

BIVIRKNINGSBLADET

I DETTE NUMMERET:

Munnsår — aftos
stomatitt 2

Lichen planus: Hud-
sykdom i munnen 3

Munntørrhet — mest
vanlig hos kvinner 4

Munnsvie: "Burning
mouth syndrome" 5

Tørre øyne, tørr munn:
Sjögrens syndrom 5

Konferanse om
biomaterialer 6

Bivirkningsbladet er et informasjonsblad fra Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer. Det kommer ut to ganger per år og inneholder blant annet informasjon om Bivirkningsgruppens arbeid, samt om forskning vedrørende bivirkninger av dentale materialer.

Bivirkningsbladet blir sendt ut til pasienter som er henviset til Bivirkningsgruppen i løpet av det siste året, samt til leger og tannleger som har rapportert mistenkte bivirkninger av dentale materialer. Bladet sendes også til andre som er interessert i dette temaet.

Ansvarlig:
Lars Björkman

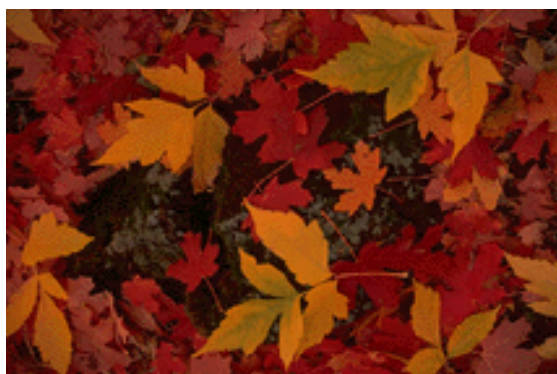
TEMANUMMER:

SYMPTOMER OG PLAGER I MUNNHULEN

Mange av de pasientene som blir utredet ved Bivirkningsgruppen har

symptomer og plager i munnhulen. Det kan for eksempel være i form av svie/brennende følelse, tørrhet, smaksforstyrrelser, smerter/ømheter og nummenhet. Enkelte har også sårdan-

nelser i munnslimhinne-



Mange setter dette i sammenheng med tannrestaureringsmaterialene i

munnen, og det kan i noen tilfeller være riktig. Men ofte kan det være andre årsaker. I dette nummeret av Bivirkningsbladet tar vi blant annet opp noen mulige årsaker.

RETNINGSLINJER OM BRUK AV TANNFYLLINGSMATERIALER

Siden 1. juli gjelder nye retningslinjer fra Sosial- og helsedirektoratet for bruk av tannfyllingsmaterialer.

Retningslinjene vektlegger at man skal fokusere på vevsbesparende tannfyllingsteknikker. Dette vil i et livsløp føre til at det beholdes både mer tenner og tannhelse. Ret-

ningslinjene oppfordrer også i sterkere grad til å begrense bruken av amalgam.

De nye retningslinjene innskjerper kravet til samtykke i forbindelse med all tannbehandling. Dette betyr at enhver pasient også skal få vite om myndighetenes anbefalinger

før behandling kan gjennomføres. Retningslinjene tydeliggjør at bruken av amalgam bør begrenses både av hensyn til miljøet og mulige helseskader. Amalgam skal vanligvis ikke være førstevalg ved fyllingsterapi.

Les mer på Bivirkningsgruppens Internetsider.

EVALUERING AV BIVIRKNINGSGRUPPEN

Helsedepartementet har gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å foreta en evaluering av Bivirkningsgruppens virksomhet.



Evalueringen skal ferdigstilles i 2004 og danne grunnlaget for en vurdering av Bivirkningsgruppens videre arbeid. Bivirkningsgruppen har tidligere blitt evaluert i 1996.

AFTER — ”RESIDIVERENDE AFTØS STOMATITT”

After (eller munnskåld) er den mest vanlige slimhinnesykdommen i munnen. I underkant av 20 prosent av befolkningen har fra tid til annen utbrudd, og barn og ungdom er hyppigst rammet.

Det kliniske bildet er ofte karakteristisk. Sårene er runde eller ovale, velavgrensede, og som regel mindre enn 5 mm. De har en gulhvitt farge, og er omgitt av en rød sone. Vi finner dem som regel lokalisert til kinnslimhinnen, tungen, innsiden av leppene, munngulvet og i den bløte gane.

