

Eksamen ved

Københavns Universitet i

Eksamen i oral kirurgi, oral patologi og
medicin

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet

27. maj 2013

Eksamensnummer: 53

Opgave 1.

En 58-årig mand henvender sig på grund af en let opdrivning af knoglen i venstre side af mandiblen regio -6,7,8. Der er ingen symptomer ud over hævelsen. Patienten er i øvrigt sund og rask og normalt betandet. Røntgenundersøgelse viser en velafgrænset radiolucens i området, ca. 2½ x 2 cm, med let guirlandeformet afgrænsning til den omgivende knogle. Forandringen er primært beliggende i corpus mandibulae, men strækker sig lidt op i processus alveolaris.

A. Redegør for dine diagnostiske overvejelser og anfør de to sandsynligste tentative kliniske diagnoser.

Opdrivning af knoglen i den posteriore del af mandiblen, samt guirlandeformet afgrænsning til omgivende knogle, giver anledning til følgende diagnoser:

Odontogen keratocyste, solitærknoglecyste, ameloblastom og Pindborg tumor, da alle disse forandringer kan karakteriseres med ovenstående beskrivelse.

Da det nævnes, at manden er 58 år, så falder sandsynligheden for, at det drejer sig om en solitærknoglecyste, og da det nævnes, at den er velafgrænset, så hælder det mere i retning af især odontogen keratocyste, men også ameloblastom. Pindborg tumoren er meget sjælden, så denne er ikke så sandsynlig.

To sandsynligste tentative kliniske diagnoser:

- 1) Odontogen keratocyste
- 2) Ameloblastom

B. Ville du inkludere andre tentative kliniske diagnoser hvis patienten var en 20-årig mand?

Ja, her ville jeg inkludere den solitære knoglecyste, da den hyppigt rammer yngre voksne.

C. Du beslutter at fjerne forandringen kirurgisk. Beskriv den kirurgiske procedure.

Antibiotikaproylaxse med 1g bioklavid peroralt 1 time før operationen. 400 mg ibumetin peroralt 1 time før operationen. Analgesi med 2 % x.a. til n. alveolaris inferior, n. lingualis og n. buccalis.

Der inciseres fra dybest punkt af forkanten af ramus til det mest prominente punkt af -8. Incisionen føres videre som randsnit til mesialt. -6 (papilla-base mellem 7- og 6-).

Mucoperiostal rouginering. Skylning med sterilt saltvand. Lokalisering af forandringen, hvor der ses om der er gennembrydning af den kortikale knogle. Hvis ikke laves et intraossøst vindue med bor, så overblik over forandringen skabes.

Forandringen fjernes ved kirurgisk ekstipation og placeres i 10 % formalin (4% formaldehyd) 20 x vævsstørrelsen.

Skylning med sterilt saltvand. Sårtoilette. Suturering. Postoperativ info. Aftale laves til videre kontrol.

Beskrivelsen fra patologen lyder: "Der ses et vævsstykke, der er opbygget af et modent kollagent bindevæv hvori ses mange øer og strenge af epitel med kubiske/cylindriske epitelceller perifert mod bindevævet og mere løst strukturerede epitelceller centralt der giver mindelse om det stellate retikulum i en tandkim. Der er ikke observeret kapseldannelse. Ingen inflammation og ingen tegn på malignitet."

D. Hvad er diagnosen?

Ameloblastom

E. Hvilke overvejelser vil du gøre dig vedrørende videre kontrol/behandling (begrund dit svar)?

Ameloblastom har høj recidiv frekvens, og derfor foretages normalt blokresektion, hvor selve forandringen + 1 mm perifer knogle fjernes, hvis de anatomiske forhold tillader det, da denne behandlingsform giver mindst recidiv. Da forandringen her ligger ved corpus mandibula kan der være risiko for ødelæggelse, perforation eller forstyrrelse af n. alveolaris inferior, som patienten bør informeres om.

Hvis der har været gennembrydning af kortikalknogle vil man også fjerne væv supraperiostalt og derved ofre noget blødtvæv, for at reducere chancerne for recidiv.

Den høje recidivfrekvens betyder ydermere, at patienten skal til årlig kontrol i mange år, da sygdomsfrihed i 5 år ikke er ensbetydende med, at recidiv ikke kan forekomme. Ameloblastomet kan vokse meget langsomt og recidiv kan træde frem efter mange år.

