

Integreret eksamen i oral kirurgi samt oral patologi og medicin (SODK15042E)



34

04 juni 2018

Planlagt: 14:00 - 18:00

Eksamensnr: 34

Plads: E04-004

Side 1 af 14

Opgave 1.

En 23-årig kvinde henvender sig for anden gang inden for 3 måneder med ømhed fra regio -8. Der ses en delvist frembrudt -8 med plak samt rødme af slimhinden omkring tanden.

- A. *Hvilke anamnesticke, kliniske og radiologiske fund vil have betydning for dit valg af behandling på kort og lang sigt?*

Patienten har henvendt sig for anden gang indenfor 3 måneder. Dette vil sige at der har været en forudgående infektion i regio -8 (pericoronitis). De anamnesticke fund vil være hævelse, smerter og eventuel nedsat gabebevne. Pt kan også være alment medtaget. Klinisk vil ses hævelse i regio -8 samt rødme på grund af infektionen og eventuelt pusflåd (kroppens forsvarsreaktion på infektionen). Samtidig vil jeg forvente at se caries på den flade som er delvist frembrudt. Klinisk vil jeg også se at gingiva overlapper det meste af -8 og plak. Der kan eventuelt ses en antagonist, +8 som okkluderer på slimhinden.

Radiologisk vil ses et udvidet perikoronarium i regio -8 samt eventuel substansstab i form af caries okklusalt på den flade som er frembrudt. -8 kan være mesioverteret, distoverteret eller horisontalt lejret. Dette har betydning for hvor nem eller svær den er at fjerne. Samtidig kan det forventes at der er tæt relation til nervus alveolaris inferior (som der er i ret mange tilfælde). Man skal også vurdere rodkomplekset – er det et samlet rodkompleks eller er rødderne divergerende/spredte. Tandens placering i forhold til okklusplanet har en betydning.

Hvis patienten henvendte sig for første gang ville jeg behandle konservativt i form af skylning med klorhexidin. Men hvis der er symptomer fra tanden én gang, er der stor sandsynlighed for at der vil opstå symptomer fra tanden igen i fremtiden. Dette skal patienten informeres om. Da patienten henvender sig med ømhed fra regio -8 for anden gang vil jeg vælge at operere tanden ud kirurgisk i form af amotio.

Klinisk vil ses at det er utroligt svært hvis ikke umuligt at holde rent i regio -8 grundet gingivalappen som overlapper.

Radiologisk kan -8 forårsage caries på nabotanden -7 og samtidig kan den resorbere distalfladen på -7. Der er derfor indikation for kirurgisk fjernelse af -8 da der ses irreversibel patologi. På lang sigt vil -8's relation til nervus alveolaris inferior have en stor betydning for behandlingsvalget. Hvis man vælger at operere tanden ud kirurgisk er der stor risiko for nervelæsion. Dette skal man være opmærksom på som behandler og kende sine begrænsninger. Hvis man ikke føler at man er kirurgisk rustet til at klare sådan en opgave, skal man henvise til en specialist. Hellere henvise en gang for meget end en gang for lidt 😊. Både for patientens skyld men også ens egen. Derudover er en anden mulighed at udføre en koronektomi. Denne behandling udføres hvis der er intim relation til nervus alveolaris inferior og dermed stor risiko for sensibilitetsforstyrrelser postoperativt. Man skal således opveje alle fordele og ulemper ved alle kirurgiske metoder.

Du beslutter dig til at anbefale patienten at få fjernet tanden kirurgisk.

B. Angiv, hvad du vil fortælle patienten vedrørende indgrebet og mulige komplikationer.

Jeg vil fortælle patienten at -8 ikke vil bryde frem normalt i tandrækken og derfor skal den fjernes ved hjælp af kirurgi (opklapning). Tandens skade på nabotanden på sigt og derfor er det bedst at få den fjernet. Det er umuligt at holde -8 rent og derfor vil infektionen vende tilbage igen i fremtiden hvis tanden ikke fjernes. Derudover vil jeg fortælle patienten om mulige komplikationer postoperativt i form af sensibiliseringsforstyrrelser, hævelse, ømhed, trismus og blødning. Patienten skal give sit samtykke og acceptere ovenstående forhold før operationen kan iværksættes.

