

Eksamen i klinisk oral fysiologi (SODA15062E)



58

12 juni 2018

Planlagt: 16:00 - 19:00

Eksamensnr: 58

Plads: E06-029

Side 1 af 9

Opgave 1 - Flervalgsopgave: Angiv bogstaverne på de 2 rigtige udsagn

Hvis patienten oplever lyde fra kæbeledet

- a. Kan lyden være ledsaget af et smertejag i kæbeledet
- b. Kan det være meddelte lyde fra nakken
- c. Vil prognosen for kæbeledet være dårlig, hvis patienten har fibromyalgi
- d. Vil der også være morgenstivhed af kæbeled og tyggemuskler
- e. Kan lyden bedst undersøges ved at lægge øret til kæbeledet, mens patienten foretager kæbevægelser
- f. Kan de beskrives med en VRS eller NRS skala (verbal eller numerisk rang skala)
- g. Skal man spørge, om det er knæk- eller knaselyde og i hvilket led
- h. Kan man stille diagnosen subluxatio disci ad posteriorem articulationis temporomandibularis.

A og g

Opgave 2 - Flervalgsopgave: Angiv bogstaverne på de 2 rigtige udsagn

Hvis patienten oplyser at skære tænder om natten

- a. Er det noget patienten selv hører og vågner op af
- b. Skal man undersøge, om der er erosioner af tænderne
- c. Har patienten migræne ved opvågning om morgenen
- d. Kan det medføre øget sensibilitet af tænderne
- e. Vil det hos mange forekomme i perioder med problemer og stress
- f. Vil natlig brug af en RFS-skinne mindske søvnbruxismen
- g. Har patienten mange smerter fra tyggemusklene
- h. Vil bruxismen oftest forekomme i den dybe søvn (stadie 4).

D og e

Opgave 3 – Kortsvarsopgave: Angiv karakteristika og relevante behandlinger i odontologisk regi ved artrose og reumatoid artrit i kæbeledet

I. Artrose (*arthrosis articulationis temporomandibularis*)**a. Generelle forhold (*nævn 2 væsentlige anamnesticke oplysninger*)**

Unilaterale symptomer og med en historie om tidligere knæk, der er ophørt (primær artrose, hvor patienten tidligere har haft subluxatio disci ad anteriorem articulationis temporomandibularis → dislocatio disci ad anteriorem articulationis temporomandibularis) eller et traume (sekundær artrose).

b. Hovedgruppe (*vælg enten 'inflammatorisk' eller 'degenerativ' ledlidelse*)

Degenerativ

c. Symptomer ved**1. aktiv artrose (*nævn 2 væsentlige subjektive gener*)**

Nedsat kæbemobilitet og borende hvilesmerter- samt jagende funktionssmerter.

2. "udbrændt"/helet artrose (*nævn 2 væsentlige subjektive gener*)

Knaslyde fra kæbeledet, og derudover vil patienterne ofte føle sig symptomfri, men der kan være nedsat muskelstyrke og gabeevne som følge af en lang periode, hvor leddet og musklerne har været skånet og dermed ikke "trænet".

d. Kliniske fund ved**1. aktiv artrose (*nævn 2 væsentlige fund*)**

Palpationsømhed af minimum 2. grad af kæbeledet. Nedsat aktiv gabeevne (under 40mm), fordi den aktive gabeevne er hæmmet af smerter.

2. "udbrændt"/helet artrose (*nævn 2 væsentlige fund*)

Krepitation ved palpation af det afficerede kæbeled. Normalisering af gabeevnen.

e. Radiologiske fund ved**1. aktiv artrose (*nævn mulige fund*)**

Brud på lamina compacta samt erosioner. De tidligste degenerative tegn kan ofte ikke erkendes på OP, men kun på CBCT.

2. "udbrændt"/helet artrose (*nævn 2 væsentlige fund*)

Sklerosering, affladning.

f. **Behandling**

Behandlingen af artrose afhænger meget af, hvilket stadie sygdommen er i. Artrosen opdeles i tre stadier: 1. en aktiv meget smertevoldene fase, 2. en helende fase, 3. en udbrændt fase. Artrosen udbrænder typisk inden for en periode på tre år. Behandlingen i den aktive artrose går på:

- Information, observation samt analgetika efter behov (fx paracetamol 1 gram max fire gange dagligt).
- Analgetika i fast dosering eller NSAID typisk som en 3 ugers kur, der evt. kan strækkes et par måneder. Ved reduceret okklusal afstøtning desuden refleksfrigørende stabiliseringskinne.
- Varme, refleksfrigørende stabiliseringskinne,
- Injektion med glukokortikoid i kæbeledet.