Opgave 2.**Radikulær cyste****A. Anfør en definition af cysten, herunder dens placering i WHO's cysteklassifikation.**

Den radikulære cyste er en inflammatorisk odontogen cyste, der under WHO's cysteklassifikation placeres i kategorien odontogene inflammatoriske cyster sammen med parodontalcysten og residualcysten.

B. Beskriv de kliniske og radiologiske aspekter af radikulære cyster.

Klinisk plejer den radikulære cyste at være asymptomatisk og opdages tilfældigt ved radiologisk eksamination. Den findes næsten altid i forbindelse med avitale tænder. Den kan i nogle tilfælde palperes i sulcus alveolo-buccalis, som en hård hævelse. Ved store radikulære cyste kan stærke smerter forekomme. Der kan være sensitivitetstyrrelser, hvis en radikulærcyste befinder sig i relation til anatomiske strukturer såsom n. alveolaris inferior. Derudover kan store radikulære cyster displacere nærtliggende tænder eller resorbere rødderne på dem. Radiologisk er cysten velafgrænset og udgår periapikalt fra en avital tand. Kan forveksles med et periapikalt granulom.

C. Redegør for behandlingen af et typisk tilfælde af en radikulær cyste i regio 2+.

Radikulære cyster behandles med enukleation + behandling af den avitale tand, hvilket kan være rodbehandling eller ekstraktion. Beslutter man sig for at ekstrahere tanden kan man via adgang fra ekstraktionsalveolen få cysten op i et stykke via 'cleavage' med en skarp ske.

Vælger man ikke at ekstrahere tanden kan man foretage mucoperiostal opklapning, som i et typisk tilfælde af en radikulær cyste regio 2+, hvor man vil foretage eksplorativ opklapning:

Alveolobukkalt aflastningsnit fra distalfladen på 3+, samt randsnit fra 3+ til +2 distalt. Mucoperiostal rougining. Skabe et intraossøst vindue via udboring, der muliggør enukleation af cysten samt rodspidsamputation og retrograd fyldning af den pågældende tand.

D. Beskriv det histologiske billede af en typisk radikulær cyste.

Den radikulære cyste vil typisk være omgivet af en kapsel bestående af flerlaget uforhornet pladeepithel, som kan udvise exostose eller sponigose. Der kan ses kolesterolaflejringer svarende til nekrotiske celler, samt kalcifikationer og hyalinlegemer, som kaldes Rushton bodies. Inde i cysten vil der være et væskefyldt lumen.

E. Hvilke andre cyster kan vise et identisk histologisk billede?

Parodontalcysten og residualcysten.

Opgave 3.

En 72-årig kvinde henvender sig for almindeligt eftersyn. Ingen symptomer fra mundhulen, patienten er sund og rask, ingen medicin, intet tobaksforbrug. Patienten har hel overkæbeprotese og partiel underkæbeprotese. Slimhinden under overkæbeprotosen er flammende rød i hele protesebasis' udstrækning. I begge mundvige ses svagt rødlige furer der strækker sig fra angulus oris og ca. 3/4 cm nedadtil på huden. I øvrigt ingen patologiske forandringer i mundslimhinden.

A. Hvilke kliniske diagnoser vil du umiddelbart stille?

Stomatitis prothetica – grad II.

Cheilitis angularis.

B. Hvorledes indgår disse diagnoser i en klassifikationsmæssig sammenhæng?

De hører under Candida-associerede læsioner.

C. Redegør for relevante supplerende undersøgelser i forbindelse med udredningen.

Der bør foretages skrab med steril træpind, for at undersøge forekomsten af candida hyfer. Denne skrabundersøgelse kan især være svær at udføre ved mundvigene. Træpinden skrabs af på steril glasplade som sprayfixeres. Dato, lokalisation for skrab og patient CPR nedskrives.

Pasformen af begge proteser bør undersøges, da dårlig pasform kan disponere for angulær cheilitis og protesestomatitis. Mundhygiejnen (hvor grundig patienten er til at holde protesen rent) har også stor betydning, da protesestomatitis kan opstå som følge af bakterielle irritanter i form af plaks på indersiden af overkæbeprotosen. Bidhøjden bør også undersøges, da uhensigtsmæssig bidhøjde kan disponere for angulær cheilitis og protesestomatitis.

