

Eksamen i pædodonti og klinisk genetik 2



Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet

12 januar 2016

Planlagt: 16:00 - 20:00

Eksamensnr: 47

Plads: E09-037

Side 1 af 8

Opgave 1.

Beskriv behandlingsmuligheder og strategier i forbindelse med behandlingsplanlægning af en 9-årig patient med blandet tandsæt og høj cariesaktivitet. Patienten har god acceptgrad.

Behandlingsmuligheder:

9-årige børn kan varierer meget i deres adfærd, men man kan beskrive dem som værende nysgerrige, udadvendte, spørgende, lyttende og imødekommende og med oftest acceptgrad 3. Altså man kan have en god, nem og gensidig kommunikation samtidig med at de er tålmodige, hvis du kan fange deres interesse. De er som reel nemme at udfører behandling på, hvis de ikke tidligere har udviklet frygt eller generel angst for tandplejersystemet. De kan være seje og acceptere smertegivende behandling, som at få lagt koventionel bedøvelse. Igen skal det pointeres at man selvfølgelig kan møde den 9-årige, som er i den modsatte ende og har lav acceptgrad og derfor udfordrende at behandle.

Mulige behandlinger:

- God accept
 - o Behandles på traditionel vis med lokalanalgesi, konventionel eller computerstyret.
- Nedsat accept
 - o Der kan anvendes kvælstofilte eller medicinsk sedation, hvis tilvæningsbehandling eller skindbehandling ikke har haft nogle gavnlige effekt.
- Ingen accept, hvor alt andet er mislykket og stort behandlingsbehov
 - o Generel anæstesi

Behandlingsplanlægning/strategier:

De 9-årige oplever et større tandskifte i denne alder og der ses frembrud, af varierende grad, af deres permanente hjørnetænder og præmolarer. Dette øger plakstagnationsområderne, så som enkeltstående flader samt tænder i frembrud, som er svære at holde rene. Sammenfaldene er at forældrene begynder at overlade ansvaret for mundhygiejnen mere og mere børnene selv samtidig med, at de begynder at få lommepenge og har større behov og nemmer tilgang til sukker.

Hovedformålet må være at behandle og finde årsagen til den høje cariesaktivitet, som kan gøres ud fra følgende punkter:

- Tidligere carieserfaring
 - o Har større søskende haft caries, har de selv har early childhood caries
- Kost
 - o Frekvens og mængde
- Mundhygiejne
 - o Hvem børster deres tænder, er der meget plak, bruges der tandtråd

- MIH
 - Øger risikoen for caries på MIH ramte tænder, hvis de ikke behandles
- Socioøkonomiske faktorer
 - Forældres tandsæt, uddannelsesniveau, omsorgssvigt

Når man skal behandle er det vigtigt, at man først og fremmest akut behandle evt. smertegivende carieslæsioner ellers er det de permanente tænder der har første prioritet da de skal sidde resten af livet. Man er mere radikal ved de primær tænder, hvor evt. profunda læsioner ekstraheres, hvis der er under et år til tandskiftet og okklusion på 6'erne, da det forhindre vandringer. Ved media læsioner kan der grov ekscarveres og ilægges glasinomer eller ekstraktion, hvis tandskifte er undervejes. Samtidig skal man undgå at barnet udvikler malokklusioner.

Når årsagen til den høje cariesaktivitet er fundet og akut/nødvendig behandling er foretaget kan der motiveres, informeres og gives instruktion i mundhygiejne og efterfølgende laves cariesrisikovurdering og der til:

- Indkaldes efter behov
 - fx 14 dage efter til mundhygiejne kontrol og fluor behandling og der følges op på evt. om vaner, som skal ændres
- Præventiv fissurforsøgling af okklusalflder og foramen caecum

Den beskrevet behandlings strategi kan skræddersyges til det individuelle tilfælde.

Opgave 2.

Du er tandlæge i den kommunale tandpleje. Du ser i din aftalebog, at du i morgen skal behandle en 8-årig dreng med Aspergers syndrom.

A) Beskriv hvilke udfordringer et barn med autismspektrumforstyrrelse kan have i forbindelse med tandbehandling

Børn med autismspektrumforstyrrelse har nedsat sociale kompetencer og i stedet høj intelligens og hukommelse. De kan sidde koncentreret om én opgave, men ikke cope med det der sker i deres omgivelser. De har derfor behov for en hverdag der ligner hinanden med faste rutiner og kendte faktorer, da det er det de kan forholde sig til. Så at sige,- de har behov for faste og kendte rammer.

