

Akuttbehandling – et populært tema

Nesten daglig må tannleger forholde seg til pasienter med akutte problemer. Det er gjerne smertefulle tilstander som får pasienten til å søke akutt tannlegehjelp, og hvor pasienten må hjelpes i en ellers travel arbeidsdag. Det er ønskelig med riktig og rask diagnose og en smertelindrende behandling som skal være en del av den permanente behandlingen. På første dag av NTFs landsmøte fikk vi en gjennomgang av de mest aktuelle tilfellene.

Akutte tilstander i den pedodontiske hverdag ble dekket av universitetslektor Anne-Lise Maseng Aas, Det odontologiske fakultet, Oslo. Primær herpes simplex hos små barn er en tilstand som ofte ikke diagnostiseres korrekt ved legebesøk. Pasienten har gingivitt, en rekke sår i munnhulen, feber, redusert allmenntilstand og ofte problemer med å ta til seg næring. Barn med såkalt vanskelig tannfrembrudd kan ha en underliggende primær herpes simplex-infeksjon. Tilstanden går over av seg selv. Behandling er å berolige foreldre, febernedsettende medikamenter og rikelig væsketilførsel. Perikoronitt kan sees ved tannfrembrudd, også ved andre tenner enn visdomstenner. Behandles med incisjon, rikelig skylling og eventuelt et dren. Antibiotika gis kun ved nedsatt allmenntilstand. Ubehandlet kan perikoronitt resultere i abscessdannelser og granulomer. Ved tannskader er klinisk og røntgenologisk undersøkelse viktig for riktig diagnose. Hvis primære tenner lukseres mot anlegget for permanente tenner, må melketannen trekkes. Ved intrusjon av primære tenner må det avklares om tannen er slått mot eller fra det permanente anlegget. En røntgenundersøkelse er til god hjelp. Hvis den intruderte tannen får lengre rot enn kontralaterale tann på røntgenbildet, er tannen ført mot anlegget, og behandlingen blir ekstraksjon. Har den traumatiserte tannen kortere rot, er tannen ført

vekk fra det permanente anlegget, og behandlingen blir å observere. Pulpa-perforasjon på permanente, unge tenner behandles med partiell pulpektomi (fjern 2 mm av kronepulpa, stans blødning og dekk med CaOH₂). Teksjon har dårligere prognose.

Ved intrusjon av permanente tenner kan man vente på spontan erupsjon eller foreta en ortodontisk reponering. Hvis tannen må rotbehandles, anbefales ortodontisk reponering, da dette går raskere. Reponering innen fem minutter har best prognose ved eksartikulasjon. Dyp karies i primære tenner hvor smerten har vært kortvarig, behandles med trinnsvis ekskavering. Ved pulpaperforasjon utføres partiell pulpektomi da teksjon har dårligere prognose. Hvis smerten har vært langvarig, betyr dette at pulpitten er kronisk og tannen må trekkes. Dyp karies i rotåpne, permanente tenner behandles med trinnsvis ekskavering; ved perforasjon partiell pulpektomi eller ekstraksjon. Tidspunktet for ekstraksjon må tilpasses øvrig tannfrembrudd og eventuell kjeveortopedisk behandling. Pulpotomi (fjerne hel kronepulpa, men ikke ned i roten) kan benyttes som midlertidig behandling. Ved behandling av små barn, kan sedasjon være ønskelig. Midazolan, 0,5 mg/kg kroppsvekt, er førstehåndspreparat, eventuelt Flunitrazepam.

