

Eksamen i ortodonti



Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet

12 januar 2015

Planlagt: 09:00 - 13:00

Eksamensnr: 68

Plads: E02-019

Side 1 af 12

. Ortodontisk visitation:

A. Beskriv formålet med den ortodontiske visitation

Formålet med den ortodontiske visitation er at forebygge og behandle tandstillingsafvigelser med eksisterende eller forudsigelige risici for fysiske skader og psykosociale belastninger.

B. Beskriv tandlægens rolle i den ortodontiske visitation.

Ud fra de visitationskriterier som Sundhedsstyrelsen har fastlagt omkring børn/unge som kan modtage vederlagsfri behandling, skal man som tandlæge screene børnene/de unge og henvise alle de børn som falder ind for visitationskriterierne til specialtandlægerne.

C. Redegør for de risici, der kan sættes i relation til tandstillingsfejl

Sundhedsstyrelsen har fastlagt nogle visitationskriterier som en tandlæge skal benytte sig af, når denne skal udvælge børn/unge som kan modtage vederlagsfri ortodontisk behandling. Disse visitationskriterier kategoriseres i 4 risikogrupper som omfatter følgende:

Risikogruppe	Risici
I: Risiko for skade på tænder og omgivende væv	Risiko for parodontale skader: Omfatter patienter med et dybt bid med ganepåbidning Risiko for ulykkesskader: Patienter med et ekstremt maxillært overbid Risiko for rodresorption: Fejlstilling af hjørnetænder
II: Funktionelle risici	Risiko for nedsat bidkraft, funktionsforstyrrelser, muskelømhed, ugunstig funktion af muskler-og kæbeled som kan give TMD: Denne gruppe omfatter patienter med dybt bid, maxillært overbid, mandibulært overbid, åbent bid og unilateralt krydsbid.
III: Risiko for senskader	Risiko for fremadvandring af fortænderne: Patienter med ekstremt horisontalt overbid med læbefang Risiko for udvikling af et dybt bid: Patienter med et åbent bid hvor pludselig vækst medfører at der udvikles et dybt bid. Risiko for asymmetrisk udvikling af kæben: Ved krydsbid og saksbid
VI: Risiko for psykosocial belastning	Patienter med tandstillingsfejl som påvirker patientens udseende i så høj grad, at denne anses for værende invaliderende.

2. Profilrøntgenbillede:

A. Hvad er formålet med at foretage en cephalometrisk analyse på et profilrøntgenbillede?

En cephalometrisk analyse er en analyse som man udfører når man har fundet en malokklusion. Formålet med en cephalometrisk analyse er at diagnosticere om en malokklusion er basalt betinget, dentoalveolært betinget eller basalt betinget med dentoalveolært kompensation eller dentoalveolært dysplastisk udvikling. En cephalometrisk analyse udføres ved at man på et lateralt profilrøntgenbillede indtegner nogle bestemte punkter og referencelinjer. Når man har indtegnet referencelinjerne kan man måle kæbernes relation til kraniet, kæbernes indbyrdes relation, tændernes relation til processus alveolaris og processus alveolaris' prognati. Hvis man efter sine målinger eksempelvis kan se øgede vertikale kæberelationer, vil det betyde at patienten har et basalt betinget åbent bid med den forudsætning at der ikke er blevet fuldstændig kompenseret for det dentoalveolært. Omvendt vil en patient med formindskede vertikale kæberelationer have et dybt bid, hvis der ikke er blevet kompenseret for det dentoalveolært.

B. Hvad betyder den sagittale kæberelation?

Ved de sagittale kæberelationer forstås kæbernes indbyrdes position i det sagittale plan. Når man på et lateralt profilrøntgenbillede måler de sagittale kæberelationer, måles vinklen mellem ss-n-pg, som svarer til forholdet mellem maxillen og mandiblen. Vinklen mellem ss-n-pg, svt. De sagittale kæberelationer, er normalt 2grader med en SD på 2,5grader. Hvis en patient har øgede sagittale kæberelationer som følge af en øget maxillær prognati og/eller en reduceret mandibulær prognati og vinklen mellem ss-n-pg er over 4,5grader, vil det altså betyde at patienten har et basalt betinget maxillært overbid.