Hyppighet og alvorlighetsgrad kan variere fra individ til individ. After opptrer vanligvis sporadisk, noen ganger i året, og heles innen 1-2 uker uten komplikasjoner. Som regel blir der heller ikke arrdannelse. Noen opplever imidlertid kontinuerlige plager. Sårene kan være svært smertefulle, og i noen tilfeller kan de hemme vanlig oral funksjon.

Årsaker

Til tross for mye forskning på området, er årsaken til sykdommen fremdeles uklar. Det er likevel en

viss enighet om at kroppens immunforsvar spiller en rolle for utviklingen av after.

Tilstanden er i noen tilfeller forbundet med kroniske sykdommer som Crohns sykdom, cøliaki, ulcerøs kolitt og mangel på jern, vitamin B12 og folsyre.



Afte på innsiden av leppen.

Behandling

Siden årsaksforholdene til after er ganske uklare, er det heller ikke funnet et effektivt behandlingsmiddel mot denne tilstanden. Det er viktig å utelukke mulig bakenforliggende systemisk sykdom. Det finnes flere behandlingsformer som kan avkorte og dempe utbrudd-

ne. Hos pasienter med relativt sjeldne utbrudd kan lokal kortikosteroidbehandling hjelpe. Bruk av tannkrem uten såpestoffet natrium lauryl sulfat kan medvirke til å redusere antall sår og utbrudd. Danske studier har vist at også kosttilskuddet LongoVital kan virke forebyggende på utbrudd av sår. Det er imidlertid viktig å påpeke at den norske utgaven av LongoVital, i en norsk studie, har vist liten effekt. Den inneholder nemlig andre urter enn den danske utgaven. Ved mer alvorligere tilfeller ser det ut til at skylling med det antibakterielle middelet tetracyclin har en god effekt, spesielt ved multiple ulcerasjoner. Klorhexidin har også vist å ha en viss dempende virkning hos noen pasienter. Det er mye som taler for at den allmenne helsetilstanden kan påvirke forekomsten av after. En har sett at tiltak som stresshåndtering, vitamin- og jernrik mat, og at man unngår visse matvarer, kan ha en dempende effekt på afterforekomst. Dette er ikke tilstrekkelig vitenskapelig bevist.

After opptrer vanligvis sporadisk, og heles innen 1-2 uker uten komplikasjoner

SOPPINFEKSJONER

Candida er en gjærliggende sopp som forekommer i den normale bakteriefloraen i munnen. Ved gode vekstvilkår for disse organismene kan vi få en soppinfeksjon.

En slik utvikling kan ofte være et tegn på nedsatt

immunforsvar hos pasienten. Det er derfor viktig å lete etter eventuelle underliggende årsaker. Tilstander som vanligvis fører til et nedsatt immunforsvar, og med ledsagende oral candida-infeksjon, kan være lokale vevsskader i munnen, dårlig munnhygiene, stoffskifte-

sykdommer, feilernæring, antibiotikabruk, blodsykdommer og kreftsykdom.

Klinisk bilde

Sykdommen kan opptre både i en akutt og i en kronisk form. Den akutte formen kan deles opp i en pseudomembranøs form

(Fortsetter på side 3)

LICHEN PLANUS

Lichen planus er en kronisk hud- og slimhinnesykdom som forekommer hos ca. 1 – 2 prosent av befolkningen. Tilstanden oppstår oftest i 50 – 60 årsalderen, og kvinner er hyppigere rammet enn menn.

Klinisk bilde

Lichen planus kan bli delt inn i ulike undergrupper, som for eksempel retikulær ("nettliggende"), erythematøs ("rødlig") og atrofisk/ulcerøs type (sår og blemmer). Den retikulære typen gir ingen symptomer, men er karakterisert med hvitlige linjer, flekker eller prikker. I de

fleste tilfellene er denne typen ikke behandlingstrengende. Den erythematøse og den atrofisk/ulcerøse typen kan medføre smerter og opptrer nesten alltid i kombinasjon med den retikulære typen.

Oral lichen planus kan oppstå overalt i munnhulen, men er oftest lokalisert i kinnslimhinnene og på tungen. Pasienter som får denne tilstanden har i 20 prosent av tilfellene også lichen planus på huden.

