

## Recidiverande aftös stomatit (RAS)

Aftösa lesioner i den icke keratiniserade munslemhinnan är vanligt, med en prevalens på 2–25 % hos den svenska befolkningen. RAS är vanligare förekommande hos kvinnor och yngre individer.

Trots omfattande forskning är orsaken inte klarlagd. RAS är ingen sjukdom utan symptom på en obalans i kroppen där ett flertal faktorer/orsaker samverkar där ärftlighet är en viktig faktor. Andra faktorer är bakteriefloran i munnen, immunförsvaret och yttre miljöfaktorer. Överkänslighet eller födoämnesallergi kan påverka.

I vilken utsträckning patienten besväras av RAS beror på frekvens och typ. Patienter med upprepade aftösa lesioner bör utredas medicinskt eftersom RAS kan förekomma i samband med systemiska sjukdomar eller bristtillstånd.

### Former av RAS

RAS uppträder ofta som rundade, ytliga sår med ett omgivande erytem ("halo"). RAS förekommer i tre olika former:

- Minor RAS – vanligaste formen och ses som rundad, ytliga, enstaka eller ibland multipla sår som läker utan ärrbildning inom drygt en vecka.
- Herpetiforma RAS – är den ovanligaste formen och ses som ett flertal små sår, vanligen i munbotten eller under tungan.
- Major RAS (Suttons afte) – består av en djupgående sårbildning med lång läkningstid och kvarstående ärr i slemhinnan.

### Behandling

Det finns ingen behandling som botar RAS, utan enbart symptomlindring. Det finns ett flertal olika receptfria preparat på apotek som kan lindra symtomen av afte. Xylocainsalva 5 % kan användas för att lindra symtom och kan ges till barn > 1,5 år. Behandling med laser ger smärtlindring tillfälligt och påskyndar läkning, men används inte i vår region. Behandlingen provas och utvärderas stegvis, enligt behandlingspyramid inspirerad av Mattson et al., 2004 Vid osäkerhet om diagnos eller behandling rekommenderas att patienten remitteras till specialisttandvård för vidare utredning.



## 1. Tandkräm och munsköljning – allmäntandvård

- I. Tandborstning dagligen där endast Zendium tandkräm används och patienten sköljer med skummet. Detta kan kompletteras med Zendium munsköljning men ska inte kombineras med annan munsköljning vid samma tillfälle.
- II. Om symtomlindring inte fås med Zendium kan Sinaftin tandkräm användas på samma sätt men också topsas på blåsorna.

## 2. Topikala steroider, medelstark glukokortikoid, grupp II – allmäntandvård

Triamcinolon APL 0,1 % munhålepasta. Pastan appliceras på sår 2–3 gånger per dag.

## 3. Klortetracyklin >12 år (inte till ammande kvinnor) – specialisttandvård

Klortetracyklinhydroklorid APL 250 mg pulver till munsköljvätska. Innehållet i pulvret löses i 15 ml vatten. Skölj munnen 1–2 minuter 4 gånger dagligen i högst 4 dagar. Skölj noggrant med vatten efteråt. Behandlingsuppehåll på minst 1 vecka mellan behandlingsperioderna.

## 4. Topikala steroider, stark glukokortikoid, grupp IV, >12 år – specialisttandvård

Anpassa behandlingen efter symtom. Undvik långa behandlingsperioder med Klobetasol.

- I. Klobetasol APL munhålepasta 0,025 %. Appliceras 2 gånger per dag på affekterad munslemhinna i 14 dagar. Därefter nedtrappning till 1 gång per dag i 14 dagar, därefter 1–2 gånger per vecka, alternativt byte till Triamcinolon APL 0,1 % munhålepasta.

- II. Om inte symtomlindring fås kan sköljning med Klobetasol APL munhålegel 0,025 % provas enligt ordination. Skölj munnen med 5 ml Klobetasol gel i minst 5 minuter. Spotta därefter ut gelen, skölj inte munnen efteråt. Behandlingen görs 2 gånger per dag under 2 veckor för att därefter trappas ner till 1 gång per dag i 2 veckor. Därefter 1 gång varannan dag i 2 veckor. Under de 2 första veckorna som Klobetasol munhålegel används sköljs munnen med Nystatin 1 ml 2 gånger per dag under minst 1 minut helst efter måltid. Spotta därefter ut vätskan. Om symtomfrihet inte kan uppnås med sköljning med Klobetasol kan dosering som ger symtomfrihet fortsätta efter samråd med ansvarig läkare.

### **5. Thalidomid – sjukvård**

Patient med svåra besvär med underliggande sjukdom.

### **Referenser**

Mattson U, Jontell M, Saalman R. Recidiverande aftös stomatit. Tandläkartidningen 2004;96(3):48–54.