Derimod er ukendte og nye faktorer, oplevelser eller pludselig reaktioner fra omgivelserne en udfordring, som kan skræmme dem og få dem til at lukke sig inde i sig selv. De har svært ved at forholde sig til nye ting, som de ikke kender. De er bagud på deres sociale kompetencer og er på samme niveau, som andre børn på samme alder. Derfor går de oftest i en specialske, hvor deres behov kan tilgodeses.

Der findes variende grad af autismspektrumforstyrrelse, hvor nogle godt kan indgå i en normal hverdag med alderssvarende normale børn.

B) Beskriv hvad du kan gøre for at hjælpe denne dreng bedst muligt i behandlingssituationen.

Barnet har brug for faste rammer og kendte faktorer. Derfor kan det være en ide, at gå ud fra den kognitiv behaviorismen management, hvor det handler om at skabe trygge rammer kombineret med kendte faktorer. Dette vil typisk kræve flere seancer og være tidskrævende. Dette kan gøres ved tilvænningsbehandling ud fra tell-show-do princippet, men hvor barnet kommer af flere omgange, gerne 1 gang om ugen samme dag og tidspunkt. Første gang kan blot være at drengen sætter sig i stolen og bliver præsenteret for omgivelser og duften på en klinik. Næste gang gentages denne seance og hvis drengen virker tryk kan han præsenteres for næste trin, så som præsentation af instrumenter, luft, vand og lyd. Der kan opstå komplikationer og hurtig fald af acceptgrad, hvilket man må indstille sig på fra starten af.

Opgave 3.

En 12 årig dreng er faldet i skolegården. Han har knækket 1/2-delen af kronen af +1, og han medbringer tandfragmentet.

Klinisk ses normal mobilitet og ingen placering af tanden. Tanden er perkussionsø. Røntgen viser, at tanden er rodfalget, og der ses ingen tegn på rodfraktur. Patientens almentilstand er ikke påvirket.

A) Angiv diagnoser

Det er ikke angivet om der er pulpainvolvering ved frakturen af kronen, og derfor går jeg ud fra at det er en emaljedentin fraktur uden pulpa involvering.

Concussio et fractura coronae dentis non-complicata +1

B) Beskriv den behandling du vil udføre

Jeg går ud fra at der er foretaget anamnestisk, klinisk og radiologisk undersøgelser og at behandling kan igangsættes.

Da holdbarheden af at på lime det fraktureret tandfragment er bedst og størst må det være første prioritet. Derimod, hvis der er lav kooperation med drengene og længere behandlingsseance ikke er muligt, må der i stedet lægges glasionomer og afvente til én anden dag, hvor der kan laves en plastfyldning.

Hvis der er gode kooperation vil jeg påsætte det fraktureret emalje fragment efter blødtvævsdele er inspiceret, evt. vasket og sutureret.

- Jeg vil første og fremmest lægge en bedøvelse, hvis der er større smerter ved luft og vandspray på den blottet dentin på +1.
- Skulle tandfragmentet med saltvand
- Der næst vil jeg tørre lægge med vatruller og spiralsug, lufttørre tanden og i pulpanære området lægge dycal og dernæst syreætte i emalje i 30 sek og dentin i 20 sek.
- Skulle med vand og luft og tørlægge
- På smører primær i 10 sek på +1 og tand fragment og svag luft påblæsning
- Bonding på +1 og tandfragment i 10 sek, dog uden lyspolymersering
- Pålægge lidt flowplast på +1 og fragment og påsætte fragmentet og lyspolymersering
- Fjerne overskud ved pudning og evt. aflastning af antagonist ved supraokklusion

C) Beskriv prognosen for tanden (herunder risiko for pulpa nekrose, inflammatorisk resorption, ankylose, tandtab) under forudsætning af korrekt udført behandling.