Årsaker og behandling

Årsaken til oral lichen planus er ukjent, men man

mener at immunologiske faktorer spiller en viktig rolle. I ca. 1 prosent av tilfellene kan sårene forandre karakter med utvikling av kreft som et mulig resultat. Alle pasienter som har oral lichen planus bør derfor kontrolleres jevnlig av tannlegen sin. Diagnosen stilles ved at det tas en vevsprøve som sendes til mikroskopisk undersøkelse. Som regel trenger ikke pasienter med oral lichen planus behandling, bare jevnlig kontroller. Dersom behandling skulle være nødvendig er lokal bruk av corticosteroider mest effektivt.

Lichenoid kontaktreaksjon

Allergier overfor tannrestaureringsmaterialer kan vise seg som en lokal kontaktreaksjon. Det er en likhet mellom dette og lichen planus både utseendemessig og mikroskopisk. Dersom en i slike tilfeller fjerner allergenet (tannfyllingsmaterialet), vil sårene/reaksjonene som regel tilhele. Pasienter som har slike kontaktreaksjoner kan søke om tryggestøtte for utskifting av de aktuelle fyllingene.



Lokal slimhinnereaksjon mot en amalgamfylling. Den kliniske diagnosen var lichenoid kontaktreaksjon.

(Fortsatt fra side 2)

og en erythematøs form. Den førstnevnte er den vanligste og er karakterisert med et hvitlig, lett hevet, avskrapbart belegg, og sees oftest i kinnslimhinnen, ganen, tung-

en og på leppene. Den kroniske formen kan også deles opp i flere undergrupper.

Behandling

Antimykotisk (medisin mot sopp) behandlingen

kan foregå enten lokalt med bruk av sugetabletter, mikstur, eller salve i en periode på 4 uker, eller systemisk i form av inntak av tabletter.

Kontaktallergiske reaksjoner overfor tannrestaureringsmaterialer vil som regel tilhele når en fjerner materialet pasienten reagerer på

MUNNTØRRHET

Ved munntørrhet foreligger redusert, eller helt fraværende spyttsekresjon. Munntørrhet er mest vanlig hos kvinner, og rammer helst den eldre delen av befolkningen.

Den mest vanlige årsaken til munntørrhet, er bivirkninger av en rekke medisiner som for eksempel antihistaminer, trisykliske antidepressiva, og blodtrykkssenkende midler. Andre årsaker kan være munnpusting, spyttkjertelsykdommer (for eksempel Sjögrens syndrom, se separat artikkel),

vevsskader etter strålingsterapi mot hode/hals-regionen, HIV-infeksjon og neurologiske sykdommer. Når en blir eldre vil spyttkjertelnes reservekapasitet bli redusert,

samtidig som spyttets kvalitet endres. Ovennevnte påkjenninger vil derfor ha større klinisk betydning hos eldre enn hos yngre individer.

Klinisk bilde

Hos pasienter med munntørrhet er spyttet ofte tykt, seigt og skumaktig, mens slimhinnene er tørre og klebrige. Tungen kan være rødlig, glatt og fissurert, med ledsagende soppinfeksjoner som tilleggssproblem. Pasienten kan ha problemer med tygging av tørr mat, som for ek-

sempel kjeks. I tillegg kan talevansker og dårlig ånde forekomme. Behovet for drikke er stort, særlig om natten.

Spyttet er den viktigste naturlige beskyttelsen vi har mot tannrâte, som lettere oppstår ved redusert spyttproduksjon. For å forebygge tannrâte er det derfor viktig å ha en god munnhygiene, hyppige kontroller hos tannlege, samt å bruke fluor. Fluor bør tilføres flere ganger i døgnet, og kan finnes blant annet i tannkrem, tabletter og munnskyllevann.



Når det blir tørt i munnen vil tannløse pasienter ofte føle at protesene er løse. Det kan da være nødvendig å bruke festemidler.

Behandling

For en pasient som har fått diagnosen munntørrhet finnes det i dag mange muligheter for å lindre symptomene. Det er mange medisiner som i større og mindre grad gir munntørrhet som bivirkning, men effekten av samme preparat varie-

rer fra person til person. Tannlegen, legen og pasienten må samarbeide om å finne fram til en medisinering der også munntørrheten blir tatt hensyn til.