3. Horisontalt maxillært overbid:

A. Hvilke principielt forskellige metoder er der til korrektion af horisontalt maxillært overbid?

Man skelner mellem 4 forskellige ortodontiske behandlingsprincipper som man kan benytte sig af til ortodontisk behandling. Disse 4 behandlingsprincipper omfatter:

- Tandforskydning
- Vækstadaptation
- Vækststimulering
- Orto-kirurgi

Et horisontalt maxillært overbid kan behandles på flere forskellige måder. Hvis et horisontalt maxillært overbid er basalt betinget, kan man behandle denne på forskellige måder, alt afhængigt af, hvilket udviklingsstadium personen befinder sig i. Dette betyder altså at behandlingen er forskellig alt afhængigt af om personen befinder sig i den infantile periode, den juvenile periode, den pubertale periode eller adulte periode. De forskellige behandlingsmetoder beskrives i det nedenstående:

- Infantile periode: Hvis barnet befinder sig i den infantile periode, vil behandlingen af det basalt betingede maxillære overbid bestå af prævention, caries kontrol og forhindring af suttevaner.
- Juvenile periode: Hvis et barn befinder sig i den juvenile periode, består behandlingen af interception, dvs. afbrydelse af forkert udvikling. Hvis der dysfunktioner eller ekstreme okklusionsafvigelse, starter man sin behandling i denne fase og behandlingen består af at ophæve låsninger som kompromittere for kompensationsmekanismen, eksempelvis hvis der forekommer læbefang eller hvis okklusionen er låst fast i distal okklusion. Dette kan gøres med forskellige apparaturer, herunder head-gear (nakke-træk), aktivator og fast apparatur.
- Den pubertale periode: Under den pubertale periode er behandlingen forskellig, alt afhængigt af, om der er forbedrede sagittale kæberelationer, uændrede sagittale kæberelationer eller om der er forværede sagittale kæberelationer.
 - Forbedrede sagittale kæberelationer: Ved forbedrede sagittale kæberelationer benytter man dentoalveolært modellering og vækstadaptation som behandlingsprincip. Her kan man behandle det horisontale overbid med en aktivator eller et Herbst apparatur. Begge apparaturer fungerer ved at fastholde mandiblen i en protruderet stilling ved sammenbid, men samtidig tillade tyggebevægelser. Dette vil derfor forskyde underkæben fremad og således korrigerer for det horisontale maxillære overbid.
 - Uændrede sagittale kæberelationer: Ved uændrede sagittale kæberelationer vil behandlingen bestå af tandforskydning og evt. ekstraktion af 4+4.
 - Forværede sagittale kæberelationer: Ved forværede sagittale kæberelationer vil behandlingen bestå af tandforskydning og ekstraktion. Hvis det horisontale

maxillære overbid skyldes en retrognat mandibel, kan det være nødvendigt at vente med behandlingen til endt vækst hvor man så benytter sig af orto-kir.

Et horisontalt maxillært overbid som er dentoalveolært betinget, behandles med tandforskydning og formålet her er at retroklinere incisiverne i overkæben samt at proklinere incisiverne i underkæben og således 'fjerne' det horisontalt maxillære overbid.

B. Hvilke faktorer afgør valget af behandlingsmetode ved horisontalt maxillært overbid?

Der er flere forskellige faktorer som kan afgøre valget for behandlingsmetode, når man skal korrigere et horisontalt maxillært overbid. Først og fremmest er ætiologien til det horisontale overbid nødvendigt at identificere, dvs. om det er et horisontalt overbid som er basalt betinget eller dentoalveolært betinget og om at der kompenseres dentoalveolært for en evt. basal afvigelse eller om der dentoalveolært ses en dysplastisk udvikling.

Desuden er en anden afgørende faktor for valget af behandlingsmetode, hvilket udviklingsstadiet barnet/den unge befinder sig i, altså om barnet befinder sig i den infantile, juvenile eller pubertale periode, eller om barnet befinder sig i den adulte periode. Behandlingerne er (som beskrevet i delspørgsmål A) forskellige, afhængigt af hvilken fase barnet behandler sig i og om man evt. kan benytte sig af barnets vækst til at korrigere malokklusionen.

C. Hvilke indikationer er der for behandling af horisontalt maxillært overbid?

De indikationer der er for behandling af et horisontalt maxillært overbid omfatter:

- Dysfunktioner
- Risiko for traume på incisiverne
- Funktionelle risici
- Risiko for senskader
- Psykosocial belastning, herunder mobning og drilning.

Et ekstremt maxillært overbid kan altså falde ind for alle 4 risikogrupper som Sundhedsstyrelsen har fastlagt om børn/unge som kan modtage vederlagsfri behandling.