C. Beskriv operationen. Tandens distoverteret og knogledækket sv.t. den distale del af kronen. Rødderne er uden afbøjning.

400 mg Ibuprofen præoperativt (hvis ikke kontraindiceret, tjek patientens helbredsskema grundigt).

Ledningsanæstesi 2 % Xylopyoin dental adrenalin til n. alveolaris inferior sinister, n. lingualis samt n. buccalis

Incision i form af aflastningsnit på det dybeste sted på forkanten af ramus mandibulae frem til mesialt på -8 og derefter randsnit frem til mesialt på -6.

Mucoperiostalt rouginering for at skabe godt overblik

Osteotomi med knoglebor for at få overblik

Deling af kronen med bor til $\frac{3}{4}$ dybde for ikke at lædere n. lingualis og knække kronen med lige elevator. Sårhage placeres oralt for at beskytte n. lingualis under hele forløbet.

Det vurderes om rodkomplekset kan lukkes ud eller om det skal deles.

Sårtoilette i form af afglatning af skarpe knoglekanter, palpation på processus alveolaris, fjernelse af sekvester, skylning med fysiologisk saltvand.

Hæmostase opnås ved hjælp af suturering med Vicryl 1.0 startende fra aflastningsnittet og mellem -8 og -7, evt. mellem -7 og -6.

Postoperativt information mundtligt og skriftligt. Patienten skal skylle munden med 0,12 % klorhexidin i 7 dage og seponere tandpasta. Gaze og skriftligt information medgives.

Patienten informeres om at det er en god ide at tage smertestillende profylaktisk i form af 400 mg Ibuprofen eller 1 g Pamol. Recept kan medgives. Kontrol og suturfjernelse efter en uge.

Opgave 2.

En i øvrigt sund og rask 55-årig kvinde henvender sig til sin tandlæge på grund af en hævelse i venstre side af hårde gane i molarområdet på overgangen til processus alveolaris. Hævelsen har været til stede i 1 års tid, og tiltager langsomt i størrelse. Af og til kan der være let stikkende smerter fra hævelsen, men der er i øvrigt ikke symptomer bortset fra selve hævelsen. Ved klinisk undersøgelse finder tandlægen en ca. 2 x 1 cm stor fast, men ikke knoglehård, hævelse i området. Slimhindeoverfladen er intakt og af normal farve. Patienten er normalt betandet uden større carieserfaring.

- A. *Hvilke diagnostiske overvejelser bør tandlægen gøre sig? Nævn herunder eventuelle kliniske og non-invasive parakliniske undersøgelser, som vil være relevante. Nævn endvidere specifikke diagnoseforslag.*

Da hævelsen er beliggende på den hårde gane skal klokkerne ringe med det samme. 50 % af hævelser på den hårde gane er maligne. Samtidig oplyses der at hævelsen er tiltagende i størrelsen. Jeg vil umiddelbart vurdere at der er tale om en spytkirteltumor. Men det er meget svært at vurdere om sådanne forandringer er benigne eller maligne da de typiske tegn på benignitet og malignitet er svære at differentiere i ganen. Klinisk vil jeg palpere forandringen og se om der er induration, farveforskel (rød, hvid eller rød/hvid), om den er velafgrænset osv. Derudover vil jeg tage røntgenbillede af regionen for at vurdere om det kan være i relation til tænderne. Jeg vil lave perkussionstest på i området, måle pocher og vitalitetsteste tænderne.

Umiddelbart vil jeg skyde på at det er en spytkirteltumor: Pleomorft adenom eller kanalikulært adenom

Men oplysningen om at den er voksende i størrelse gør at den også kan være malign. For eksempel mucoepidermoidt carcinom.

Tandlægen beslutter sig for at tage biopsi af hævelsen.