Stimulering av spyttsekresjon kan være til stor hjelp for personer med lite spytt. Smak og tygging er viktige faktorer ved spyttstimulering, og til dette formål finnes det mange ulike typer sukkerfrie sugetabletter og munnskyllevann. Her kan pasienten prøve seg fram til det produktet som har best virkning, gjerne i samarbeid med tannle-

gen. Væskerik og mild kost må ofte benyttes av hensyn til svelgeproblemer og sårhet i slimhinnene. Det er også nødvendig med rikelig inntak av vann

og sukkerfri væske. Dersom pasienten er helt uten spytt, kan en få kjøpt ulike spytterstatningsmidler på apoteket.

Dersom munntørrheten forårsaker store skader på tennene, kan det være mulig å søke Folketrygden om å dekke utgifter til tannlegebehandling.

Den mest vanlige årsaken til munntørrhet er bivirkninger av medisiner

”BURNING MOUTH SYNDROME”

Burning Mouth Syndrome (BMS) er mest vanlig hos kvinner, og rammer helst personer over 60 år.

De som rammes, får en brennende følelse i munnhulen der slimhinnene ellers er normale og uten sykdommer. Den brennende følelsen kan oppstå hvor som helst i munnslimhinnen, men tungen er oftest involvert. Plagene kan være kontinuerlige eller periodevis, og kan av og til resultere i smaksforstyrrelser.

Årsaker til munnsvie
Visse identifiserbare årsaker til munnsvie kan behandles. For eksempel

kan både candida (soppinfeksjoner) og allergi-/irritasjonsreaksjoner føre til en brennende fø-



lelse i munnen. Andre mulige faktorer kan være en dårlig tilpasset tannprotese, munntørighet, tunge-

press og tanngning. Ved medisinske tilstander som jernmangelanemi, folatmangel, vit.B12-mangel og diabetes mellitus kan en brennende følelse i munnen være et tidlig tegn. Når disse tilstandene blir korrigert og behandlet, kan plagene ofte bli redusert.

I mangel av identifiserbare årsaker er det ofte et behov hos pasienten for å få en forvisning om at BMS er en ganske vanlig tilstand som ikke har noen som helst sammenheng med for eksempel kreft.

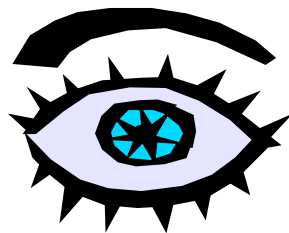
SJÖGRENS SYNDROM: TØRRE ØYNE, TØRR MUNN

Sjögrens syndrom kjennetegnes av kronisk betennelse i kroppens kjertler, spesielt tåre- og spyttkjertlene. Det finnes ikke klare tall på hvor mange som lider av sykdommen, men over 90 prosent av dem som rammes er kvinner i 30-50-års alderen.

Hovedplagene for pasienter med Sjögrens syndrom er tørre øyner og tørr munn. Man blir trett i øynene, det svir og det er vondt å blunke. Mange pasienter har i tillegg uklaare plager som leddproblemer, smerter i muskulatur, hodepine og tretthet, ofte med ledsagende tørrhet i skjede og hud. Plagene kan komme i perioder, og det kan ta mange år før sykdomsbildet er

slik at diagnosen kan bli stilt.

Årsaker
Det er ikke kjent hva som er årsaken til Sjögrens syndrom, men den anses



som en autoimmun sykdom. Det vil si at kroppen starter en betennelse mot strukturer i egen kropp. Syndromet opptrer som regel sammen med annen reumatisk sykdom.

Diagnose
For å stille diagnosen Sjögrens syndrom må det gjøres et større utred-

ningsarbeid av blant andre øyenlege og tannlege. Fire av seks kriterier må være oppfylt, for å få diagnosen Sjögrens syndrom:

- Tørre øyne
- Tørr munn
- Nedsatt tåreproduksjon som kan påvises ved test
- Vevsprøve fra spyttkjertel som viser typiske forandringer
- Spyttkjertelen fungerer unormalt
- Påvise i blodprøve antistoffer som kan angripe kroppens eget immunforsvar

Behandling
Det er i dag ingen effektiv behandling for Sjögrens syndrom. Man må konsentrere seg om lindrende behandling som for ek-

(Fortsetter på side 6)

Det kan gå mange år før diagnosen "Sjögrens syndrom" kan bli stilt

INTERNASJONAL KONFERANSE OM BIOMATERIALER

*En del
tannrestaurerings-
materialer
markedføres uten
forutgående klinisk
testing*

I begynnelsen av september ble en konferanse om biomaterialer arrangert i Bergen. Delegationer fra flere europeiske land var tilstede for å diskutere blant annet bivirkninger og materialer.

