

INSTITUT FOR ODONTOLOGI OG ORAL SUNDHED

Aarhus Universitet

Eksamenstermin vinter 2017/2018

Torsdag den 18. januar 2018, kl. 9.00-14.00

SKRIFTLIG EKSAMEN I

KÆBEKIRURGI OG ORAL PATOLOGI OG MEDICIN

Vejledning

- Opgavesættet indeholder 6 nummererede sider (inklusive denne forside).
- Der er i alt 6 opgaver.
- Ved karaktergivning anvendes 7-trins skalaen.
- Hvis en opgave ikke kan besvares, føres dens nummer alligevel ind, og der efterlades en tom plads på 5 linjer.
- Kladdepapir skal ikke afleveres, medmindre man forlader eksamenslokalet, før eksamen er slut. Hvis man ønsker, at kladden skal indgå i bedømmelsen, må dette udtrykkeligt anføres på renskriften, og kladden forsynes med eksamensnummer.
- Hjælpe midler er ikke tilladt.
- Husk at skrive så det er let læseligt.

Opgave 1

En ung mand på 21 år ønsker en vurdering af sin tandstilling og tyggefunktion. Han har ikke tidligere fået foretaget tandregulering. Han har udviklet underbid og synes det er blevet værre de sidste par år.

A. Hvad vil du særligt spørge til ved optagelse af anamnese?

Der spørges især ind til om han har oplevet bidfunktioneller gener heraf. Dette omfatter. Tyggefunktion (TMD); har han problemer med at tygge og bruge sine kæber pga. smerter fra kæbeleddet.

Muskelfunktion; bliver musklerne ømme ved funktion?

Afbidnings- og tyggebesvær kan være en komplikation til underbid.

De bidfunktionelle problemer kan endvidere resultere i hovedpine/migræne, hvorfor der spørges ind til dette.

Ved undersøgelse finder du god bevægelighed af begge kæbeled, dog med knæk ved åbnebevægelse. Patienten har et tilbagestående mellemansigt og meget markant hage. Er ikke asymmetrisk. Intraoralt findes fuldt tandsæt med velholdte tænder, der bærer præg af okklusalt og incisalt slid. Der er mesiale relationer mellem molarer og hjørnetænder og underbid på incisiver.

B. Hvilke diagnoser vedrørende tænder og kæber kan stilles?

//Bilateral discus displacering med reduktion, retrognat maxil, prognat mandibel, bruxismus, bilateralt mandibulært overbid (Angle klasse III), mesial okklusion//

C. Hvor vil du henvise til, hvis patienten ønsker behandling?

Han skal i første omgang henvises til en ortodontist som afgør hvorvidt der er behov for behandling. Vurderes det at der er behov for behandling, består næste spørgsmål af, hvorvidt behandlingen kan gøre rent ortodontisk eller om det skal udføres gennem en kombination mellem ortodonti samt kæbekirurgi.

D. Gør rede for, hvilken behandling der findes for patientens tandstilling og kæberelation og hvilke elementer den indeholder?

Det bliver højest sandsynligt behov for en kombination mellem ortodonti og kæbekirurgi. Overordnet set består behandlingen af tre faser:

1) Indledende ortodonti: Via indledende ortodontibehandling positioneres tænderne således at de står optimalt i hver kæbe, men ikke nødvendigvis i sammenbid.

2) Kirurgisk korrektion: Operationen har til hensigt at føre mandiblen tilbage (posteriort) og maxillen frem (anteriort). Vha. den forudgående ortodontibehandling som guide, kan mandibel og maxil via kirurgi placeres i korrekt position (via. okklusion).

3) Afsluttende ortodontisk finjustering. Efter kirurgi foretages en afsluttende ortodontisk finjustering for at skabe maksimal intercuspitation og symmetrisk sammenbid (ca. 10 mdr.)

E. Nævn mindst 3 komplikationer, der kan være forbundet med behandlingen?

Paræstesi, synlige ar, nekrose af tænder (kan ske både under orto og kirurgi), TMD.

Opgave 2

Hos en 75-årig tidligere landmand, som du ser for første gang i din praksis, opdager du at prolabet på underlæben er diffust hvidligt/gråligt forandret uden den normale skarpe grænse mod huddelen af læben. Patienten synes underlæben er lidt ømfindig, og der kan komme småsår og "sprækker" af og til, men de heler igen og i øvrigt er der ingen symptomer. Patienten mener prolabet har set sådan ud i mange år. Patienten tager ingen medicin, ryger ikke og er i det hele taget sund og rask.