D. Hvorledes vil du informere og behandle patienten?

Såfremt den histologiske undersøgelse viser forekomst af candida, skal patient i anti-mykotisk behandling. Brentan-gel 62,5g påsmøres fire gange dagligt indersiden af protesen, og påsmøres begge mundvige. Dette fortsættes der med i 4-6 uger. Viser histologisk undersøgelse bakteriel infektion og ikke candida-infektion af rhagaderne, så behandles der med Fusidin salve.

I begge tilfælde (både ved bakteriel eller svampeinfektion) indgår instruktion i mundhygiejne og motivation som del af behandlingen.

Patienten bør informeres om prædisponerende faktorer for angulær cheilitis og protesestomatitis, som er beskrevet i svaret for spørgsmål C. Her især vigtigheden af opretholdelse af god mundhygiejne. Såfremt den kliniske undersøgelse viser dårlig pasform af overkæbeprotese, skal patienten få denne tilpasset via rebasering eller få lavet en ny protese. Det samme gælder ved dårlig bidhøjde.

Opgave 4.

En 22-årig mand kommer uanmeldt på din klinik med stærke smerter i venstre underkæbe, især ved sammenbid. Smerterne er kommet pludseligt, og de svinger mellem VAS 7-9. Han har et velholdt, intakt tandsæt og føler subjektivt malokklusion med første kontakt bagtil i venstre side.

A. Hvilke sygdomme, tilstande eller læsioner kunne tænkes at ligge bag disse symptomer?

Mandibelfraktur vil kunne give disse symptomer, da malokklusion med første kontakt i afficeret side ses her. Smerterne hælder også i denne retning.

Malokklusion med første kontakt i afficeret side ses også ved intraartikulærblødning, mens der ved kondylfraktur ses første kontakt i kontralaterale side.

Derfor tænkes at mandibelfraktur eller intraartikulærblødning kunne lægge bag disse symptomer.

B. Patienten oplyser, at han fik fjernet -8 for ca. 12 dage siden ved en langvarig og traumatisk operation. Tandens lå dybt i kæben, og der havde været en 2 x 3 cm stor follikulær cyste. Smerterne og malokklusionen opstod i går, pludseligt i forbindelse med hårdt sammenbid på en olivensten, hvor han bemærkede et knæk i kæben. Hvilken diagnose er nu den mest sandsynlige?

Fractura angularis mandibulae sinister.

Mandiblen blev mere sårbar for fraktur efter meget knoglefjernelse i forbindelse med amotio -8.

C. Hvilken billeddiagnostik vil du anvende/henvise til?

Hvis jeg kun skulle vælge en enkelt (som spørgsmålet lægger op til), så vil jeg i første omgang henvise til en Ortopandigramundersøgelse (OP).

D. Hvad forventer du, at den billeddiagnostiske undersøgelse viser?

En diskontinuitet (fraktur) af corpus mandibula regio -8.

E. Hvilke behandlingsmuligheder foreligger?

Man vil finde den prætraumatiske okklusion og derefter tråde tænderne sammen, så den korrekte okklusion genetableres. Herved sikres at de enkelte knoglesegmenter er korrekt placeret i forhold til hinanden. Dette kaldes også for intermaxillær fixation (IMF) via "den lukket metode". Da patienten her er betandet vil man gøre det via "den lukkede metode", altså uden kirurgisk indgreb.

En 64-årig kvinde henvender sig med ønske om implantatbehandling i overkæben. Der er et resttandsæt på 3,2,1+1,2,3. Der ses nogen atrofi i sideregionerne. Patienten har en partiel overkæbeprotese, men har meget svært ved at acceptere anvendelsen af denne. Patienten lider af insulin-afhængig diabetes, astma og har kunstig hjerteklap samt ryger 20 cigaretter dagligt og lider ikke af allergi overfor medicin.

A. Diskuter om patienten er egnet til implantatbehandling? Hvorfor/hvorfor ikke?

Flere faktorer ved denne patient, gør, at hun har risiko for dårligere heling. Disse faktorer er diabetes, rygning, blodfortyndende farmaka (i forbindelse med de kunstige hjerteklapper) og steroid medicin i forbindelse med astmaen.