- B. *Er du enig i denne beslutning (begrund dit svar)? Hvis du er uenig, forklar da hvad du ville have foretaget dig.*

Umiddelbart ville jeg som tandlæge ikke tage en biopsi af en forandring i ganen som er voksende. Jeg ville i dette tilfælde henvise til en specialist da der kan være mistanke om malignitet. Tandlæger har ikke lov til at tage biopsier af potentielle maligne lidelser i mundhulen.

Som nævnt tager tandlægen en biopsi af hævelsen, og modtager denne beskrivelse af fra patologen: "Der ses epitelialt tumorvæv opbygget af relativt små celler med små runde mørkfarvede kerner. I nogle områder ses cellerne at danne store og små solide øer, mens de andre steder omringer mange små "søer" af en basofil substans, hvilket giver vævet siagtigt/kribriformt præg. Tumorcellerne er ret ensartede og der ses relativt få spredte mitosefigurer. Ét sted ses tumorceller at brede sig langs en perifer nervegren, og afgrænsningen til overliggende mundslimhinde er uden kapseldannelse."

- C. *Hvilken væske skal vævet placeres i efter biopsitagningen og under transport til patologen? Angiv diagnose på basis af den histopatologiske beskrivelse. Hvorledes klassificeres denne tumor, og hvorledes er prognosen?*

Vævet skal placeres i 10 % formalin (4 % formaldehyd) som skal være 20 gange større end vævsprøven. Jeg ville stille diagnosen mucoepidermoidt carcinom som er en malign tumor. Da det er en malign spytkirteltumor er prognosen dårlig.

Opgave 3.

En 15-årig dreng og hans mor henvender sig i den kommunale tandpleje, idet der er persistens af +03 og +3 er ikke frembrudt. Panoramaoptagelse viser, at +3 er retineret og beliggende apikalt for +1,2.

- A. *Hvilke supplerende røntgenoptagelser vil du få foretaget for at afgøre placeringen af +3?*

Man kan supplere med en CBCT eller et okklusalt billede.

- B. *Redegør for din overordnede behandlingsplan.*

Jeg ville ekstrahere +03 så +3 nemmere kan komme ned på plads.

+3 viser sig at være misdannet og beliggende palatinalt for +1,2. Du beslutter dig for at fjerne den.

- C. *Beskriv den kirurgiske procedure ved fjernelse af +3, herunder valg af lokalanalgesi, incision samt postoperative forholdsregler, inklusive smertebehandling.*

Ledningsanalgesi 2 % Xyloplyin dental adrenalin til n.incisivum, n.palatinus major og n.nasopalatinus.

Incision palatinalt i form af aflastningssnit ved regio +1 og randsnit frem til +2 (evt nabotanden).

Mucoperiostal rouginering for at skabe godt overblik og lokalisere +3. Knoglefjernelse.

Luksering af +3 og fjernelse med hjørnetang med respekt for vitale anatomiske strukturer.

Sårtoilette i form af skylning med sterilt saltvand, fjernelse af sekvester, afglatning af skarpe knoglekanter mm. Suturering med Vicryl 1.0 for at opnå hæmostase og genskabe æstetik og funktion. Gazetampon appliceres for at standse blødningen. Postoperativ information gives i form af at patienten skal holde sig i ro de næste 24 timer, spise kold og blød kost, undgå at røre operationsområdet med tungen og ikke børste tænder i området.

Pt skal skylle munden med klorhexidin 7 dage frem og ikke anvende tandpasta i den periode. Patienten skal informeres om at der kan være hævelse, ømhed og smerter i området de næste par dage men dette er helt normalt. Pt kan tage smertestillende i form af 1 g Pamol 4 gange tidligt i tilfælde af smerter men det anbefales at tage smertestillende medicin profylaktisk. Patienten skal komme igen 1 uge efter til suturfjernelse og kontrol af helingen.

Opgave 4.