A. Hvilken diagnose vil du stille, og hvad er baggrunden for forandringen?

Aktinisk elastose. Skyldes eksponering af sollys (hvilket en 75-årig landmand sikkert har fået masser af).

B. Hvordan er prognosen for denne tilstand?

Der er 6-10% risiko for udvikling af en malign tilstand.

C. Er der nogen behandling/rådgivning du vil give patienten?

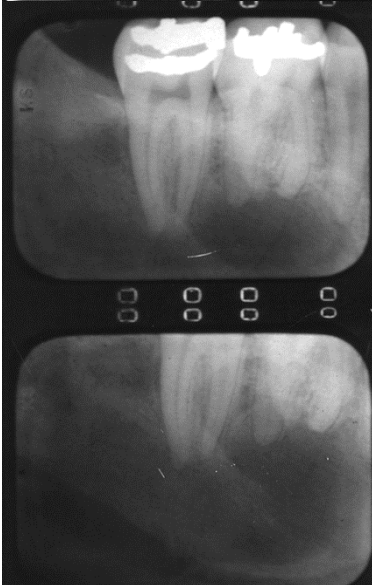
Brug en læbepromade med solfaktor. Kontrol af tilstanden årligt.

D. Forestil dig en lignende patient med de ovenfor beskrevne forandringer, som tillige gennem 2 måneder har haft en lille skorpedannelse i det hvidligt/gråligt forandrede prolabium. Hvilken diagnose vil du stille i dette tilfælde, og hvad vil du foretage dig?

Aktinisk keratose. Patienten skal henvises til specialist med henblik for yderligere undersøgelse for evt. malignitet.

Opgave 3

Én af dine patienter henvender sig på din klinik med murrende smerter og dårlig smag fra højre side af underkæben bagtil. Objektivt ses let hævelse sv.t. højre corpus/angulus mandibulae og let palpationsømhed i regionen. Intraoralt kan du palpere let facial ekspansion af knoglen regio 7,6,5,4-. Normal slimhinde uden akutte infektionstegn. Patienten har for ca. 2 år siden haft en blodprop i hjernen. Har ingen eftervirkninger af denne og får Plavix 75 mg dgl. Du tager et ortopan, samt enorale rtg.:



A. Beskriv de røntgenologiske fund.

Der ses et stort radiolucent område posteriort i højre side af mandiblen. Omfatter ramus og strækker sig anteriort frem til 5-. Den er forholdsvis velafgrænset. Har et multilokulært udseende (især posteriort). Ud fra røntgen ligner det, at lamina dura er bevaret hos 7-, mens denne er tabt ved 6- hvor der tillige ses rodresorption af den mesiale rod.

B. Hvilke supplerende kliniske undersøgelser vil du foretage?

Vitalitetstest og mobilitetstets af tænderne.

C. Angiv nogle mulige diagnoser?

Ameloblastom, keratocyste, myxom, centralt kæmpecellegranulom.

D. Hvad vil du gøre og i hvilken rækkefølge?

Da det omfatter et stort område af mandiblen, vil jeg som udgangspunkt henvise til en specialist for endelig udredning. Er det muligt vil jeg tage en biopsi.

E. Hvilke forholdsregler vil du foretage ifm. patientens medicinering?

Det har førhen været normal kutyme at seponere blodfortyndende i nogle dage før operation, men man mener nu, at risikoen for tromboemboliske komplikationer vægter over risikoen for øget blødning ved operation. Er INR under 3,0 er det ikke en kontraindikation for operation. Patienten rådes til at smertedække sig med paracetamol og ikke NSAID-præparater, da NSAID præparater øger effekten af den blodfortyndende medicin. Er der behov for antibiotika, skal der benyttes Clindamycin fremfor Metronidazol da denne ligeledes øger effekten af Plavix.

Opgave 4

En 39-årig kvinde henvender sig med **moderate gener fra ganen og palatinale gingiva** i venstre side af overkæben. Generne har stået på i 2-3 dage. Patienten er sund og rask bortset fra at hun undertiden får generende forkølelssår på underlæbebeprolabiet. Patienten får ingen behandling herfor. Ved klinisk undersøgelse finder du to områder med klaser af små tætsiddende, knappenålshovedstore ulcerationer og enkelte små vesikler i venstre side af ganen og på palatinale gingiva regio +5,6,7. Let diffust erytem i området.