Såfremt de kunstige hjerteklapper blev indopereret indenfor de seneste 6 måneder, så er det en absolut kontraindikation for implantatbehandling. Det samme vil være tilfældet, hvis hendes diabetes ikke er velreguleret. Endvidere kan atrofien – afhængigt af hvor udtalt den er – også være en kontraindikation. Denne ville man dog kunne komme udenom via knogleopbygning og sinusløft. Rygning er ikke en absolut kontraindikation.

Som konklusion vil jeg sige, at patienten er egnet til implantatbehandling, hvis de givne forhold er i orden hos patienten: velreguleret diabetes, kunstige hjerteklapper indopereret mere end 6 måneder siden, god mundhygiejne. Patienten skal dog informeres om risikoen for dårligere heling grundet de ovennævnte faktorer.

B. Beskriv hvilke krav der stilles til knoglekvalitet i relation til Lekholm og Zarb indekset samt til knoglekvantitet, hvis der skal indsættes implantater.

Knoglekvalitet: Der findes 5 typer i knogle ifølge Lekholm og Zarb indekset.

Den meget trabekulære knogle (grad I), som udgør en kontraindikation.

Den trabekulære knogle, som indeholder en vis mængde kortikal knogle (grad II). Denne udgør ikke en kontraindikation.

Knogle som balancerer mellem kortikal og trabekulær knogle (grad III). Denne udgør heller ikke en kontraindikation.

Den meget kortikale knogle, som indeholder en lille mængde trabekulær knogle (grad IV). Denne udgør heller ikke en kontraindikation.

Og til sidst den meget kortikale knogle (grad V), som udgør en kontraindikation, grundet utilstrækkelig blodforsyning.

Knoglekvantitet: Der skal være en afstand på mindst 2mm fra den kortikale afgrænsning af sinus maxillaris og canalis mandibularis til implantat. Ønsker man at placere implantatet i regio foramen mentale, skal dette foregå 5 mm anterior for foramen mentale. Lingualt skal der være plads til 1 mm knogle, og faciale ½mm knogle. Afstanden mellem implantat og tand skal være minimum 1 mm, og afstanden mellem to implantater, minimum 3 mm. Højdemæssigt er dette afhængigt af graden af belastning fra laterale,

kontralaterale og okklusale kræfter. Som minimum bør der højdemæssigt være mindst 7mm knogle at gøre godt med.

C. Redegør for hvordan du vil afgøre, om der er tilstrækkelig knogle til implantatindsættelse.

Med de givne kriterier fra mit svar af spørgsmål B), foretages en klinisk og radiologisk undersøgelse af patienten. Radiologisk undersøges afstand til anatomiske strukturer og nabotænder. Her anvendes OP og intraorale røntgenbilleder i første omgang. Såfremt dette ikke er tilstrækkeligt, suppleres med en Cone Beam skanning. Klinisk kan konturen af processus alveolaris palperes, for at se om alveolarkammen har et konkavt spring i apikal retning, da dette vil kunne medføre perforation af knoglen, under implantatindsættelse. Dette forekommer dog hyppigst i underkæbe, og ikke så tit i overkæben.

Det viser sig, at der er tilstrækkelig knogle til implantatindsættelse.

D. Beskriv proceduren for implantatindsættelse, kontrol og kriterier for succesfyldt behandling.

Først informeres patient om pris og behandlingsforløb. Her forklares der også til patienten, at der er mulighed for indsættelse af et enkelt implantat på hver side. To på hver side, som enten er lige ved siden af hinanden eller fungerer som to bro piller. Eller der kan indsættes tre implantater på hver side.

Derefter bestilles en guide-skinne efter aftryk af både overkæbe og underkæbe, som giver retningslinjer for den facio-linguale vinkling og mesio-distale placering af implantaterne.

Præoperativt skal der foreligge en undersøgelse af patientens INR-værdi indenfor de seneste 24 timer. Denne INR-værdi skal ligge mellem 2-3 før operationen kan gennemføres. Er INR-værdien højere end dette, kan man ikke fortsætte med operationen.

Der gives 2g bioklavid peroralt profylaksisk 1 time inden operationen, da patienten har kunstige hjerteklapper. Såfremt patienten har taget sin morgeninsulin, spørges der om patienten også har spist. Har patienten ikke spist, kan man ikke fortsætte med operationen, førend patienten har fået noget at spise.

