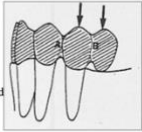


Protese behandlingstabel – Skrevet af Annika Bawa og Chahak Seth

	Helproteser	Partiel støbtstelprotese	Midlertidig protese	Immediatprotese
Indikation	<ul style="list-style-type: none"> - Mastikatorisk funktion - Æstetisk funktion - Fonetisk funktion - Okklusal stabilisering - Subjektive (allerede protesebærere). <ul style="list-style-type: none"> • Mangelfuld tyggefunktion • Funktionelle lidelser i tyggeapparatet • Kosmetiske problemer - Objektive. <ul style="list-style-type: none"> • Undersøgelse af tyggemuskler og TMJ. Tegn på dysfunktion er: • Spontane smerter i tyggemuskler/TMJ • Indskrænket bevægelighed ved gabning/laterotrusion • Lydfænomener fra TMJ • Palpationsømhed af tyggemuskler/TMJ • Undersøgelse af slimhinder. • Undersøgelse af eksisterende proteser. Alvorligere protese fejl er: <ul style="list-style-type: none"> • Ekstremt lav bidhøjde • For stor bidhøjde • Grove okklusionsfejl • Grove tekniske fejl (f.eks. fraktur af protesebasis) • U hensigtsmæssig placering af protesetænder 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduceret æstetik - Reduceret tyggefunktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Øget risiko for at traumatisere de gingivale væv – > retraktion • Forårsager atrofi af alveolarknoglen • Kortere levetid • Flere tekniske komplikationer, f.eks. fraktur • Protesen dækker gingiva → øget risiko for at udvikle caries og parodontale problemer. • <u>Bruges derfor som midlertidig protese før permanent protetisk rekonstruktion.</u> • <u>Kan også bruges som overgangsprotese hos patienter hvor tab af tilbageværende tænder er uundgåeligt, da disse proteser kan udvides gradvist.</u> 	<p>Def. enhver aftagelig protese fabrikeret til immediat placering efter fjernelse af en naturlig tand/tænder.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progressiv MP, hvor tænderne ikke giver stabil støtte til en dækprotese - Ekstrem dårlig MH - Tidligere dækprotese-pt., hvor MH har været utilstrækkeligt - Pt. med reststandsæt anteriort i OK, hvor der er æstetisk behov for større ændring af udseendet
Fordele		<ul style="list-style-type: none"> - Ekstraktion → aftagelig protese → befrielse og lindring af smerte, ubehag, halitose og dårlig æstetik. Hurtigste, simpleste og billigste måde at restaurere manglende tænder på. 	<ul style="list-style-type: none"> - Opfylder æstetisk behov - Opfylder mastikatorisk behov - Bruges også som diagnostisk protese for at vurdere om patienten kan adaptere til protese, holde den ren. 	<ul style="list-style-type: none"> - Undgåelse af social og funktionel handicap. - Vedligeholdelse af uændrede facil muskulær støtte og ansigtshøjde - Nemmere adaptation til protesen grundet uændret anatomisk og fysiologisk situation - Nemmere klinisk procedure, da man kender den eksisterende tands position, form, farve, buform og horisontale samt vertikale dimensioner også kendes. - Protesen dækker ekstraktionsalveolen og post-operativ smerte kan måske undgås. - Protese tilvænning fremmes - Ofte mulighed for at bevare acceptabel SP
Ulemper	<p>For bærere af aftagelige proteser, og især dem der bærer RCDP resulterer de forøgede funktionelle krav generelt i hypertrofi af de orale muskler + tungen ændrer form og bliver kortere og bredere.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuerlig knogleresorption, dog ikke ligeså meget som ved helproteseb brug • Den resorberede knogle kan erstattes af fibrøst displacerbart væv (Flabby ridge – Crista flaccida, fronten i OK) → problemer mht. tygningsevne, retention og 	<ul style="list-style-type: none"> - Påvirkning af smagssans - Ubegag - Smerte - Mucosale læsioner - Knogleresorptioner - Forandringer i oral muskulatur 	<ul style="list-style-type: none"> - Manglende mulighed for at prøve protesen før - Problemer med at få et præcist aftryk. - Flere post insertion aftaler/kontroller for at korrigere reduceret retention grundet sårheling og knogleresorption.