A. Redegør for dine diagnostiske overvejelser, og hvilken diagnose du finder mest sandsynlig?

Recidiverende intraoral herpes simplex: Lokaliseret til den hårde gane samt gingiva, starter som røde områder, som efterhånden danner vesikler som sprænger og skaber smertende, fibrinklædte ulcerationer. Forvinder efter ca. to uger.

Mindre sandsynligt:

Herpes labialis: Vesikulære læsioner, som sprænger og giver smertende ulcerationer. Sidder kun på læberne. Forsvinder efter få dage.

Primær herpetisk gingivostomatitis: ikke sandsynlig da hun ikke er systemisk påvirket af feber, hovedpine m.m.

Bulbøs lichen planus: resulterer i vesikler, er dog usandsynlig.

Der er højst sandsynlig tale som *Recidiverende intraoral herpes simplex*.

B. Hvorledes vil du behandle den aktuelle lidelse i ganen?

Lidelsen vil ophøre af sig selv efter ca. 14 dage. Hvis patienten er meget generet heraf, kan der gives medicin i form af aciclovir, gives systemisk i form af tabletter.

C. Forklar en eventuel sammenhæng mellem den aktuelle lidelse og de lejlighedsvis forkølelsessår?

Begge lidelser er associeret med herpes simplex virus 1 (HSV-1).

Patienten spørger om der ikke findes en behandling for forkølelsessårene på læben.

D. Hvad vil du anbefale patienten desangående? Hvis du vil anbefale en medicinsk behandling bedes dosering angivet.

Man må forvente udbrud af herpes labialis ca. 2-4 gange årligt. Jeg vil fortælle patienten at udbruddet vil gå i sig selv efter ca. en uge. Hun informeres om muligheden for topikal applicering af aciclovir.

Opgave 5



Pt, en 68-årig kvinde, er henvist til din tandlægeklinik for implantat behandling af regio 5+.

Om pt oplyses:

- At hun er bange for at sidde i en tandlægestol
- Hun tåler ikke penicillin
- Hun har været i lav-dosis bisphosphonat behandling gennem de seneste 6 måneder

Objektivt vurderes kæbekam en smule smal, og du må forvente at skulle foretage en mindre knoglegenopbygning samtidig med implantat isættelse.

A. Redegør for behandlings alternativer (inkl. implantat). Fordele/ulemper?

Alternativt til implantat kan vælges brobehandling, ortodonti eller man kan vælge ikke at gøre noget.

Implantat: Umiddelbart det bedste behandlingsvalg, da nabotænderne ikke har de store restaureringer. Man undgår at fjerne en masse sund tandsubstans på nabotænderne, som ville være konsekvensen af en brobehandling. Ulempen er dog at hele processen tager lang tid (pga. heling), hvilket kan være svært for patienten at acceptere, hvis hun ønsker en hurtig erstatning. Samtidig kræver behandlingen større indgreb (kirurgisk indsættelse, samt kirurgisk opklapning ved abutment indsættelse), hvilket kan være besværligt for patienten på grund af hendes tandlægeskræk. Desuden er der risikoen for osteonekrose da patienten er i behandling med bisfosfonat (dog i lav-dosis og kun i 6 mdr. hvorfor det må formodes at risikoen er meget lille). Da bisfosfonat virker ved at nedsætte remodellering af knogle, vil det være mere sandsynligt at knogleopbygning ikke lykkedes.

Bro: Brobehandling virker som det bedste alternativ, hvis implantatbehandling ikke er muligt. Fordelene herved er at patienten slipper for de større (frygtindgydende) kirurgiske indgreb, har kortere stiletid og hurtigere kan få færdiggjort behandlingen. Desuden er der ingen risiko for eventuel knoglenekrose. Ulemperne er, at der skal fjernes store mængder sund tandsubstans (da nabotænderne er uden store restaureringer), i hvert fald hvis man vælger at lave en bro med fuldkroner på 6,4+. Alternativt kan man lave en indlægsbro for at spare tandsubstans. Disse har dog tendens til at gå løs.

Ortodonti: Man kan forsøge at lukke hullet ved mesialføring af molarerne.

Positivt: Patienten slipper for omfattende indgreb.

Ulemper: Pga. patientens alder vil tage rigtig lang tid at skabe tandflytning. Desuden er det ekstremt dyrt, og hun skal efterfølgende bruge retainer livslangt for at undgå recidiv.