En 52-årig kvinde henvender sig på grund af smerter og blødning fra gingiva i forbindelse med tandbørstning. Tilstanden har stået på i ca. 1 måned. Patienten er i øvrigt sund og rask. Ved den objektive undersøgelse findes generelt en del plak langs gingiva, og såvel den marginale som den fast bundne faciale gingiva er diffust erytematøst, især i over- og underkæbens frontregioner. På overgangen mellem fast bundet gingiva og alveolær slimhinde i regio +2 ses en lille blodfyldt blære og i højre kind regio 7,6- ses diffus rødme i et område på ca. 3 x 2 cm med en fibrinbeklædt ulceration. Da du palperer gingiva i underkæbefronten bemærker du at den superficielle del af slimhinden i området let løsnes fra underlaget. Patienten har ingen erkendte almensygdomme, ryger ikke og tager ingen medicin.

- A. *Redegør for dine diagnostiske overvejelser, og anfør herunder hvilke supplerende anamnesticke oplysninger det er relevant at indhente, og hvilke(n) diagnose(r) du finder mest sandsynlig(e).*

Jeg vil spørge patienten ind til hvilken medicin hun eventuelt tager og om hun lider af nogle almensygdomme. Samtidig vil jeg spørge ind til hvorvidt hun børster tænder to gange dagligt og bruger tandtråd.

Mange patienter kan lide af oral candidose som kan komme til udtryk i mundhulen af forskellige årsager. Det kan være grundet lokale eller generelle faktorer. Blandt andet kan anvendelsen af bredspektrede antibiotika, cytostatika og steroid medføre candidainfektioner i mundhulen. Patienter som lider af mangellidelser kan få candidainfektioner. Samtidig kan lokale faktorer som hyposalivation, dårligt tilpassede proteser, rygning, hyperkeratiniserede mundslimhindelidelser og dårligt mundhygeijne også medføre oral candidose. Der findes også candida-associerede læsioner som stomatitis prothetica, cheilitis angularis, liniært gingivalt erytem og kronisk og akut mukokutan candidose.

Det oplyses at patienten har en del plak langs gingiva så dette kan være en medvirkende faktor til en candidainfektion.

En blodfyldt blære kan forekomme hvis man lider af den autoimmune sygdom kaldet pemfigoid. Denne inddeles i benignt eller bulløs pemfigoid. Denne autoimmune sygdom medfører at kroppen danner autoantistoffer mod proteinerne i basalmembranen. Diffus erytematøst gingiva som løsnes fra underlaget leder tanken hen til diagnosen pseudomembranøs candidose. Det er den eneste candidadiagnose som kan stilles klinisk.

Du beslutter at fjerne den lille blære ud for +2 for at få den undersøgt histologisk. Under biopsitagningen brister blæren. Beskrivelsen fra patologen lyder:

"Snit viser et aflangt vævsstykke hvis ene lange side i det ene kantområde er beklædt med normalt pladeepitel. Svarende til en del af den øvrige del af denne langside er epitelet løsnet fra bindevævet, således at der forekommer en spalte mellem epitel og bindevæv.

Der ses en del erythrocytter i spalten. Svarende til det andet kantområde ses ingen epitelbeklædning på bindevævet. I bindevævet ses ret kraftig kronisk inflammation tilblandet få spredte eosinofile granulocytter.”

- C. *Hvilken diagnose vil patologen foreslå i sin konklusion på baggrund af ovenstående beskrivelse, og hvad vil du anbefale patienten i forhold til mundhulegener og ekstraorale komplikationer?*

Diagnosen vil være pemfigoid.

Jeg vil anbefale patienten straks at henvende sig til egen læge for nærmere udredning af sygdommen. Pemfigoid kan medføre blindhed. Man kan anvende immunsuppressiva eller kortikoider mod sygdommen.

- D. *Hvilke(n) undersøgelse(r) kunne have suppleret din konventionelle biopsi med henblik på at opnå en sikrere diagnose?*

Man kunne tage en blodprøve for at vurdere autoantistofferne. Direkte og indirekte immunhistokemi.

Opgave 5.

