

Orsaker till och behandling av muntorrhet

Muntorrhet är ett vanligt besvär bland äldre och kan orsakas av bland annat reuma, diabetes eller Parkinsons sjukdom. Bland läkemedlen är det särskilt läkemedel mot hjärt- och blodkärlssjukdomar samt antikolinerga psykmediciner som orsakar muntorrhet. Det viktigaste i behandlingen är att dricka tillräckligt vatten och sköta tandhygien.

Saliven är en viktig vätska med tanke på munnens försvarsmekanismer, tandhälsan, smaksinnet, sväljandet och till och med talet. Det smörjer också munnens slemhinnor. Muntorrhet ger en mängd problem och symptom. En torr mun blir lätt utsatt för muninfektioner, tandsjukdomar och jästinfektion.

Exakt hur många som lider av muntorrhet vet man inte. Enligt en publicerad systematisk översikt lider 1–65 % av befolkningen av det här symptomet, så behovet av en epidemiologisk studie i ämnet är uppenbart (Orellana et al. 2006).

I undersökningen Hälsa 2000, som genomfördes i Finland av Institutet för hälsa och välfärd, frågade man inte direkt om muntorrhet, men svälj- och talstörningar samt munsveda, som indirekt tyder på torr mun, förekom som minst hos några procent och som mest hos över 50 %. Det sistnämnda talet gällde svarande med multimedicinering (Suominen-Taipale et al. 2008). Läkemedel är alltså den största orsaken till muntorrhet.

Xerostomi och hyposalivation

Då man talar om muntorrhet är det skäl att skilja mellan subjektiv känsla av torrhet, det vill säga xerostomi, och objektiv mätbar hyposalivation. De går inte alltid hand i hand och begreppen vacklar lite även inom forskningen.

Hos en frisk vuxen produceras cirka 1–1,5 liter saliv per dygn, men de individuella variationerna är mycket stora. Internationellt godkända diagnostiska gränsvärden för hyposalivation är för salivproduktion stimulerad genom tuggande av paraffinvax < 0,7 ml/min och för vilosaliv < 0,1 ml/min.

Salivproduktionen följer en dygnsrytm och är som livligast på eftermiddagen, så mätningstidpunkten måste standardiseras till samma tid på dagen varje gång (Meurman & Rantonen 1994). Eftersom olika människors salivutsöndringshastighet kan variera märkbart och är individuell bör hyposalivation uppföljas utifrån patienten och inte endast enligt förutnämnda gränsvärden. Vad som känns som en "trevlig" mängd saliv i munnen är alltså mycket individuellt.

Läkemedel som orsakar muntorrhet

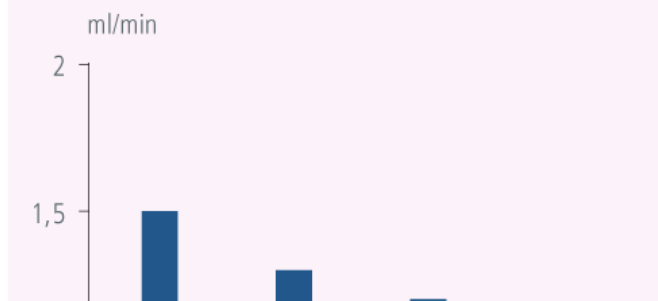
Det är vanligt med muntorrhet hos den äldre befolkningen (Janket et al. 2003). I en helsingforsisk åldringsundersökning, där man mätte salivproduktionen hos över 76-åringar upptäckte man att låga salivnivåer hade ett tydligt samband med patientens medicinering: ju fler läkemedel personen åt per dag desto lägre var nivåerna på både vilosaliv och stimulerat saliv (figur 1). Muntorrhet kan orsakas av många olika läkemedel (figur 2).