Ingen behandling: Man kan vælge ikke at erstatte tanden, hvis patienten ikke er generet af at mangle en tand (dette omfatter både funktionalitet og æstetik) og hvis hendes tandlægeskræk umuliggør behandling. Dog må det formodes at patienten ønsker implantat eftersom hun er henvist.

B. Hvilke anatomiske strukturer vil du være opmærksom på ved implantat isættelse i denne region?

Nabotændernes rødder, sinus maxillaris.

C. Redegør for dine overvejelser ift. præ-, per- og post-operativ medicinering af denne pt ifm. operation.

Da patienten har tandlægeskræk, vil det være smart at give hende noget beroligende en time før operationen (hun skal have en ledsager med da hun får beroligende). Da hun samtidig er allergisk overfor Penicillin benyttes Clindamycin som alternativ.

Præoperativt gives:

Triazolam (0,125mg under 60 kg, 0,250mg over 60 kg)

Clindamycin 600mg

Da patienten er i behandling med bisfosfonat, og dermed risiko for osteonekrose, gives der antibiotika postoperativt.

Postoperativt gives Clindamycin 300mg dagligt i 5 dage.

Opgave 6

En 38-årig patient henvender sig med let ømhed i regio 6,7-. Patienten har bemærket ømheden i et par måneder. Tænderne i området er vitale. Patienten er i øvrigt sund og rask. Røntgenundersøgelse af området viser en nærmest pæreformet radiolucens mellem 6- og 7-, hvis rødder er let displaceret henholdsvis mesialt og distalt. Radiolucensens ("pærens") bredeste basis ses apikalt for røddernes apex.

A. Redegør for dine diagnostiske overvejelser, herunder de(n) sandsynligste diagnose(r).

Mest sandsynligt:

Keratocyste: Ligger ofte posteriort i underkæben, kan displacere tænder, give smerter, kan give rodresorption. Unilokulær eller multilokulær udseende.

Ameloblastom: Ligger ofte posteriort i underkæben, kan displacere tænder, give smerter, mere udtalt rodresorption. Unilokulær eller multilokulær udseende.

Mindre sandsynligt:

Centralt kæmpecellegranulom; kan displacere tænder, give hævelse. Mindre usandsynlig da den ofte ligger anteriort i underkæben.

Simpel knoglecyste: ofte posteriostr i underkæben, radiolucent, symptomatisk med typisk guirlandeform mellem tændernes rødder.

Radikulær cyste: kan displacere tænder, radiolucent. Ikke sandsynlig da tænderne er vitale.

Du beslutter at fjerne forandringen kirurgisk, og sender vævet til histologisk undersøgelse. Patologen beskriver vævet som følger: "Snit viser flere aflange vævsstykker hvis ene lange side er beklædt med let parakeratiniseret pladeepitel der er af ensartet tykkelse på 10-15 cellelag og uden epiteltappe. Basalcellelaget er velmanifesteret med palisadestillede kerner. Under epitelet ses en relativt tynd bræmme af kollagent bindevæv uden inflammation. Ingen tegn på malignitet."

B. Hvad er diagnosen?

Keratocyste

C. Anfør/beskriv den klassifikation (WHO) hvori den aktuelle forandring indgår.
Odontogen cyste

Forestil dig et lignende tilfælde, hvor den histologiske beskrivelse var enslydende med ovenstående, bortset fra at epitelet var ortokeratiniseret, og at basalcellelaget ikke var velmanifesteret med palisadestillede kerner.

D. Hvilken diagnose ville det i dette tilfælde dreje sig om, og hvorledes adskiller forandringerne i B og D sig fra hinanden hvad angår prognose?

Ameloblastom.

En keratocyste kan fjernes via cystektomi. Der er høj recidivtendens pga. den tynde cystevæg, hvilket besværliggør total fjernelse af cysten.

Et ameloblastom kræver derimod en mere radikal tilgang i form af resektion. Hvor meget der fjernes afhænger af tumorens størrelse.

En lille tumor fjernes ved en marginal resektion med fjernelse af den marginale knogle.

En stor tumor fjernes ved partial resektion af mandiblen med inddragelse af den cortikale bund af mandiblen. Hvis den har spredt sig til blødvævet laves en blandet resektion. Der ses recidiv pga. tumoren infiltrerer knogletrabeklerne (hvilket er årsagen til den radikale behandling).

Prognose: Både keratocyste og ameloblastom har tendens til at recidivere.

Ameloblastomet har desuden evnen til at udvikle sig til et ameloblastisk carcinom (ca. 1 % af alle ameloblaster).