En 60-årig mand henvises med henblik på ekstraktion af resttandsættet i overkæben. Resttandsættet består af: 3+1,2,3. Alle tænder er nedcarieret til gingivaniveau. Der er planlagt efterfølgende fremstilling af hel overkæbeprotese. Intraoral røntgenoptagelse regio +2 viser en cirkulær, velafgrænset opklaring svarende til apex af +2 med en diameter på ca. 1½ cm.

A. Hvilke diagnoser vil du stille?

Cystis radicularis +2 eller apikalt granulom +2

B. Beskriv i detaljer den behandling, du vil foretage.

Præoperativt smertedækning: 400 mg Ibuprofen (hvis der ikke er kontraindikation ellers 1 g Pamol)

Ledningsanalgese 2 % Xyloplyin dental adrenalin til tuber maxillae og faciale og palatinal infiltration 3+.

Incision i form af aflastningsssnit startende fra +3 og randsnit frem til 3+. Mucoperiostal rouginering. Fjernelse af knogle hvis aktuelt (som næsten altid er tilfældet). Luksering af radix +2 og fjernelse af tanden og cysten via 'cleavage'. Ekstraktion af nabotænder i samme seance. Der aspireres apikalt for +2 for at vurdere om der er tale om en cyste. Tandens med cysten sendes til histologisk undersøgelse. Sårtoilette og hæmostase opnås. Suturering med Vicryl 1.0. Postoperativ information mundtligt og skriftligt. Gazetampon og skriftligt information medgives.

C. Patienten er i antitrombotisk behandling med clopidogrel (Plavix©) og har været dette i 2½ år. Vil dette medføre ændringer i din behandlingsplan? Angiv endvidere hvilken postoperativ smertekontrol, som du vil ordinere.

Man skal bede patienter som er i antitrombotisk behandling om at få målt deres INR-værdi inden operationen. Denne værdi fortæller hvad blodets evne til at koagulere er og den må ikke være mere end 24 timer gammel. Hvis INR-værdien ligger mellem 2-3 kan operationen foretages.

At patienten tager Clopidogrel vil ikke medføre ændringer i min behandlingsplan. Man skal være opmærksom på at patienter som er i antitrombotisk behandling har øget blødningstendens. Derfor skal man sikre sig at der er opnået hæmostase inden patienten sendes hjem efter operationen. Samtidig skal man informere dem om at de skal henvende sig hvis der forekommer klar rød blødning postoperativt.

Postoperativ smertekontrol til patienter i antitrombotisk behandling vil bestå af 1 g Pamol 4 gange dagligt da Ibuprofen øger blødningstendensen.

Opgave 6.

En 36-årig kvinde henvender sig med lette til moderate gener fra ganen og palatinale gingiva i højre side af overkæben. Generne startede dagen efter ekstraktion af 8+, og har nu stået på i 3 dage. Patienten får undertiden generende forkølelsessår på underlæbebeprolabiet, som patienten ikke får behandling for. Ved klinisk undersøgelse finder du to områder med klaser af små tætsiddende, knappenålshovedstore ulcerationer og enkelte vesikler i højre side af ganen og på palatinale gingiva regio 7,6,5+. Let diffust erytem i området. Patienten oplyser i øvrigt, at hun for nogle måneder siden har fået diagnosticeret forhøjet blodtryk, og er i behandling herfor med Norvasc® (amlodipin) 10 mg 1 gang dgl.

A. Redegør for dine diagnostiske overvejelser, og forklar en eventuel sammenhæng mellem den aktuelle lidelse og de lejlighedsvis forkølelsessår.

De knappenålshovedstore ulcerationer kan være papillomer eller verrucae.

B. Hvorledes vil du behandle aktuelle lidelse, og vil du anbefale nogen behandling for de lejlighedsvis forkølelsessår?

Jeg vil udføre en excisionsbiopsi hvor jeg fjerner de knappesålshovedstore ulcerationer og lidt underliggende bindevæv. Dette vil jeg sende til histologisk undersøgelse.