Når der ved en emaljedentinfaktur eksponeres dentin, er der mulighed for bakterielinfektion af dentin tubuli, som øger risikoen for senere pulpaskade. Der ses derfor øget risiko for pulpanekrose, men næppe i samme grad som ved intrusion og avulsion, da den neurovaskulære forsyning kun må være let beskadiget og ikke overrevet. Ved concussion ses der få skader af PDL og derfor vil der normalt ske en almindelig heling og en meget lille risiko for inflammatorisk resorption, ankylose og tandtab.

D) Hvilken information vil du give til drengen og hans forældre.

- At hans søn skal have skåne/blød kost i 2 uger og undgå kontakt sport, så der ikke opstår unødigt belastning af hans forslået fortand.
- At vi har limet tandfragmentet på og at der kan være rigtig god holdbarhed, men der er en risiko for at det falder af og det må påsættes igen eller laves som en plastfyldning. På sigt kan der laves en krone eller en plastfacade, hvis det bliver ved med at falde af. Derfor er det vigtigt, at de melder det til deres forsikring.
- Der er risiko for, at nerven i tanden dør at det slag den har fået og derfor kan tanden blive mørk/misfarvet og den skal da rodbehandles, men at der er en god prognose for at den ikke gør.
- I meget sjældne tilfælde kan det ske at roden smuldre væk pga. ved den skade der er sket.

E) Beskriv det efterfølgende kontrolforløb.

Kontrol efter 4 uger, 6-8 uger og et år, hvor der tages røntgen kontrol. Her undersøger man får evt. obliteration eller pulpa nekrose samt resorption af roden.

Opgave 4.

Læbe og/eller ganespalte er den hyppigst forekommende medfødte ansigtsmisdannelse, og misdannelsen er ofte kosmetisk skæmmende og kan have stor indflydelse på den orale funktion herunder evne til fødeindtag/behandling og tale.

A) Hvor hyppigt forekommer læbe og/eller ganespalte i Danmark og er der forskel på hyppighed blandt forskellige befolkninger?

Læbe/gane spalter er en medfødt lidelse, som ses på omkring ca. 5% af nyfødte og ses hyppigere ved syndromer samt bestemt etniske befolkningsgrupper.

B) Hvad er ætiologien bag læbe og/eller ganespalte?

At gældebuernes laterallapper ikke mødes i midtplanet (med den frontale gællebue), som ellers danner ganen, næse og læbe og derved kan der opstå læbe/ganespalte. Den kan deles op i læbespalte eller læbeganespalte.

C) Hvad karakteriserer den kraniofaciale morfologi hos et uopereret spædbarn med læbeganespalte (dvs. kombineret spalte i den primære og sekundære gane)?

At der er én spalte, som ikke er lukket korrekt og derfor kan der ses delt overlæbe ud fra incisiverne i overkæben samt at der i ganen, strækkende sig bag ud, vil være hul op til næsehulen, altså den hårde gane er insuffICIENT.

D) Er der tandsygdomme som optræder hyppigere hos børn med læbeganespalte end normalt? Og i givet fald hvorfor?

Agenes i OK fronten, da der mangler tandkim.

Opgave 5.

A) Redegør for den kliniske og odontologiske fænotype hos drenge med x-bunden hypohidrotisk ektodermal dysplasi.

Hypohidrotisk ektodermal dysplasi rammer:

- Hår
- Hud
- Negle
- Kirtler i huden, kan ikke tåle varme, da de har svært ved at svede
- Tænder

Kliniske tegn:

- Albinolignende udtryk
- Tyndt, fint og glat hår på hovedet
- Prominerende høj pande
- Pigmentering under øjnene, så det ser ud til, at orbita lægger dybere
- Indsunket næse
- Lav ansigtshøjde

Orale manifestationer:

- Mangler 8-10 tænder, mest udtalt i underkæben
- Flad gane, pga. tandmangel og udvikling af proc. alveolaris
- Mikroodonti
- Taurodonti
- Spidse tænder
- Spytmangel eller nedsat spytflow

B) Redegør for de odontologiske forhold hos piger, som er bærere af genet for denne sygdom.

Som ovenstående, men de mangler som regel kun 2 tænder.

C) Hvis en kvindelig bærer af sygdommen og en rask mand får en søn, hvad er da risikoen for, at drengen har x-bunden hypohidrotisk ektodermal dysplasi?

50%, da det er X-bundet og moderen har to X-kromosomer, hvoraf kun det én nedarves. Derfor kan hun give det raske eller bærende videre til sin søn.