Både generelle prinsipper om rapportering av bivirkninger fra odontologiske biomaterialer og mer detaljerte pasienttilfeller fra Bivirkningsgruppen ble lagt fram på konferansen. Bivirkningsrapportering er en del av det som er kalt "post marketing surveillance" eller overvåkning etter salgstart. Ettersom en del tannrestaureringsmaterialer markedsføres uten forutgående klinisk testing, er det et åpenbart behov for rapportering og oppfølging av mulige tekniske svakheter og bivirkninger.

Blant de inviterte talerne på konferansen var forskere og lærere ved odontologiske fakulteter og

institusjoner, samt en representant fra en materialproducent.

Professor Gottfried Schmalz fra Universitetet i Regensburg, Tyskland, presenterte forskning om nye materialer som erstatter amalgam. En gruppe av "byggesteiner" i plastfyllingene, de såkalte monomerene, er giftige i store mengder. I munnen er konsentrasjonene av disse lavere enn de som gav effekter i celleforsøkene. Professor Schmalz nevnte også at det finnes studier som viser at en kjemikalie som ofte inngår i plastmaterialer (TEGDMA) kan gi forandringer i cellenes arvemateriale (se også BIVIRKNINGSBLADET desember 2002). Men for å undersøke hva dette innebærer klinisk, vil det nå være nødvendig med studier på dyr. Mange av kjemikalierne i plastmaterialene er allergifremkallende, og tannhelsepersonell er i en risikogruppe for å utvikle allergier mot disse.

Hva inngår i plastmaterialene?

I mange tilfeller er det mangelfulle opplysninger om hvilke stoffer som inngår i plastfyllingsmaterialene. Dette er et problem når man søker etter alternative materialer til pasienter med allergi mot spesielle kjemikalier. Stipendiat Vibeke Barman Michelsen ved Universitetet i Bergen presenterte data fra studier av et antall ulike plastbaserte fyllingsmaterialer. Resultatet av disse studiene reiser spørsmål om ikke flere kjemikalier bør inngå ved allergitesting mot dentale materialer enn hva tilfellet er i dag. I den etterfølgende diskusjonen ble det konstatert at allergitester på en liten gruppe dyr ikke gir tilstrekkelig informasjon om allergirisiko.

Bivirkningsrapportering
Internasjonalt finnes det flere ulike systemer for rapportering av bivirkninger fra tannrestaurerings-

(Fortsatt fra side 5)

sempel hyppig drypping av øyne for å motvirke tørrhet. Inntak av væske og bruk av drops (må være sukkerfrie!) og lignende er viktig for å motvirke munntørrhet. Videre vil fluortannkrem, fluor-tabletter og skyllevann med fluor motvirke hull i

tennene, og fuktighetskrem vil motvirke tørr hud. Visse medikamenter kan dempe betennelsen og lindre smertene, og disse skrives da ut av lege.

Kunstig tårevæske og spytt fåes kjøpt reseptfritt. Hyppige tannlegebesøk for å kontrollere tannhelsen er viktig.

Trygderettigheter

Pasienter med Sjögrens syndrom har ofte øket risiko for karies i tennene og tannkjøttbetennelser. I slike tilfeller kan man søke trygdekontoret om dekning av ekstraordinære tannlegeutgifter som sykdommen fører til.

Autoimmune sykdommer som for eksempel Sjögrens syndrom rammer oftere kvinner enn menn. Hvorfor er det slik?

Ekspimentelle studier har antydning at kjønnshormoner spiller en rolle her. Det kvinnelige kjønnshormonet, østrogen, påskynder sykdomsprosessen, mens det mannlige kjønnshormonet, testosteron, synes å kunne motvirke en slik prosess. Det er fortsatt få vitenskapelige studier om emnet, og mekanismene er ukjente.

materialer. Professor Nils Roar Gjerdet ved Universitetet i Bergen presenterte generelle prinsipper om bivirkningsrapportering vedrørende odontologiske biomaterialer. EUs regelverk har visse minstekrav. Ifølge disse må man rapportere reaksjoner og alvorlige hendelser som kan gi alvorlig helserisiko eller død. Når det gjelder tannfyllingsmaterialer er ikke dette tilstrekkelig fordi det da er nødvendig med et mer detaljert system som også inkluderer mindre alvorlige bivirkninger, som for eksempel kontaktallergiske reaksjoner.