D. Hvilke afvigelser i dentitionen vil forværre mulighederne for at behandle et horisontalt maxillært overbid?

Hvis en patient har okklusionsafvigelser i mere end ét plan, eksempelvis også en afvigelse i det vertikale plan i form af dybt bid eller en afvigelse i det transversale plan i form af unilateralt krydsbid, vil det forværre/komplicere mulighederne for behandling af et horisontalt overbid. Hvis patienten desuden har flere dentitionsafvigelser, eksempelvis i form af overtallige tænder eller malforme tænder, vil behandling desuden forværres/kompliceres. Hvis der forekommer trangstilling i overkæben eller en underudvikling af maxillen, kan det være svært at behandle et maxillært overbid.

4. Fast apparatur:

A. Hvilke bestanddele indgår i et fastsiddende ortodontisk apparatur?

Et fast apparatur består af:

- Attachment: Attachment er den aktive del af et fast apparatur som er fastgjort til tænderne og omfatter bl.a. brackets og bånd. Brackets anvendes som regel på incisiver, hjørnetænder, præmolarer og 1. molarer (med rør), mens at man på molarer som regel anbringer bånd.
- Buer: Buer kan både være Ni-Ti- buer og stål-buer.
- Andet: Herunder elastikker, rejer, ligaturer, fjedre, afhængigt af det ønskede resultat for behandlingen.

B. Hvilken funktion har de forskellige dele?

Brackets påfører de aktive kræfter til tænderne og skal af den grund være placeret korrekt på tanden, således at man ikke opnår nogle uønskede bevægelser af tænderne. Brackets skal som udgangspunkt placeres centralt på facialfladen og vinkelret på længdeaksen. På molarer og præmolarer skal brackets anbringes med en lige stor afstand fra randcrista og på incisiver og hjørnetænder skal bracket anbringes med en lige stor afstand fra incisalkanten/cusptoppe som på 1. præmolar, med undtagelse af de laterale incisiver hvor bracket skal placeres 0,5mm mere incisalt.

Buerne forbinder brackets til hinanden og er med til at sikre at brackets overfører kraften til tænderne. Under nivelleringsfasen, hvor formålet er at få placeret tænderne i en bue, anvendes cirkulære buer med en lille diameter. Når tænderne står i bue og man har været igennem nivelleringsfasen, begynder fasen med den endelige tandforskydning, hvor man anvender buer med en større diameter og skifter over til rektangulære buer og stål-buer som kan overføre flere kræfter tænderne.

Elastikkerne som sidder omkring hvert enkel brackets, holder buen fast til brackets og sikrer at de kan uøve deres virkninger

C. Nævn eksempler på kontraindikationer for indsættelse af fast apparatur

Eksempler på kontraindikationer for indsættelse af fast apparatur omfatter bl.a.

- Parodontitis
- Insufficient mundhygiejne
- Manglende roddannelse/ikke afsluttet roddannelse.

D. Hvordan fjernes et fastsiddende ortodontisk apparatur?

Fastsiddende ortodontisk apparatur fjernes ved at man først fjerner elastikkerne som sidder omkring hver brackets, hvilket kan gøres med eksempelvis en grisehale-sonde eller med en sonde. Det gøres ved at man får fat i elastikken omkring

En Weingarttang kan anvendes til intraorale justeringer, herunder af og påsætning af buer, så den

kan med fordel anvendes til at fjerne buen fra tænderne. Hvis man har et buk på sin bue distalt, skal man sikre sig fjerne denne, således at man gør buen

Bracketfjerner instrument anvendes til at fjerne brackets fra tænderne. Denne griber fat om tanden incisalt, og tager fat i bracket, hvorefter de kan fjernes fra tanden.

Plastoverskuddet på tænderne kan fjernes på flere forskellige måder, herunder kan det fjernes ved at

5. Oral funktion

A. Beskriv tyggemusklernes maksimale kontraktions styrke, bidkraften og antal tandkontakter hos børn med anterior åbent bid i forhold til børn med neutral okklusion.

Hos børn med et anterior overbid ses en mindre maksimal kontraktionsstyrke, en mindre bidkraft og desuden ses færre antal af tandkontakter (færre okkluderende tandpar), end hos patienter med en neutral okklusion.

B. Er anteriort åbent bid, forbundet med funktionelle afvigelser, svære eller lette at behandle ortodontisk? Begrund dit svar.

Et anteriort åbent bid som er forbundet med funktionelle afvigelser er svære at behandle ortodontisk og det er en behandling som skal udføres af specialtandlægen. Dette skyldes at der kan forekomme funktionelle komplikationer under behandlingen som eksempelvis TMD.