Akutte smerter som følge av vevsskade

Akutt smerte er en følge av vevsskade og ofte er det lett å finne årsaken og eliminere denne, hevdet førsteamanuensis Asgeir Bårdsen, Det odontologiske fakultet i Bergen. Smerte fra dentin er fysiologisk og arter seg som skarp og ilende. Pulpasmerte er inflammasjonsmediert og beskrives som skarp, dump og vedvarende. Regionale smerter kan komme fra dentin/pulpa eller omkringliggende ben og bløtvev. Ved diagnostisering er det viktig å ta seg tid og lytte til pasienten i tillegg til den kliniske undersøkelse med perkusjon og palpasjon

samt vitalitetstesting (elektrisk, kulde og varme). Kun reaksjon på varme tyder på irreversibel pulpaskade. Vitalbehandling består i ekskavering, fjerne fyllinger, eliminere sprekker og en tett, midlertidig fylling. Symptomatisk pulpitt behandles med pulpektomi med rotfylling eller CaOH₂ hvis tilstrekkelig tid, eller, hvis det er begrenset tid til rådighet, pulpotomi. Det kan benyttes tørr pellet og midlertidig fylling, eventuelt kamferfenol- eller eugenolpellet og midlertidig fylling, eventuelt bare sinkoksidgeugenolfylling.

Avital behandling går ut på å fjerne årsaken til den akutte smerten, drenering, rotkanalinnlegg og tett toppfylling samt å avlaste tannen. Selv ved mye eksudat eller puss er det best å lukke kanalen, men denne kan stå åpen i inntil 24 timer for avlastning. Endodontibehandling under tidspress kan lett føre til komplikasjoner som perforasjon til rothinnen, instrumentfraktur og opparbeidelse av «hylle» i kanalen. Hvis pasienten ikke lar seg behandle i akutt fase, gis analgetika og eventuelt antibiotika. Eksaserbasjoner skjer i ca. 2 % av tilfellene (ulike studier angir riktignok frekvenser mellom 1 % og 40 %). Ettersmerter kan forekomme, selv ved korrekt instrumentering. Informasjon til pasienten om mulige komplikasjoner er viktig.

Akuttbehandling ved periodontal sykdom

Periodontal sykdom er oftest en smertefri tilstand, men akutte, smertefulle tilfeller kan opptre, sa spesialtannlege Ivar Hoff, Det odontologiske fakultet i Bergen. Akutt, nekrotiserende gingivitt (periodontitt) er en sjeldent forekommende bakteriell infeksjon. Predisponerende faktorer er nedsatt immunforsvar, eksempelvis ved hiv-infeksjon, dårlig munnhygiene, røyking, stress og feilernæring. Differensialdiagnose er primær herpes simplex, men i disse tilfellene involveres etter hvert også andre områder av munnslimhinnen. Tilstan-

den behandles med depurasjon hver annen dag, god egenhygiene hvis mulig og skylling med antimikrobisk middel. Antibiotika gis ved redusert allmenntilstand. Periodontal abscess er en oppblussing av en kronisk periodontitt gjerne i forbindelse med drenasjektivt fra en dyp, pussproduserende lomme eller ved generelt nedsatt allmenntilstand hos pasienten. Andre årsaker til periodontal abscess kan være traumer, rotfraktur, rothinneperforasjon ved endodonti og fremmedlegemer. Symptomer er smerte, hevelse, vond lukt og smak i munnen, økt mobilitet av aktuell tann, dyp lomme og puss. Diagnosen stilles ut fra klinikk og røntgenologiske funn. Behandles med drenasje enten via lommen eller med hjelp av incisjon, fullstendig depurasjon og skylling av lommen med fysiologisk saltvann. Antibiotika gis ved nedsatt allmenntilstand. Furkasjonsinvolvement kan gi murrende smerte og en tann som er vond å bite på. Behandlingen består i å avlaste tannen,

omfattende depurasjon under anestesi og skylling.

Kirurgiske inngrep

Et hvert kirurgisk inngrep trenger god oppdekning og sterile instrumenter for å møte eventuelle komplikasjoner underveis, sa Petter O. Lind, spesialist i oral kirurgi og oral medisin, Oslo. Systematikk, planlegging og god assistanse er helt nødvendig ved kirurgi. Oversikt over operasjonsfeltet gjerne gjennom god oppklapping, letter arbeidet. Kirurgien må være atraumatisk, og de ulike trinn som spalting av røtter, oppklapping og benfjerning må gjøres fullstendig før man går videre i inngrepet. Som roterende instrument ved kirurgi benyttes håndstykke og skylling med fysiologisk saltvann, ikke turbin. En stor ekskavator er anvendelig for å legge opp mucoperiostal lapp og for å ta ut lukserte røtter. Et godt sårtolett gjør tilhelingen raskere. Det anbefales å benytte ikke-resorberbare suturer som fjernes