Der gives 500mg paracetamol profylaktisk som smertestillende, da ibuprofen har en blodfortyndende effekt. Analgesi med 2% x.a. til foramen nasopalatinus, foramen palatinus major, samt tuberalgesi og faciale infiltrationer.

Alveolobukkalt aflastningssnit regio 7+7. Snittet fortsætter på midten af alveolarprocessen frem til 3+3 mesialt. Mucoperiostal rouginering. Skylning med sterilt saltvand. Guideskinne lægges på plads, og der undersøges ud fra nabotænder og patientens okklusion om dette er den korrekte placering. Der laves små bor med rosenboret på alveolarkammen de steder, hvor man mener fixturen skal placeres. Disse bor kontrolleres igen i relation til patientens okklusion for at tjekke om dette er den korrekte placering af implantatet.

Udboring til den rette fixtur-størrelse med de forskellig bor med samme facio-palatinale vinkling. Skrue fixtur og dækskrue på plads. Skylning med sterilt saltvand. Sårtoilette. Suturering. Postoperativ info. Aftale til kontrol og suturfjernelse.

I overkæben tager osseointegration i gennemsnit ca. 5 måneder. Ved denne patient kan der af førnævnte faktorer gå længere tid. Patienten indkaldes efter 6 måneder til ny operation for at få fjernet dækskruen og skruet helingsabutment på.

For at undersøge om osseointegrationen har fundet sted, undersøges der både klinisk og radiologisk.

Osseointegration er kriteriet for succesfuld behandling.

Klinisk undersøges der ved at banke på implantatet for at høre om der kommer en ankylotisk lyd, som er et tegn på osseointegration. Helingsabutmentet fjernes og smart-peg skrues fast, hvor man via elektrisk apparat kan måle vibrationerne i form af frekvenser. Overstiger vibrationerne et vist tal, så er det tegn på mangelfuld osseointegration. Via radiologisk undersøgelse vil man kunne se om knogle har udfyldt mellemrummene ved fixturens gevind.

Opgave 6.

En 55-årig kvinde klager over meget generende mundtørhed.

A. Hvilken diagnose giver denne oplysning anledning til?

Xerostomi, som er en subjektiv følelse af mundtørhed.

B. Hvilke anamnesticke oplysninger er generelt relevante med henblik på at udrede årsagsforhold i forbindelse med mundtørhed?

Tager patienten medicin? Nogle farmaka som tricyklisk antidepressiva, kan medføre hyposalivation.

Lider patienten af systemiske sygdomme: såsom Sjögren syndrome og sarkoidose, da disse kan medføre hyposalivation.

Strålebehandling? dette kan også medføre hyposalivation.

Tørhed i øjnene, vaginal tørhed, tør hud, ledproblemer: alle disse kan være tegn på Sjögren syndrome.

Den aktuelle patient oplyser at mundtørheden startede for 5-6 år siden og at det er blevet tiltagende generende. Endvidere er der kommet øjenproblemer – primært i form af en grusfornemmelse i øjnene. Patienten har desuden følt sig tiltagende træt i den senere tid.

C. Hvilken årsag til mundtørheden vil du mistænke efter disse oplysninger?

Primær Sjögren Syndrome. Altså en kombination af Dry Eye Syndrome (DES) og hyposalivation.

D. Hvorledes du vil karakterisere mundtørheden objektivt?

Spejlprøve: sidder spejlet fast i kindslimhinden, er det tegn på mundtørhed.

Spytproduktionstest via sialometri: patienten spytter passivt i en tragt i 15 minutter, ustimuleret. Viser denne en spytproduktion $>0,1\text{ml}/\text{minut}$ er det tegn på hyposalivation. Stimuleret spytproduktion $>0,7\text{ml}/\text{minut}$ er også tegn på hyposalivation. Ved den stimulerede test tygger patienten først på 1 g paraffin.

Dårlig ånde, tab af filiforme papiller, fissureret tunge og øget plak mængde er også blandt hyposalivations karakteristika.

E. Redegør for hvad den videre diagnostiske udredning omfatter.

Læbebiopsi: Histologisk undersøgelse for patienter med Sjögren syndrome viser øget fokal inflammatorisk infiltrat (særligt leukocytter) ved spyttudførelsesgangene. Den vil også vise degeneration og atrofi af kirtelacini. Viser undersøgelsen en lymofyt-score per $\text{m}^4 = 1$, så er dette foreneligt med Sjögren syndrome.