Den norske Bivirkningsgruppen har nå samlet inn data i 10 år. I Sverige hadde man i en periode et register for spontanrapportering av bivirkninger, men dessverre har man nå gått tilbake til EUs minstekrav. Ved Universitetet i Sheffield, England, har det siden 1999 pågått et prosjekt der man med jevne mellomrom sender ut brev til landets tannleger og ber dem om å rapportere sine observasjoner. Muligheten for å slå sammen data om rapporterte reaksjoner fra flere land diskuteres.

Bivirkningsgruppens leder Lars Björkman presenterte data fra det norske Bivirkningsregisteret. Amalgam er det materialet som oftest er blitt nevnt i bivirkningsrapportene. Ettersom Bivirkningsgruppen ikke bare forestår registrering av innsendte rapporter, men også tar imot pasienter for klinisk undersøkelse, kan innholdet i rapportene kontrolle-

res mot de kliniske funn som blir gjort av de som rapporterer. Resultatet av en slik sammenligning er nylig publisert. Resultatet av denne sammenligningen og funnene gjorde at bivirkningsskjemaet ble revidert. Det ble også vist et par eksempler på hvordan data fra bivirkningsrapporteringen kan brukes for å undersøke sammenhengen mellom bivirkningsreaksjoner og forekomst av sykdommer.

Vurdering av nye materialer

Dr Andreas Petermann fra materialprodusenten 3M ESPE redegjorde for de rutiner som brukes ved vurderingen av nye materialer. Disse rutinene skal følge reglene i det europeiske direktivet om medisintekniske produkter. Iblant gjøres bare en klinisk vurdering og ikke en klinisk test av materialene før de blir tatt i bruk. Det finnes tilfeller der materialer er blitt trukket tilbake fra markedet på grunn av tekniske feil for eksempel ved at fyllinger har falt ut, eller det er oppstått sprekker i tennene. Slike svakheter oppdages ofte først etter en viss tids bruk. Det er viktig at problemer med materialene blir rapportert til produsenten, som så kan vurdere om et material skal trekkes tilbake.

Nye typer av keramer

Professor Ric van Noort fra Universitetet i Sheffield foreleste om utviklingen av nye typer av keramer som kan brukes til tannrestaureringer. Blant annet har man i de senere årene begynt å bruke

zirkonium-baserte konstruksjoner som blir framstilt ved hjelp av dataprogrammer med såkalt CAD-CAM teknikk.

Skandinavisk syn på materialvalg

Førsteamanuensis Gunhild V. Strand fra Universitetet i Bergen redegjorde for de materialene som brukes ved Det odontologiske fakultet i Bergen. Hvilke materialer som passer best klinisk kan variere. I melketenner hos barn anvendes f.eks. nå oftest plastmodifisert glassionomersement. Hos voksne er det imidlertid kompositt som først og fremst blir brukt. Bruken av amalgam varierer i de ulike land, og i Norge er det ikke lengre et førstevalg som tannfyllingsmateriale.

Modell for munnslimhinnen

Professor Anne Chr. Johannessen ved Universitetet i Bergen la frem et prosjekt om utvikling av en cellekulturmodell for munnslimhinnen. Så langt har man ikke kunnet dyrke celler av ulike typer i flere lag, men i denne nye modellen var dette mulig. I framtiden kan man kanskje komme til å bruke en slik munnslimhinnemodell til testing av tannrestaureringsmaterialer. Modellen ble utviklet spesielt for å studere ulike tobakkprodukters effekt på cellene, og mekanismer bak de såkalte lichenoide reaksjonene. Dette ses iblant ved allergiske reaksjoner mot dentale materialer. Man har hittil gjort forsøk med

(Fortsetter på side 8)



Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer

Årstadveien 17
5009 BERGEN

Telefon: 55 58 62 71
Telefaks: 55 58 98 62
E-post: Bivirkningsgruppen@uib.no

Bivirkningsgruppens
internettsteder:
[www.uib.no/
bivirkningsgruppen](http://www.uib.no/bivirkningsgruppen)



Vil du vite mer om tannrestaureringsmaterialer?