6. Pladsforhold:

A. Hvordan registrerer man pladsforhold hos en patient?

Når man skal registrerer pladsforhold hos en patient, benytter man sig af en bestemt teknik, hvor man måler tændernes bredde.

B. Hvilke 2 typer af pladsafvigelser findes?

Der findes 2 typer af pladsafvigelser, herunder

- Trangstilling, som yderligere inddeles i:
 - Fysiologisk trangstilling: En forbigående trangstilling som forsvinder ved normal udvikling og tandskifte
 - Primær trangstilling: Arvelig trangstilling som kan skyldes et misforhold mellem kæben og tænderne (små kæber og store tænder)
 - Sekundær trangstilling: Sekundær trangstilling kan komme af for tidligt tab af primære tænder, funktionelle dysfunktioner som suttevaner, patienter med en ekstenderet hovedholdning.
 - Patologisk trangstilling: Patologisk trangstilling omfatter patologisk udvikling af den kraniofaciale morfologi.
- Spredt stilling, som yderligere inddeles i:
 - Fysiologisk: Naturligt forekommende hos børn under frembrud af incisiverne i stadie DS1.

- Primær spredt stilling: Ses hyppigt hos i afrikanske befolkningsgrupper.
- Sekundær spredt stilling: Eksempelvis diastema mediale.
- Patologisk spredt stilling

C. Nævn de principielle behandlingsmuligheder, der er ved de 2 typer af afvigelser og giv eksempler på behandlingsvalg.

Principielle behandlingsmuligheder ved trangstilling er ekspansion eller ekstraktion + fastapparat. De faktorer som bl.a. kan have en betydning for hvilken behandling man vælger, er bl.a.

- Pladsforhold
- Trangstillingens størrelse
- Trangstillingens ætiologi
- Dentale modenhed
- Skeletale modenhed
- Ansigtsmorfologi
- Patientens Kooperation
- Funktion

Hvis en patient eksempelvis har primær trangstilling uden okklusionsafvigelser, vil behandlingen være ekstraktion og fast apparatur. Hvis en patient har primær trangstilling med okklusionsafvigelser vil okklusionsafvigelsen være at prioritere, hvorefter man ved korrektion af denne vurderer barnets vækstmønster og vurderer om der er behov for ekstraktion.

Hvis en patient eksempelvis har sekundær trangstilling som følge af dysfunktioner vil behandlingen her først og fremmest bestå af ophævelse af dysfunktionen.

Ved spredtstilling er behandlingen som regel kontraktion. Hvis eksempelvis der forekommer generelt spredtstilling, vil man udføre sin behandling via kontraktion med fast apparatur.

Ved spredtstilling, eksempelvis ved diastema mediale vil patienten ikke modtage vederlagsfri ortodontisk behandling, da der kun er et kosmetisk indikation, men man kan behandle diastemaet med en diastemalukker.

D. Hvad ved du om en makrodont maxillær incisiv? Hvilken rolle spiller en sådan incisiv for pladsforholdene i maxillen?

En makrodont maxillær incisiv (SMMCI) er en tilstand hvor det ekstraorale udseende af patienten afviger i form af en nedsat intraokkular afstand. Intraoralt kun ses én makrodont maxillær incisiv og desuden ses ingen papilla incisivum og pladsforholdene er mindre som følge af en afvigende udvikling af maxillen. Behandlingen af en sådan incisiv kan enten være ekstraktion og ortodontisk behandling, ortodontisk behandling for at skabe plads til en protetisk erstatning for den manglende incisiv og desuden kan man lade være med at udføre en behandling, hvis patienten acceptere den makrodonte tand.

7. Vækst og modenhed:

A. Hvad er dental modenhed og hvordan vurderes dental modenhed?

Den dentale modenhed fortæller noget om hvor langt patienten er med sin tanddannelse og hvilke tænder der er tilstede hos patienten. Den dentale modenhed af en patient vurderes ud fra et OP eller klinisk, hvor man har forskellige koder til de forskellige stadier som barnet kan befinde sig i. De forskellige koder for dentale modenheden er:

- DS00: Ingen primære tænder frembrudt
- DS01: En primær tand synlig
- DS02: Alle primære tænder fuldt frembrudt
- DS1: En permanent incisiv synlig
- DS2: Alle permanente incisiver fuldt frembrudt
- DS3: Hjørnetand eller præmolar synlig
- DS4: Alle hjørnetænder og præmolarer fuldt frembrudt
- M0: En 1. molar synlig
- M1: Alle 1. molarer fuldt frembrudt
- M2: Alle 2. molarer fuldt frembrudt
- M3: Alle 3. molarer fuld frembrudt

Hvis man har et barn med fuld frembrud af incisiver, hjørnetænder og præmolar samt alle 1. molarer, vil denne befinde sig i stadiet DS4M1.