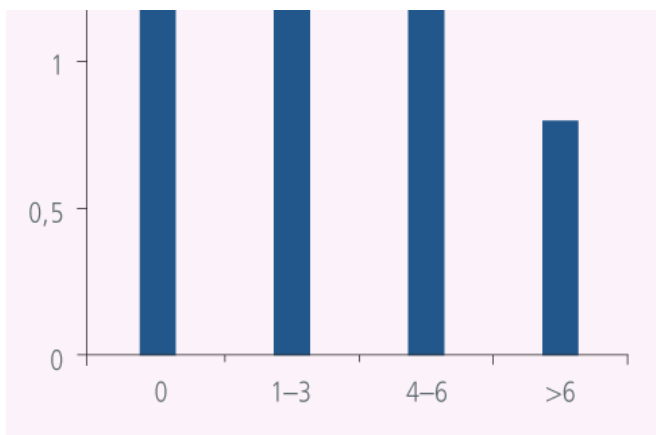
Salivproduktionen är en komplicerad process, som styrs av det autonoma nervsystemet, varför både läkemedel som påverkar det parasympatiska och de som påverkar det sympatiska nervsystemet kan ha muntorrhet som biverkning. I praktiken är det mest blodtrycksmediciner och psykmediciner som orsakar muntorrhet, eftersom de används så allmänt (tabell 1).

Till exempel i en amerikansk undersökning på krigsveteraner gav medicinering mot hjärt- och blodkärlssjukdomar en relativ risk för muntorrhet på 2,82 (95 % konfidensintervall 1,35–5,91) och psykmedicinering motsvarande 2,96 (1,21–7,26) (Janket et al. 2007). Hos testpersoner i Kuopio som var i snitt 82 år gamla gav psykmedicinering en relativ risk på 2,1 (1,2–3,5) för subjektivt symptom av torr mun (Pajukoski et al. 2001).

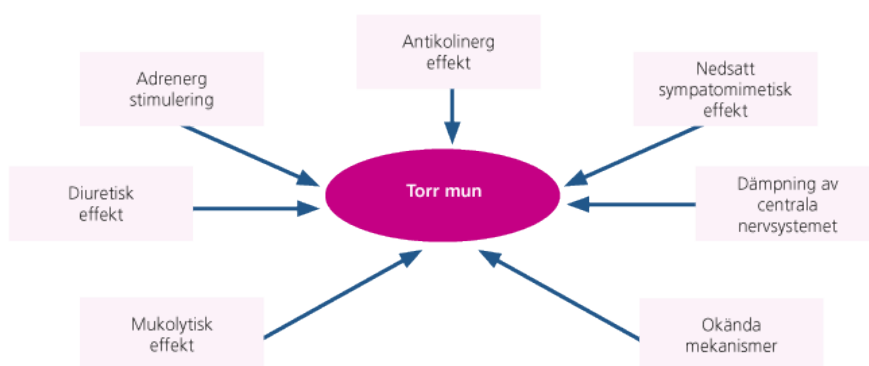
De besvärligaste symptomen på muntorrhet påträffas hos patienter som använder tunga psykofarmaka med en stark antikolinerg komponent. I en öppen enkät på Hesperia sjukhus angav 59 % av patienterna att de led av daglig muntorrhet; vanligast var det bland dem som använde klassiska neuroleptika eller läkemedel mot mani (Koski et al. opublicerad information).

Figur 1. Minskning av salivproduktionen i förhållande till antalet läkemedel patienten använder (horisontalaxeln) oberoende av läkemedlens natur. KÄLLA: NÄRHI ET AL. 1992.





Figur 2. Mekanismer som beror på medicinering och som orsakar muntorrhet.



Tabell 1. Faktorer som orsakar xerostomi och hyposalivation.

Medicinering, särskilt läkemedel som används mot hjärt- och blodkärlssjukdomar samt antikolinerga psykmediciner
Allmänsjukdomar, såsom reumasjukdomar, diabetes, Parkinsons sjukdom
Menopausen
Strålbehandling i ansiktet eller käkområdet

Sjukdomar som orsakar muntorrhet

Förutom medicinering påverkas muntorrhet också av flera sjukdomar, strålbehandling i ansiktsområdet samt menopausen (tabell 1). Vid reumasjukdomar är muntorrhet ett vanligt symptom oberoende av sjukdomens exakta diagnos. Ett klassiskt exempel är siccasymptomen vid Sjögrens syndrom (Fox et al. 1984).

I en fall-kontrollstudie gjord av Helenius et al. (2005) hade alla de patienter som led av spondylartropati, ankyloserande spondylit, reumatoid artrit eller blandad bindvävsjukdom betydligt mer xerostomi och hyposalivation än kontrollpersonerna. Vid reuma och särskilt Sjögrens syndrom är den diagnostiska metoden för att konstatera objektiv muntorrhet vanligen biopsi från de små spottkörtlarna på underläppens insida. Med biopsin kan man bestämma så kallad focus score för att bedöma hur inflammerade spottkörtlarna är.