Behandlingen i den udbrændte artrose:

- Information
- Gabeøvelser og tyggetræning

Opgave 3 – Kortsvarsopgave: Fortsat

II. Reumatoid artrit (*arthritis rheumatoides articulationis temporomandibularis*)

a. Generelle forhold (*nævn 2 væsentlige anamnesticke oplysninger*)

Bilateral, symmetrisk, systemisk affektion. Reumatoid arthritis diagnosticeret i lægeligt regi.

b. Hovedgruppe (*vælg enten 'inflammatorisk' eller 'degenerativ' ledlidelse*)

Inflammatorisk

c. Symptomer ved

1. akut artrit (*nævn 2 væsentlige subjektive gener*)

Borende hvilesmerter, jagende funktionssmerter. Nedsat kæbemobilitet samt ændret okklusion.

2. kronisk artrit (nævn 2 væsentlige subjektive gener)

Funktionssmerter, morgenstivhed

d. Kliniske fund ved**1. akut artrit (nævn 2 væsentlige fund)**

Anteriort åbent bid som ikke altid har været der (okklusionsændring), nedsat kæbemobilitet.

2. kronisk artrit (nævn 2 væsentlige fund)

krepitation ved palpation, bedret kæbemobilitet sammenlignet med den akutte artrit.

e. Radiologiske fund ved**1. akut artrit (nævn 1 muligt fund)**

Øget afstand mellem ledfladerne

2. kronisk artrit (nævn 2 væsentlige fund)

Affladning og erosion

f. Behandling

Rheumatoid arthritis behandles altid i samråd med rheumatologer, og har tandlægen mistanke om rheumatoid arthritis som ikke er diagnosticeret, skal der altid henvises. Mistanken kan være bilateralt affektion, hævelse og ømhed af minimum tre led – typisk hænder og fødder samt morgenstivhed. Desuden foregår en del af behandlingen typisk også hos ergo- og fysioterapeuter, hvis opgave er at bedre funktion.

Behandlingen af akut artrit består i at skåne leddet, skånekost etc. Desuden ønsker man at øge den okklusale afstøtning, der som følge af de hyppige bidændringer er mindsket. Det kan fx være med protetik, orto etc. Desuden kan udleveres en refleksfrigørende stabiliseringsskinne. I den kroniske artrit, hvor smerterne typisk er mindre kan man forsøge at bedre funktionen med gabeøvelser – gerne med tungespatler, da fingrene hyppigt er afficeret. Desuden har artrit patienter øget risiko for parodontale og cariogene komplikationer, fordi deres fingre er afficeret og mundhygiejne vanskeliggøres. Derfor skal tandlægen som led i behandlingen anbefale at anskaffe en elektrisk tandbørste med godt greb samt komme til hyppige kontroller. Tandlægebesøgene bør desuden være korte og ikke om morgenen, da pt typisk er længe om at komme i gang grundet smerter og

morgenstivhed. Desuden kan patienten blive mundtøre af både sin medicin samt sekundær Sjögren, hvilket ydermere øger risikoen for caries.

Opgave 4 – Essayopgave: Patient kasus (17-årig pige) – Hvilken tilstand?

Redegør for og begrund, hvilken TMD tilstand du mener, at patienten har ud fra den vedføjede og udfyldte Jaw Functional Limitation Scale og DC/TMD Examination Form.

Patienten har formentlig dislocatio disci ad anteriorem articulationis temporomandibularis dexter med nedsat gabeevne. Tilstanden er karakteriseret ved ukkorrigeret deviation mod den afficerede side, hvilket patienten har. Desuden har patienten nedsat gabeevne, hvor den aktive gabeevne er 36mm, mens den passive gabeevne 39 mm og ledsaget af velkendt smerte i højre TMJ. Det passer med diagnosen, hvor gabeevnen er nedsat og der ses funktionssmerter ved forsøg på at forcere den. Den nedsatte gabeevne passer med Jaw Functional Scale, hvor patienten har alvorlige begrænsninger i at gabe, samt gabe højt nok til at bide over et æble. Derudover har patienten kun lette begrænsninger i at spise mad med konsistens, mens der er stort set ingen begrænsninger i blød kost og dagligdagsaktiviteter, hvilket igen understøtter diagnosen, som ikke er meget begrænsende. Desuden ses der velkendt smerte i højre TMJ ved lateralt sideudslag mod venstre samt ved protrusion. Den laterale sidebevægelse mod venstre er desuden kun 4mm, mens den mod højre er 9 mm, og da det er karakteristisk med nedsat kontralateralt sideudslag ved denne diagnose, understøtter det igen formodningen. Formodningen understøttes endvidere af, at der ikke er nogle ledlyde. Man kan dog forestille sig, at der har været en forhistorie med knæklyde, som nu er ophørt og gerne, at den nedsatte gabeevne opstod i samme ombæring, da det er kendt at 10 % af subluxatio disci ad anteriorem articulationis temporomandibularis udvikler sig til dislocatio disci ad anteriorem articulationis temporomandibularis. Der er ydermere velkendt smerte ved palpation omkring den laterale højre pol og generelt ses der kun unilateral afficering, hvilket ydermere understøtter diagnosen. Pigens alder stemmer ligeledes overens med diagnosen, som hyppigst rammer kvinder under 27 år.