Kemisk undersøgelse af spyttet: patienter med Sjögren syndrome har nedsat forekomst af natrium og kalium i spyttet, men øget forekomst af fosfat.

Sialografi: For at se om man kan finde det karakteristiske drueklase lignende forløb, som der findes hos patienter med Sjögren syndrome.

Spytkirtelscintigrafi: hvis injektionsvæsken (T_{40}) løber for langsomt ud efter stimulation af spytkirtlerne med f.eks. citronsaft, så er det tegn på dysfunktion af spytkirtlerne. Det samme vil gælde, hvis injektionsvæsken for langsomt penetrerer spytkirtlen.

Serologisk undersøgelse: Her undersøges der for tilstedeværelse af anti-nukleære antistoffer (ANA), Reumatoid faktor, samt antistoffer mod Ro i blodet.

Ophtalmologisk undersøgelse hos øjenlæge, for at undersøge DES.

F. Hvilke orale komplikationer kan ses i forbindelse med nedsat spytsekretion?

Øget risiko for caries på unormale lokaliseringer, såsom glatfladerne. Øget risiko for marginal parodontitis. Dårlig ondt. Synke- og talebesvær. Øget risiko for oral candidose. Øget risiko for protesestomatitis og dårlig adaptering til protese såfremt patient er protesebærer. Øget plakmængde. Fissureret tunge. Tab af filiforme papiller og hævede spytkirtler. Øget risiko for cheilitis angularis.

Opgave 7.

Hos en ny patient (mand, 66 år) på din klinik opdager du en homogen hvid forandring på tungens venstre siderand ud for -5,6. Øvrige områder i mundslimhinden er normale. Fuld normal betanding med spredte okklusale amalgamfyldninger i molarerne. Patienten har ingen symptomer, har aldrig røget og drikker kun alkohol ved festlige lejligheder. Patienten har forhøjet blodtryk og behandles herfor med Corodil® (enalapril) 20 mg dgl. I øvrigt sund og rask, optimal mundhygiejne.

A. Redegør for eventuelle supplerende non-invasive undersøgelser og dine diagnostiske overvejelser, herunder den sandsynligste diagnose.

Undersøge om der er forandringer i den øvrige slimhinde, ganen og læberne. Den hvide forandring palperes og undersøges for induration.

Den hvide forandring er højst sandsynlig leukoplaki – den homogene type.

Du beslutter dig for at tage biopsi af forandringen

B. Redegør for dine overvejelser i forbindelse med din beslutning om at tage biopsi og for baggrunden for biopsitagning af den aktuelle forandring.

Biopsitagningen tages for at udelukke om forandringen kunne skyldes andet en leukoplaki, som fx planocellulært karcinom. Inden da har jeg allerede palperet forandringen, og konstateret, at der ikke er induration. Såfremt der er induration tager jeg ikke selv biopsien.

Selvom forandringen befinder sig på tungens siderand, hvilket er en lokalisation, som har en øget risiko for malignitet, så "tør" jeg alligevel selv at tage biopsien, da en homogen hvid forandring uden induration, højst sandsynlig ikke er malign.

Svaret fra patologen lyder: "Snit viser et aflangt vævsstykke, hvis ene lange side er beklædt med pladeepitel, der er let atrofisk med flere dråbeformede epiteltappe. Epitelet er hyperortokeratiniseret med et veludtalt stratum granulosum. I epitelets basale halvdel ses øget kerne-cytoplasmratio og moderat variation i kernestørrelse, -form og -farvbarhed. Der forekommer en del spredte normalt udseende mitosefigurer i de basale cellelag og spredte enkeltcellenekroser. Der ses skarp afgrænsning til det underliggende kollagene bindevæv hvori ses let til moderat diffus kronisk inflammation domineret af plasmaceller. I bindevævet ses spredte Russell-legemer. Dybere ses strøg af tværstribet muskulatur. Specialfarvning har ikke vist forekomst af gærsvampehyfer (Candida) i keratinlaget. Ingen tegn på malignitet."

Den histologiske diagnose lyder: "Mundslimhinde med epitelatrofi og hyperortokeratose samt moderat epitel dysplasi og kronisk inflammation."