Diabetespatienter lider också ofta av muntorrhet (Rayman et al. 2010). Särskilt diabetisk nefropati tycks öka risken för muntorrhet och xerostomi och de som lider av diabetes får lättare torr mun som biverkning av medicinering (Collin et al. 2000).

Också Parkinsons sjukdom är förknippad med muntorrhet, trots att patienterna ofta på grund av sjukdomens motoriska störningar dräglar, vilket felaktigt kan tolkas som ökad salivproduktion. Halten av parkinsonläkemedlet levodopa i blodet står hos dessa patienter i direkt proportion till den låga salivproduktionen (Proulx et al. 2005).

Redan sängliggande i sig minskar salivproduktionen, vilket nyligen bevisats genom experiment (Rai et al. 2011). Allmän dehydrering återspeglas naturligt nog i muntorrhet och de flesta har väl upplevt att munnen kan kännas torr vid feber.

Strålbehandling på spottkörtlarnas område orsakar, beroende på strålningsdos, antingen övergående (~10 gray) eller bestående (~40 gray) stopp i salivproduktionen. Dessa patienter är de svåraste att behandla för muntorrhet. De har alla problem som beror på avsaknad av saliv.

Kvinnor i menopausåldern

På tandläkarmottagningen är en stor del av dem som klagar på torr mun och andra munsymptom kvinnor i menopausåldern. Det är tydligt att de hormonella förändringarna i övergångsåldern orsakar många slags problem också i munnen, för munnens slemhinnor och spottkörtlarna har östrogenreceptorer (Välilmaa et al. 2004). Ändå kunde man inte i en finsk studie på kvinnor i menopausåldern påvisa någon skillnad i salivproduktionen mellan dem som fick hormonsubstitution och andra (Tarkkila et al. 2012).

Den kliniska erfarenheten har trots allt tydligt visat att många kvinnor får hjälp också för muntorrheten av hormonsubstitution mot övergångsbesvär. Också det här visar att faktorerna som påverkar salivmängden och hur man upplever den varierar från person till person. Hur saliven smörjer slemhinnorna kan upplevas väldigt olika, även om det inte skulle vara skillnad i de objektivt uppmätta salivmängderna.

Behandling av muntorrhet

Det viktigaste rådet för dem som lider av torr mun är att de ska komma ihåg att dricka tillräckligt varje dag. En vuxen borde dricka 1,5–2 liter vätska per dygn. För äldre, som ofta har försvagad törstkänsla, är rådet ytterst viktigt och kan, om det tillämpas, redan i sig korrigera eller åtminstone lindra besvärande muntorrhet. Med tanke på tänderna är vatten den bästa drycken, eftersom saft och läsk är sura och i stora mängder orsakar tanderosion.

På apoteket kan man köpa preparat avsedda för lokal behandling av torr mun, såsom lösningar, geler, sug- och tuggtablettor och pastiller. För tandhälsan är det viktigt att produkten inte innehåller fermenterbara kolhydrater (kariesrisk) och inte är för sur (erosionsrisk).

För smörjning av slemhinnorna kan också matolja rekommenderas. Olivolja är ett urgammalt medel mot muntorrhet. En del patienter får också hjälp av surmjölkprodukter, särskilt om de också lider av munsveda. Tuggande ökar salivproduktionen, så ofta rekommenderas till exempel xylitol-tuggummi eller -pastiller för att lindra symptomet. Akupunktur har också prövats. Den kan hjälpa en del patienter, fast vetenskapliga bevis saknas (Zhuang et al. 2012).

Farmakologiska knep att piska spottkörtlarna till ökad salivproduktion är pilokarpin, som i Finland finns på marknaden i form av ett preparat som heter Salagen (5 mg x 3–4) samt cevimelin (Evoxac, 30 mg x 3), som inte har försäljningstillstånd. Många Sjögren-patienter och strålbehandlade patienter har nytta av dessa preparat, förutsatt att det inte finns kontraindikationer mot användning av parasympatomimetika och läkemedlets höga pris inte är ett hinder.