Havde der været tale om subluxatio disci ad anteriorem articulationis temporomandibularis dexter havde der været korrigeret deviation, evt. midlertidige låsninger, og ingen nedsat gabeevne eller

problemer med fødevarer. Havde der været tale om artrose havde begrænsningerne i Jaw Functional Scale og smertebilledet i den kliniske undersøgelse været større, hvorunder der formentligt været myalgi og generelt meddelt smerte. Endvidere rammer artrose hyppigst kvinder over 50 år. Havde en endeligt været artrit havde begrænsningerne i Jaw Functional Scale igen formentlig været større, ligesom smertebilledet i den kliniske undersøgelse. Her havde desuden være symmetrisk, systemisk, bilateral affektion ligesom pigen falder uden for den typiske aldersgruppe.

Opgave 5 – Essayopgave: Differentialdiagnostik

En 35-årig kvinde henvender sig med smerter i venstre tindingeregion.

a. Nævn tre forskellige smertetilstande med denne lokalisation

1. *Cephalalgia myogenica temporalis sin (primær hovedpine)*
2. *Migræne uden aura*
3. *Klyngehovedpine*

b. Beskriv den typiske anamnese og de kliniske fund ved hver.

1. *Cephalalgia myogenica temporalis sin (primær hovedpine)*

Er en hovedpine, som skyldes myalgi i musculus temporalis. Anamnesen vil typisk bære præg af, at hovedpinen er uni- eller bilateralt. Smertekarakteren er let til moderat af pressende/strammende karakter og hovedpinen varer mere end 30 minutter. En provokerende faktor er fx stress og tilstanden forværres ikke af fysisk aktivitet, ligesom den ikke har ledsagesymptomer. Patienterne har typisk også myogene smerter i skuldre, nakke og ryg. Ved den kliniske undersøgelse vil ses palpationsømhed af musculus temporalis (1 kg tryk i fem sekunder), der stråler ud som velkendt hovedpine. Desuden kan gabeevnen være reflektorisk nedsat grundet smerter, som skyldes en perifer sensibilisering af nociceptorerne (dog mere hyppigt ved myalgia musculi masseter). Hovedpinen kan ikke tilskrives andre temperomandibulære eller odontologiske lidelser og anden differentialdiagnostik er udelukket. Herunder kan det være relevant at se efter bruxisme, da ca. 30 % af bruxismepatienterne oplever muskelømhed. Behandlingen består i information og observation, analgetika, selvmassage, afslapningsøvelser samt refleksfrigørende stabiliseringsskinne og

gabeøvelser. Til sammenligning med ovenstående findes desuden *Cephalalgia artrogenica (sekundær hovedpine)*, som er en hovedpine, der klinisk kan fremkaldes ved palpation af kæbeledet ligesom gabeevnen ofte vil være nedsat. Den sekundære hovedpine vil anamnestisk være opstået i tæt relation til en anden TMD-lidelse fx atrose, og ved behandling/udbrænding af denne vil hovedpinen også forsvinde. De to hovedpiner er de eneste, som behandles af tandlægen, men da sidstnævnte hovedpine skyldes en bagvedliggende TMD-lidelse, behandles den ikke selvstændigt, men derimod efter den bagvedliggende årsag. Klinisk og anamnestisk vil den sekundære hovedpine derfor ligeledes være lig den bagvedliggende årsag.

2. Migræne uden aura

Migræne uden aura er oftest unilateral, varer 4-72 timer, har en moderat til svær intensitet og dunkende/pulserende smertekarakteristik. Patienten skal have haft mindst fem tidligere anfald. Migrænen forværres af fysisk aktivitet, ligesom den har ledsagesymptomer som fx kvalme og fotofobi. Klinisk vil ikke ses nogle temperomandibulære eller odontologiske forhold, som kan tilskrives årsagen til hovedpinen – herunder fx myalgi i tyggemusklernerne ligesom andre differentialdiagnoser skal være udelukket. Behandlingen af migræne foregår i lægeligt regi.

3. Klyngehovedpine

Klyngehovedpine er også kendt som selvmordshovedpine, da den er helt ulidelig. Den kommer i klynger (hober) et par uger om året (typisk forår/efterår) varierende fra 8 anfald om dagen til et hver anden dag. Hovedpinen er af svær intensitet med borende, jagende karakter og anfaldene varer fra 30 min til 3 timer, hvorefter de pludseligt ophører. Hovedpinen har ledsagesymptomer, men den er uændret til forbedret ved fysisk aktivitet. Ved den kliniske undersøgelse vil ikke ses nogle forhold, som kan tilskrives årsagen til symptomerne, ligesom andre differentialdiagnoser skal være udelukket. Klyngehovedpinen strækker foruden over tindingen ligeledes ned over kæben, hvorfor smerten ofte forveksles med tandsmerter, og hvorfor mange patienter

fejlbearbejdes odontologisk (se tegning). Behandlingen af klyngehovedpinden foregår i lægeligt regi.

