJ, Bronkhorst EM, Braspenning JC, Huysmans MC. Longevity of direct restorations in Dutch dental practices. Descriptive study out of a practice based research network. J Dent. 2016; 46:12-7. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2016.01.002>
2. Laske M, Opdam NJM, Bronkhorst EM, Braspenning JCC, Huysmans MCDNJM. Ten-Year Survival of Class II Restorations Placed by General Practitioners. JDR Clin Trans Res. 2016 ;1: 292-299. <https://doi.org/10.1177/2380084416663192>
3. Laske M, Opdam NJM, Bronkhorst EM, Braspenning JCC, Huysmans MCDNJM. The differences between three performance measures on dental restorations, clinical success, survival and failure: A matter of perspective. Dent Mater. 2019; 35: 1506-1513. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2019.07.010>