Det er vigtigt at pointere, at der er dårlig korrelation mellem den dentale modenhed og den skeletale modenhed, hvorfor man ikke kan bruge et barns dentale modenhed til at vurdere dens skeletale alder. Her må man benytte sig af andre tiltag som håndrøntgen, kønsmodenhed og barnets højde.

B. Hvordan og hvorfor vurderes skeletal modenhed i ortodontisk praksis?

Når man udfører en ortodontisk behandling kan man benytte sig af flere forskellige behandlingsprincipper, herunder tandforskydning, vækstadaptation, vækststimulering og ortodontisk-kirurgi.

Ved nogle ortodontiske behandlinger, vil man gerne benytte sig af barnets vækst under behandlingen og her er det nødvendigt at vide hvor barnet befinder sig i forhold til sin vækstspurt, da man gerne vil behandle barnet mens det befinder sig i sin pubertale vækstspurt og ikke efter det har passeret sin pubertale vækstspurt. Et barns kronologiske alder kan ikke anvendes til at vurdere et barns skeletale modenhed, selvom at den gennemsnitlige alder for piger som befinder sig i deres pubertale vækstspurt er 12år +/- 2år, mens at det hos drenge er 14 +/- 2 år. Man er nødt til at benytte sig af andre undersøgelser, herunder håndrøntgen, kønsmodenhed og højde.

Et håndrøntgen er det mest optimale man kan benytte sig af, hvor man her analyserer forskellige ossifikationsstadier, ved at se på ossifikationen af håndens led. Dette sammenholdes så med tempokurven, som indikerer hvor barnet befinder sig i forhold til sin vækstspurt. Nogle af de

makører i håndens led som man benytter sig af er PP2= (epifyse o diafyse på PP2 er ligelange), S (ossifikation af sesamoidknoglen), MP3cap (epifysen tilspidser i enderne og bøjer opad mod diafyse), DP3u (sammensmeltning af epifyse og diafyse på DP3) og Ru (radius). Hvis et barn ikke er nået stadiet PP2=, betyder det at denne endnu ikke er trådt ind i den pubertale vækstspurt, mens at hvis barnet befinder sig i S, så betyder det at det er i den pubertale vækstspurt, mens at MP3cap er på toppen af kurven og at Ru indikerer, at barnet har passeret sin pubertale vækstspurt.

Hvis man ikke har et håndrøntgen af barnet, vil man kunne analysere barnets skeletale modenhed ud fra dennes højde og kønsmodenhed.

Grunden til at man kan benytte sig af barnets højde er, at der er god korrelation mellem barnets højde og den skeletale alder. Når man målt barnets højde, kan man ved at sammenholde det med vækstkurven se, hvor barnet er i forhold til sin skeletale alder.

Grunden til at man kan benytte sig af barnets kønsmodenhed, er at dette har en god korrelation med den skeletale alder. Et barns kønsmodenhed vurderes ved at se på køns karakteristika som skæg, overgangsstemme, 1. menstruation (hos piger) og brystdannelse.

C. Redegør ved 2 eksempler for, hvordan dental modenhed og skeletal modenhed kan spille en afgørende rolle for ortodontisk behandling.

Den dentale modenhed kan have en betydning for, hvilken behandling man vil udføre. Eksempelvis vil man hos et barn med et anterior åbenbid i DS1-DS3 behandle ved at afbryde uvaner fx med lingualbue med tunge gitter, mens at man i DS4 vil behandle med vertikalt sammentræk/sammenføring.

Den skeletale alder kan have en betydning for, hvilken behandling man vil udføre. Hvis man har en patient med et mandibulært overbid som skyldes en retrognat overkæbe, vil man her gerne benytte sig af barnets vækst til at ekspandere overkæben. Ved denne behandling er det nødvendigt at man henviser barnet rettidigt, således at man starter sin behandling rettidigt i forhold til barnets pubertale vækstspurt.