Statens Helsetilsyn sin utredning om bruk av tannrestaureringsmaterialer kan bestilles fra Sosial- og helsedirektoratet (tel: 22 24 88 86, faks: 22 24 63 50) eller via e-post (trykksak@shdir.no). Den kan også lastes ned direkte via internett fra Statens Helsetilsyn sine web-sider (<http://www.helsetilsynet.no/trykksak/ik-2652/ik-2652.pdf>). En kopi fins på Bivirkningsgruppens web-sider (<http://www.uib.no/bivirkningsgruppen>).

Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer utreder mulige bivirkninger av odontologiske biomaterialer. Oppdragsgiver er Helsedepartementet. Arbeidet er organisert under UNIFOB - Stiftelsen Universitetsforskning i Bergen. Gruppen har lokaler sammen med Fagområdet odontologiske biomaterialer ved Universitetet i Bergen.

Bakgrunnen er at helsemyndighetene i Norge ønsker å få belyst forekomsten og arten av bivirkninger i forbindelse med odontologiske biomaterialer, og å få utarbeidet metoder for å vurdere og behandle slike reaksjoner.

Bivirkningsgruppens hovedoppgaver er å forestå bivirkningsrapportering, utrede pasienter, spre informasjon med hensyn til mulige bivirkninger av odontologiske materialer og bedrive forskning og utvikling. Gruppen skal ikke selv utføre odontologisk behandling.

Bivirkningsgruppen består av en leder, seniorkonsulent og fire kliniske deltidstillinger. Et tverrfaglig sammensatt fagråd bistår virksomheten.

(Fortsatt fra side 7)
kvikksølv, som inngår i amalgam, og SLS (natrium lauryl sulfat), som inngår i en del tannkremer.

Forskning om herdelamper
Forskere ved NIOM (Nordisk Institutt for Odontologisk Materialprøving) rapporterte om risikoen ved bruk av herdelamper for dentale kompositter. Fra en del lamper kommer ikke bare synlig lys, men også UV-lys, som blant annet kan skade øynene. Tannhelsepersonell som arbeider med herdelamper bør benytte beskyttelse (f eks spesialbriller) mot det kraftige herdelyset for å unngå skader på øynene.

Kunnskapssenter for dentale materialer

For å forbedre kunnskapen om dentale materialer hos tannhelsepersonell har man i Sverige opprettet et "Kunskapscenter för dentala material" ved Sosialstyrelsen. Dette senteret har fått midler via statsbudsjettet og skal fungere som en kunnskapsbank. Hittil har spesialister og forskere presentert oppdaterte kunnskaper om ulike materialspørsmålstillinger. Disse oversiktene finnes på internett: <http://www.sos.se/kdm/index.htm>.

På konferansen ble det også rapportert om de nye retningslinjene om tannfyllingsmaterialer fra Sosial- og helsedirektoratet. Konferansen var den 17. i serien av "European Dental Materials Conference"

som arrangeres hvert annet år. Neste gang skal konferansen arrangeres i Cork, Irland.

NY MEDARBEIDER

Tannlege Johanna Svahn har arbeidet ved Bivirkningsgruppen siden august i år. Hun tok odontologisk embetseksamen i 1975, og har arbeidet ved den offentlige tannhelsetjenesten i Hordaland og som instruktørtannlege ved Odontologisk fakultet i Bergen. I senere tid har hun vært ansatt ved Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus. Johanna arbeider med klinisk utredning av pasienter og informasjon og rådgivning.

BIVIRKNINGSREAKSJONER BØR RAPPORTERES TIL BIVIRKNINGSGRUPPEN

Alle mistenkte reaksjoner, lokale reaksjoner i munnen eller eksemutbrudd i forbindelse med tannbehandling, bør rapporteres til Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer. Også andre reaksjoner som er uvanlige og har forbindelse med tann-

behandling bør rapporteres, selv om man ikke er sikker på om det er en materialreaksjon. Tannleger, leger og tannpleiere kan rapportere.

Bivirkningsskjema kan fås ved å henvende seg til Bivirkningsgruppen for

odontologiske biomaterialer, Årstadveien 17, 5009 Bergen (telefon: 55 58 62 71, telefaks: 55 58 98 62, e-post: bivirkningsgruppen@uib.no). Bivirkningsskjema kan også lastes ned som PDF-fil fra Bivirkningsgruppens internett adresse: www.uib.no/bivirkningsgruppen.