C. På hvilke af de beskrevne histologiske forandringer bygger patologens diagnostik af "moderat epiteldysplasi"?

Denne beskrivelse:

"I epitelets basale halvdel ses øget kerne-cytoplasmaratio og moderat variation i kernestørrelse, -form og -farvbarhed."

D. Hvilken specialfarvning har patologen fået udført med henblik på at undersøge om der er gærsvampehyfer?

PAS-farvning.

E. Hvordan vil du vurdere prognosen for den hvide forandring? (begrund dit svar)

Leukoplakier med de dårligste prognoser er dem med epiteldysplasi, derefter de non-homogene, derefter dem, som er placeret på mundbunden og tungens siderand, derefter dem, som kommer fra ikke-rygende patienter.

Denne leukoplaki har flere af disse risikofaktorer: epiteldysplasi, placeret på tungens siderand og patienten er ikke-ryger. Epiteldysplasi er det dårligste tegn, som giver størst risiko for malign udvikling. Dog er den homogen, hvilket er et godt tegn.

Prognosen er derfor ikke den bedste, da der er epiteldysplasi, men heller ikke helt dårlig, da leukoplakien er homogen.

F. Hvordan skal patienten behandles og hvordan skal opfølgningen være? Anfør herunder i hvilket regi du mener behandling skal foregå.

Forandringen skal fjernes ved konservativ kirurgisk excision, da der er blevet fundet moderat epiteldysplasi. Fjernelsen foretages af en specialist, da der er moderat epiteldysplasi.

Patienten skal derefter til årlig kontrol hos tandlægen.

Opgave 8.

En 33-årig mand henvender sig med let trismus, feber og smerter fra højre side af underkæben. Han er generelt sund og rask og hverken ryger eller indtager medicin og lider ikke af allergi. Ved den kliniske undersøgelse identificeres hævelse, rødme og pusflåd fra regio 8-. Endvidere kan tanden 8- sonderes svarende til pochen distalt for 7-. Radiologisk ses horisontalt dybt lejret 8- med tæt relation til såvel nervus alveolaris inferior som tanden 7-.

A. Hvilke diagnoser vil du stille?

Pericoronitis acuta

Dens impactus: 8-

B. Oprens i hovedtræk behandlingen.

Grundet påvirket almentilstand gives antibiotika terapeutisk:

500mg bioklavid 3 gange dagligt i 5 dage.

Ex/amotio: 8+

Amotio: 8-

C. Beskriv i detaljer teknikken ved operativ fjernelse af horisontalt lejret 8- fra**lokalanalgesi til suturfjernelse.**

Der gives lokalanalgesi 2% x.a. til nervus lingualis dxt, nervus alveolaris inferior dxt samt nervus buccalis dxt.

Incision fra dybeste punkt af forkanten af ramus til distalt 7-. Randsnit til mesialt 6- (papilla-base mellem 7- og 6-). Mucoperiostalt rouginering. Skylning med sterilt saltvand. Anlæggelse af borerougine for at beskytte nervus lingualis. Fjernelse af knogle med rosenbor okklusalt og facialt indtil furkaturen af 8- blotlægges. Med hårdtvævsbor bores i 2/3's dybde langs emaljementgrænsen på 8-, og derefter knækkes kronen af med lige elevator. Såfremt rodkomplekset tillader rødderne at blive luxeret/eleveret ud, gøres dette. Hvis dette ikke er muligt deles rødderne med superboret, og hver rod luxeres/eleveres ud. Skylning med sterilt saltvand. Vi er opmærksomme på ikke at placere sug eller instrumenter ved alveolen, da der er risiko for at skade nervus alveolaris inferior. Sårtoilette med inspektion af skarpe knoglekanter. Suturering med enkeltsuturer vicryl 1,0. To eller flere enkeltsuturer ved aflastningssnit og en enkeltsutur distalt 7-.

Postoperativ info: skylning med klorhexidin, ikke børste i opereret område, lav aktivitet, kolde fødeemner. Risiko for postoperative smerter. Patienten informeres (igen) om risikoen for sensitivitetstørrelser. Ny aftale til kontrol og suturfjernelse.

Kontrol: subjektiv og objektiv undersøgelse med henblik på om helingen har forløbet normalt. Man spørger patienten om der har været føleforstyrrelser. Inspektion af opererede region. Suturfjernelse og evt. skylning med sterilt saltvand.