8. OP af 9 årig pige (Bilag 1)

Du har taget dette OP af en 9 årig pige fordi du vil observere tandfrembrud.

a) Hvad ser du på billedet? og hvad vil du forklare forældre vedrørende tandfrembrud?

På røntgenbilledet ses følgende tænder:

Frembrudte tænder:

(6),05,04,03,02,1+1,02,03,04,05,6

6,05,04,03,2,1 - 1,2,03,04,05,6

Ikke-frembrudte tænder:

5,4,3,2+2,3,4,5,7

7,5,4,3-3,4,5,7

På røntgenbilledet ser det ud til, at der er agenesi af 7+, da der ikke ses et anlæg for denne tand. Derudover ser jeg, at 6+ er den eneste 1.molar som ikke er fuldt frembrudt, og det er svært ud fra røntgenbilledet at vurdere om der er primær retention eller sekundær retention af tanden, dvs. om tanden er beliggende under mucosa eller om den er beliggende koronalt for mucosa. Desuden kan jeg se, at der er en forsinket fældning af 02+02, som hindrer/vanskeliggør eruptionen for 2+2, der er begyndt at eruptere distalt for 02+02.

Jeg vil fortælle forældre, at det ser ud til at deres datter mangler en kindtand bagtil i overkæben højre side- men at der potentiel vil være muligt, hvis patienten får sin visdomstand, at denne overtager pladsen og overtage den manglende tands plads. Desuden vil jeg informere patienterne om at den bagerste kindtand i højre side som er tilstede er forsinket i sin frembrud, og at der ligeledes kan ses at patientens 2 tænder ved siden af fortænderne (02+02) evt. skal trækkes ud, således at de permanente tænder kan vandre ud i den rette retning og på den måde forhindre at der kommer pladsen når hjørnetænderne skal ud.

b) Har du forslag til behandling på nuværende tidspunkt?

Behandlingen på nuværende tidspunkt kan bestå af ekstraktion af 02+02. Dette skyldes at det på OP ser ud til, at 2+2 vandre lidt mere distalt mod 3+3's plads og at dette kan give problemer med tanderuptionen af 3+3 senere hen pga. pladsmangel. Hvis man ekstraherer 02+02 kan 2+2 rette sig op og vandre koronalt mod det område hvor 02+02 nu befinder sig og således forsøge at hindre at der forekommer at der forekommer store pladsproblemer når 3+3 skal eruptere.

Det ser ud til at der er en forsinket eruption af 6+. Det er svært at vurdere om denne er frembrudt frembrudt eller endnu ikke er frembrudt. Hvis ikke denne er frembrudt og således er primær retineret, vil jeg udføre en behandling som består af denudering, dvs. fjerne den forhindring der er for tanden, således at denne kan eruptere. Det ser ikke ud til at tandens roddannelse afsluttet og derfor vurderer jeg at det stadig er muligt at der forekommer spontan eruption, medmindre der er en fejl i eruptionen som forhindrer dette. Eksempelvis kronefoliklens evne til at nedbryde ossøst væv eller påvirkningen af rodfoliklen via nervevævet.

9. OP af 12 årig pige (Bilag 2)

Du har taget dette OP på en pige på 12 år og 2 måneder.

a) Hvad ser du på billedet?

På billedet ses følgende tænder:

Frembrudte tænder:

7,6,5,4,3,2,1+1,2,3,4,5,6,7

7,6,5,4,3,2,1-1,2,3,4,5,6,7

Ikke-frembrudte tænder:

8+8

8-8

Desuden kan man på røntgenbilledet se, at der er afkortede/korte rødder på præmolarer i både overkæben og underkæben og desuden også på molarer i overkæben og de centrale incisiver i overkæben. Det er svært at bedømme om de korte rødder skyldes resorption eller om det er en malformation.

b) Pigen har et ønske om, at få rettet tænder. Hvad siger du til pigen og hendes forældre efter at have set på OP'et? Og hvad skriver du til specialtandlægen?

Det er svært for mig at vurdere ud fra røntgenbilledet alene om patienten kan tilbydes vederlagsfri behandling, men det jeg kan se på røntgenbilledet er, at der forkortede rødder, som kan vanskeliggøre den ortodontiske behandling.

Jeg vil informere pigen og hendes forældre om, at det ser ud til at der er der er korte rødder på tænderne og at det er muligt at er ikke kan udføres ortodontisk behandling på tænderne, men at jeg vil henvise hende til en specialtandlæge i ortodonti som kan tage stilling til dette. Dette vil jeg desuden også skrive til specialtandlægen når jeg henviser pigen.