I tabell 2 har sammanställts råd för behandling av muntorrhet. I litteraturen finns inte randomiserade kontrollerade studier över metodernas inbördes rangordning; bara genom att pröva hittas den bästa behandlingen för den enskilda patienten. I framtiden kanske genterapi kan ge precisionshjälp också vid det här besväret (Baum et al. 2012). Eftersom polyfarmaci är den vanligaste orsaken till muntorrhet är det viktigt att kontrollera och vid behov minska medicineringen hos den som lider av besväret.

Tabell 2. Behandling av muntorrhet.

Tillräckligt dagligt drickande, för vuxna 1,5–2 l/d
Preparat mot torr mun som finns på apoteket
En kost som uppmuntrar till tuggande
Xylitol-tuggummi och -pastiller
Sköljning med matolja, surmjölkprodukter
Akupunktur
Noggrann daglig munhygien
Behandling av tandsjukdomar och svampinfektioner samt regelbundna tandläkarkontroller på grund av den ökade kariesrisken
Pilokarpin (Salagen® 5 mg x 3–4) om det inte finns kontraindikationer

Jukka H. Meurman

MKD, OD

Professor, Helsingfors universitet, institutionen för odontologi

Övertäkare, HUCS/Kirurgiska sjukhuset, kliniken för mun- och käksjukdomar

Takaisin

LITTERATUR

- Baum BJ, et al. Early responses to adenoviral-mediated transfer of the aquaporin-1 cDNA for radiation-induced salivary hypofunction. *Proc Natl Acad Sci USA* 2012; 109: 19403–7.
- Cassolato SF, Turnbull RS. Xerostomia: clinical aspects and treatment. *Gerodontology* 2003; 20: 64–77.
- Collin HL, et al. Oral symptoms and signs in elderly patients with type 2 diabetes mellitus. A focus on diabetic neuropathy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 90: 299–305.
- Fox RI, et al. Primary Sjogren syndrome: clinical and immunopathologic features. *Semin Arthritis Rheum* 1984; 14: 77–105.
- Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. *J Am Dent Assoc* 2003; 134: 61–9.
- Helenius LM, et al. Oral and salivary parameters in patients with rheumatic diseases. *Acta Odontol Scand* 2005; 63: 284–93.
- Janket SJ, et al. Xerostomic medications and oral health: the Veterans Dental Study (part I). *Gerodontology* 2003; 20: 41–9.
- Janket SJ, et al. The effects of xerogenic medications on oral mucosa among the Veterans Dental Study participants. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103: 223–30.
- Meurman JH, Rantonen P. Salivary flow rate, buffering capacity, and yeast counts in 187 consecutive adult patients from Kuopio, Finland. *Scand J Dent Res* 1994; 102: 229–34.
- Närhi TO, et al. Association between salivary flow rate and the use of systemic medication among 76-, 81-, and 86-year-old inhabitants in Helsinki, Finland. *J Dent Res* 1992; 71: 1875–80.
- Orellana MF, et al. Prevalence of xerostomia in population-based samples: a systematic review. *J Public Health Dent* 2006; 66: 152–8.
- Pajukoski H, et al. Prevalence of subjective dry mouth and burning mouth in hospitalized elderly patients and outpatients in relation to saliva, medication, and systemic diseases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 92: 641–9.
- Proulx M, et al. Salivary production in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2005; 20: 204–7.
- Rai B, et al. Evaluation by an aeronautic dentist on the adverse effects of six-week period of microgravity on the oral cavity. *Int J Dent* 2011; 2011: 548068.
- Rayman S, et al. Xerostomia. Diagnosis and management in dental practice. *N Y State Dent J* 2010; 76: 24–7.
- Suominen-Taipale L, et al. (red.) Oral Health in the Finnish Adult Population. Health 2000 Survey. Publications of the National Public Health Institute B25/2008. Helsingfors: Hakapaino Oy; 2008.
- Tarkkila L, et al. Saliva in perimenopausal and early postmenopausal women. A 2-year follow-up study. *Clin Oral Investig* 2012; 16: 767–73.
- Välilmaa H, et al. Estrogen receptor-beta is the predominant estrogen receptor subtype in human oral epithelium and salivary glands. *J Endocrinol* 2004; 180: 55–62.
- Zhuang L, et al. The preventive and therapeutic effect of acupuncture for radiation-induced xerostomia in patients with head and neck cancer: A systematic review. *Integr Cancer Ther* 2012 Jul 16. [Epub ahead of print].