		<p>stabilitet af protesen, og udfordrende aftrykstagning og intermaxillær registrering.</p> <p>- Bakteriekolonisering -> candidose -> findes typisk i kombi med angulær cheilitis og glossitis (mikroorganismer fra protesen spredt sig på andre mukosale sites)</p> <p>Stomatitis</p> <p>- Type I: lokaliseret, simpel inflammation med erytem, diffus rødme. Skyldes traume fra protesen.</p> <p>- Type II: generaliseret, simpel inflammation med diffus erytem, ødem. Glat og atrofisk mucosa. Skyldes dårlig mundhygiejne.</p> <p>- Type III: Inflammatorisk papillær hyperplasi af ganen. Hyperæmi af mucosa med nodulær udseende. Skyldes traume, dårlig mundhygiejne og infektion. Tre typer - nodulær, diffus papillær, mosagtig form.</p>	<p>- Påvirkning af tale</p> <p>- Resorption af knogle -> rebasering.</p>	<p>- Opfylder ikke æstetiske krav hos pt. pga. manglende tandopstilling</p>
	<p>- Ubehag</p> <p>- Smerte</p> <p>- Mucosale læsioner</p> <p>- Knogleresorptioner</p> <p>- Forandringer i oral muskulatur</p> <p>- Påvirkning af tale</p>			
	OK helprotese reducerer smags- og lugtesansen -> mere sukker indtag	Tygning af hård, fibrøs eller klistret/klæbrig mad bliver vanskeligt eller umuligt.		
	<p>Protesebærer:</p> <p>- Tygger længere</p> <p>- Spiser langsommere</p> <p>- Skære noget mad i stykker (f.eks. æbler og gulerødder).</p>	Brug af aftagelig protese kan være et alvorligt handicap for nogle patienter - alvorlig social og psykosocial byrde -> påvirke livskvalitet		
	Knogleresorption kontinuerligt	Kræver adaptation at bruge aftagelig protese.		
		<p>Protoser er sjældent helt stabile -> mad kan sætte sig mellem protesen og støttevæv -> traumatisere mucosa.</p> <p>- Patologiske reaktioner af mucosa -> tryksår og hyperplastiske reaktioner</p>		
		Nye protesebærere kan klage over smagstab - forbigående!		
		Efter indsættelse af en ny aftagelig protese -> udtalen af nogle talelyde vil være forskellig fra hvad patienten er vant til.		
Kontraindikation	<p>Knogle fremspring (såsom tori) eller skarpe kanter i alveolarknogle, især når de er dækket af en tynd mucosa -> protese forceret i sådanne områder under funktion -> smertefuldt traume.</p> <p>Rheumatiske sygdomme, Parkinsons, slagtilfælde og andre motoriske sygdomme kan give problemer med muskulær retention af aftagelig protetisk og problemer med at bevare god mundhygiejne</p>	<p>Knogle fremspring (såsom tori) eller skarpe kanter i alveolarknogle, især når de er dækket af en tynd mucosa -> protese forceret i sådanne områder under funktion -> smertefuldt traume.</p> <p>Rheumatiske sygdomme, Parkinsons, slagtilfælde og andre motoriske sygdomme kan give problemer med muskulær retention af aftagelig protetisk og problemer med at bevare god mundhygiejne.</p>		<p>- Patienter med dårlig generel sundhed</p> <p>- Kirurgisk behandling er usikker -> vente på heling.</p> <p>- Fremstilling af immediat helprotese til UK, hvis der stadig er naturlige antagonist i OK ® stor belastning af proteseunderlaget ® risiko for postoperative gener</p> <p>- Fremstilling af immediat helprotese til OK, hvis kun UK-fronten står tilbage og der ikke fremstilles partiel protese i UK ® tyggetrykket overføres direkte til ekstraktionsområdet ® risiko for postoperative gener</p>
Konstruktion	For høje vertikale dimensioner kan give - dårlig komfort, displaceres	For høje vertikale dimensioner kan give - dårlig komfort, displaceres nemt, for		

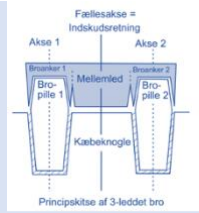
	nemt, for hyppige okklusal kontakt mellem protesetænderne. For lav okklusal vertikal dimension -> forkeret ansigtsudtryk	hyppige okklusal kontakt mellem protesetænderne.	
Prognose	Okklusalstabilitet Knogleremodellering Oralt ubehag Ernæring Livsskvalitet Patient tilfredshed Dårlig teknik Mucosale skader (allergi, stomatitis, hyperplasi, BMS) TMD	<ul style="list-style-type: none"> • Okklusalstabilitet • Knogleremodellering • Oralt ubehag • Ernæring • Livsskvalitet • Patient tilfredshed • Dårlig teknik • Caries og PA • Mucosale skader (allergi, stomatitis, hyperplasi, BMS) • TMD 	
Andre vigtige ting	Hyposalivation -> dårligere proteseretention, infektion og ømhed i slimhinder, synkebesvær -> påvirker fødeindtag og ernæring	Retention - fysisk og muskulær	