C. Kan patientens nyligt initierede medicinforbrug (Norvasc) have relation til den aktuelle lidelse i ganen? Er denne medicin forbundet med bivirkninger i mundhulen? I givet fald beskriv hvilke, og eventuelle hensigtsmæssige tiltag i den forbindelse.

Norvasc som er et antihypertensiva kan give ulcerationer i mundhulen.

Opgave 7.

Fjernelse af 8+8 og 8-8 er et hyppigt kirurgisk indgreb i mundhulen.

- A. *Du skal fjerne -8 på en 52-årig patient. Der er en række faktorer, som kan indikere, hvor vanskeligt det vil være at fjerne den pågældende tand. Diskuter disse faktorer.*

Der er mange faktorer som kan indikere at det er vanskeligt at fjerne -8. Lejringen af -8 har stor indflydelse på hvor let eller svært det er at fjerne den. Er -8 mesioverteret er den nemmere at fjerne end hvis den er distoverteret og lejret ind mod ramus. Dette vil medføre at man skal fjerne meget knogle og svækker mandiblen. Samtidig er det afgørende om -8 er vertikalt eller horisontalt lejret. Derudover har -8's lejring i forhold til nabotanden også noget at skulle have sagt. Er -8 i niveau med okklusalplanet, ved emaljementgrænsen eller under emaljementgrænsen på nabotanden.

Relation til ramus: dette indebærer hvorvidt -8 er fri af ramus eller i tæt relation til ramus. Hvis tanden er fri af ramus er den selvfølgelig lettere at fjerne kirurgisk.

Tæt relation til nervus alveolaris inferior er i mange tilfælde aktuelt. Dette kan vurderes radiologisk ved at se på flere tegn såsom: mørkfarvning af rødderne, mørk og bifid rod, ændret forløb af kanalen, tab af kanalens lamina dura, indsnævring af kanalen osv. Hvis der radiologisk ses nogle af disse tegn er tanden i tæt relation til nervus alveolaris inferior. Udover dette kan tandens morfologi for eksempel divergerende rødder have en indflydelse. Patientens alder og generelle helbredstilstand kan medføre at helingen er langsommere og der kan komme flere postoperative komplikationer. Kvalitet og kvantitet af knoglen har indflydelse.

Derfor konkluderes det at en mesioverteret tand, som er fri af ramus og ved emaljementgrænsen er nemmere at fjerne end for eksempel en distoverteret eller horisontalt lejret tand.

- B. *En hyppigt forekommende komplikation efter fjernelse af 8-8 er alveolitis sicca dolorosa ("Dry socket"). Beskriv de væsentligste anamnesticke og kliniske karakteristika samt behandling.*

Alveolitis sicca dolorosa kan forekomme efter fjernelse af 8-8. Komplikationen forekommer 3-4 dage efter fjernelsen af tanden da der sker en fibrinolyse af blodkoaglet, hvormed der sker en blottæggelse af knogle. Tilstanden er meget smertefuld. Patienter klager over stærke neuralgiagtige smerter som strækker sig op bag øret. Samtidig kan der forekomme dårlig lugt og dårlig ånde. Klinisk ses ikke de karakteristiske tegn på infektion (hævelse, rødme). Der ses en tom alveole.

Behandlingen kan bestå af skylning med fysiologisk saltvand som suges op igen. Derudover kan man læse en meche med eugenol i et par dage hvorefter smerterne forsvinder indenfor 5 min. Denne meche skal dog skiftes da den forsinker helingen. Man kan også ordinere analgetika.

B. En mulig komplikation efter kirurgisk fjernelse af 8+8 er perforation til sinus maxillaris. Beskriv de væsentligste kliniske karakteristika samt behandling.

Efter fjernelse af 8+8 udføres blæseprøve for at vurdere om der er kommunikation mellem alveolen og sinus maxillaris. Denne skal helst være negativ. Hvis der er kommunikation mellem alveolen og sinus vil det resultere i en boblende lyd (blod). Størrelsen af perforationen har betydning for behandlingen. Hvis den er mindre end 2 mm forekommer der normalt spontan heling. Hvis den er mellem 2-6 mm suturerer man så der ikke er kommunikation mellem alveolen og sinus maxillaris. Hvis den er over 7 mm må man lave en opklapning og suturere. Behandlingen foregår på specialistniveau. Hvis patienten har historik med kronisk sinuitis skal patienten henvises til specialist ligegyldigt hvor lille den oroantrale kommunikation er.