etter en uke. Post-operativ instruks må være muntlig og skriftlig til pasienten. Hvis visdomstannen i overkjeven sitter fast i gingiva etter hebelbruk, skyldes det gjerne at det er brutt løs et benfragment som danner forbindelsen til gingiva. Varsom løsning, gjerne med ekskavator er løsningen. Ved en ekstraksjon som ikke har vist progresjon etter 10–15 minutter, anbefales det å klappe opp. Det som skiller mellom 1,5 times hard jobbing uten resultat hos allmennpraktikeren og 10 minutter med resultat hos spesialisten, er nettopp oppklapping.

Akuttbehandling var et populært tema. Lokalet var helt fullt, og dessverre fikk ikke alle som ville, plass. En trøst til dem som ikke kom inn: Foredragene brakte ikke så mye nytt, men de var en fin repetisjon av stoff du kunne fra før.

Jon E. Dahl

Periodonti – fra grunnforskning til trygdetakster

Det må være litt frustrerende å være periodontist. På den ene siden gjøres det en masse god grunnforskning på rekken av celler og mer eller mindre nye faktorer som kan virke inn på sykdomsdisposisjonen. På den andre siden domineres hverdagen av «gammeldags» diagnostikk, behandlingsplanlegging, depurasjon, kontroll og eventuelt kirurgi. Man venter på at bitene skal falle enda mer på plass i det periodontale puslespillet.

Systematiske og dokumenterte prosedyrer

Både instruktørtannlege Bjørn Elling Gulsvik fra Oslo og spesialtannlege Ivar Hoff fra Bergen snakket om rutiner og systematikk i periodontal behandling, hver i sin foredragssal. De var ganske samstemte på tvers av Langfjellene.

Periodontalsykdom er underdiagnostisert. «Hvorfor har ikke tannlegen fortalt meg dette før?» kan en overrasket pasient

spørre når periodontitten er diagnostisert etter at vedkommende har gått i årevis hos en annen tannlege. Det er et spørsmål som fort kan lede til klagesak og kanskje også ende hos domstolene.

Systematisk tilnærming er nødvendig. Fase 1 består av journalopptak, tentativ diagnose, innledende behandling og hygieneinstruksjon. Det er viktig å lage en målsetting og en realistisk behandlingsplan som diskuteres med pasienten. I følge Gulsvik er dette «døds viktig» for å unngå skuffelser og misforståelser. Fase 2 er den aktive behandlingen med subgingival depurasjon, kirurgi og tilhelingskontroll. Fase 3 er kontroll- og vedlikeholdsfasen, eventuelt med støttebehandling.

Diagnostikken må gjøres systematisk og standardisert, noe Ivar Hoff berørte. For eksempel bør man benytte samme type lommedybdesonde ved alle undersøkelser. De tradisjonelle diagnostiske metodene er registrering av lommedyb-

der, blødning, mobilitet og grad av furkasjonsinvolvement. Det må registreres på alle flater for alle tenner. Forenklet diagnostikk på indekstenner er ikke aktuelt for enkeltkasus.

Hva skal behandles? Enkle grunnregler er at blødningspunkter håndteres med hygieneinstruksjon, tannsten og lommer på 4 mm eller mindre behandles med depurasjon, mens lommer på 6 mm eller mer krever grundig subgingival depurasjon, eventuelt kombinert med kirurgi. Et tips er å fortløpende notere «hva og hvor» i journalen – man glemmer fort.

Trygden

Gulsvik gratulerte forsamlingen med at periodontiet nå er brakt tilbake til kroppen, i trygdemessig forstand. Vi snakker om en «ubetinget pliktmessig ytelse», det vil si at man ikke trenger å søke på forhånd og man sender en regning til trygdekontoret.