Patienten skal tage nogle forholdsregler efter perforation til sinus. Blandt andet må patienten ikke pudse næse, nyse, bruge sugerør, ryge og prøve at undgå næseblod i helingsperioden. Patienten indkaldes til kontrol efter en periode.

Opgave 8.

En 42-årig mand henvender sig til dig med ønske om sanering af tandsættet. Patienten har ikke været til tandlæge i mange år og da du klinisk konstaterer en del caries tager du en røntgenstatus. Blandt dine fund er en velafgrænset, unilokulær, nærmest pæreformet radiolucens lokaliseret til området mellem rødderne på 4- og 5- startende omtrent svarende til røddernes midterste del og med basis beliggende 5-6 mm apikalt for apices. Ingen rodresorptioner, men roden på 4- er skubbet let i anterior retning. 4- er vital, 5- har et større cariesangreb og er avital. I øvrigt normale forhold i regionen.

A. *Redegør for dine diagnostiske overvejelser.*

En velafgrænset, unilokulær pæreformet radiolucens beliggende mellem rødderne på 4- og 5- kan tyde på en odontogen keratocyste eller ameloblastom. Keratocyster kan være uni- eller multilokulære og er typiske placeret i molarregionen i mandiblen. De er for det meste asymptomatiske men store keratocyster kan give symptomer. De har stor recidivtendens og kan displacere tænder.

En ameloblastom er en benign odontogen tumor (modent fibrøst stroma uden ektomesenkym). Den kan også være lokaliseret i molarregionen i mandiblen. Den er for det meste asymptomatisk.

Du beslutter at fjerne den pæreformede radiolucens.

Du konstaterer peroperativt at det drejer sig om cystevæv. Du sender vævet til histologisk undersøgelse og beskrivelsen fra patologen lyder: "Snit viser et afrundet vævsstykke med et centralt sammenklappet cystelumen der er beklædt med relativt tyndt pladeepitel med en let bølget overflade der er parakeratiniseret. Ingen epiteltappe. Epitelets basalcellelag er velmanifesteret med palisadestillede kerner. Bindevævskapslen er relativt tynd uden inflammation. Perifert forekommer fragmenter af uafkalket knoglevæv. Ingen tegn på malignitet."

B. *Hvilken cyste drejer det sig om og hvorledes indplaceres denne cyste i WHO's cysteklassifikation?*

Dette er en keratocyste som ifølge WHO's cysteklassifikation er en udviklingsbetinget odontogen cyste.

En kollega på klinikken har for kort tid siden fjernet en lignende cyste på en anden patient og I sammenligner de to histologiske beskrivelser. Kollegaens cyste blev beskrevet som: "Snit viser et afrundet vævsstykke med et centralt sammenklappet cystelumen der er beklædt med relativt tyndt pladeepitel med en ortokeratiniseret overflade. Ingen epiteltappe. I epitelet ses et tydeligt stratum granulosum. Bindevævskapslen er relativt tynd uden inflammation. Perifert forekommer fragmenter af uafkalket knoglevæv. Ingen tegn på malignitet."

- C. *Hvilken cyste drejer det sig om, hvorledes indplaceres den i WHO's cysteklassifikation, hvad er den histologiske forskel på de to cyster, og hvordan vil du beskrive forskellen i prognose for de to cyster?*

Dette er en radikulærcyste. Radikulærcysten er en inflammatorisk betinget odontogen cyste, ifølge WHO's cysteklassifikation. Radikulærcysten er ortokeratiniseret mens keratocysten er parakeratiniseret.

Prognosen er bedre for den radikulære cyste i forhold til keratocysten. Keratocysten har en høj recidivtendens.