	BRO (FDP)	Ekstensjonsbro	Ætsbro cementeret med plastcement på ætsede emaljeoverflader og med ætsede Cr-Co kroner	Implantat retineret enkelte kroner	Implantat retineret FDP
Indikationer	<ul style="list-style-type: none"> - Funktionelt behov • Mastikation (forbedre tyggefunktion) • Okklusal afstøtning og tandvandring • Dental-arch stabilitet - Psyko-sociale forhold (livskvalitet og sundhed) - Æstetisk behov (patientens perception) - Fonetisk behov (forbedre talen) 	<p>Cantilevers</p>  <p>Ekstensjonsbroer forudsætter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gunstige belastningsforhold • Gode retentions- og stabilitetsforhold • Kraftig dimensionering af bro • Reduceret okklusallade på ekstensionsled • Intererensfri okklusion og artikulation <p>Mesiale ekstensioner i et "velfungerende tandsæt" f.eks. erstatning af 2+ kræver normalt kun en parodontalt sund og vital bropille. Distale ekstensioner i molar eller præmolarregionen kræver normalt 2 eller flere vitale bropiller til understøttelse af broen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kan bruges i front og sideregioner. - Tandmangel (1-2) i anteriore områder (I/P) - Lange kroner på bropiller - Stabile bropiller - Gunstige belastningsforhold - Ikke translucente bropiller 	<ul style="list-style-type: none"> - Intakte eller næsten intakte nabotænder - Hvis nabotænder anvendes til andre konstruktioner f.eks. en bro - Insufficente bropiller (nabotænder) eller hvis de har dårlig prognose - Æstetik - Psykosocial - Unge pt. 	- Erstatning af flere naturlige tænder
Kontraindikation	Ved keramiske broer: - Korte kliniske kroner - Mobile bropiller - Parafunktion (f.eks. bruxisme) - Store belastninger - Store broer (bør typisk være 3-ledet)	Krav: - Gunstige belastningsforhold - Gode retentions- og stabilitetsforhold - Kraftig dimensionering af bro - Reduceret okklusallade på ekstensionsled - Intererensfri okklusion og artikulation	<ul style="list-style-type: none"> - Korte kliniske kroner med ringe mængde emalje, især abraderede tænder - Mobile tænder - Ortoforhandlede tænder, før den endelige stabilitet er opnået - Store broer. - Parafunktioner (f.eks. bruxisme) - Bropille med stort substansstab 	<ul style="list-style-type: none"> • Osteoporose (høj dosis i.v. biphosphonat eks. pami- dronat og zoledronat eller BF-tabletbehandling over fem år) <ul style="list-style-type: none"> - induceret af menopause, glukokortikoider, prednisolon, antiepileptisk medicin, antidepressiva, antidiabetika, diuretika, mavesårsmedicin og vanligt anvendt smertestillende medicin. - Osteoporose er i sig selv ikke en kontraindikation - Bisfosfonat: hæmmer osteoklaster, påvirker osteoblaster, antiangiogenetisk effekt. 	

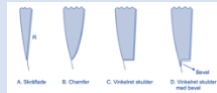
				<ul style="list-style-type: none"> • Antitrombotisk behandling, hvor INR-værdien og risikoen for blødning er høj (skal seponeres!) <ul style="list-style-type: none"> - øgede risiko for blødning under og efter implantatindsættelse - Hvis der skal foretages større knogletransplantationer, oplukning af store slimhindeklapper, hvis der er risiko for præparation uden for knogleafgrænsningen, eller hvis INR-værdien er > 3,5, bør den antitrombotiske behandling og evt. seponering af denne planlægges i samråd med den behandlende læge. • Stråleterapi (kun hos specialister og informeres om øget risiko for komplikationer) <ul style="list-style-type: none"> - øget risiko for osteoradionekrose (ofte i mandiblen) - nedsat helingstendens - øget periimplantitis tendens - øget tab af implantat • Kemoterapi <ul style="list-style-type: none"> - Knoglemarvs- suppression medfører leukopeni og trombocytopeni, hvorfor patienten i behandlingsperioden er meget modtagelig for infektioner og vil have øget blødningstendens. - Behandling iværksættes først efter blodværdierne er normaliseret • Velkontrolleret diabetes kan godt behandles (dog øget risiko for periimplantitis) <ul style="list-style-type: none"> - anvende klorhexidinskyllinger postoperativt og at anvende profylaktisk antibiotisk behandling i forbindelse med implantatindsættelsen • Crohns sygdom <ul style="list-style-type: none"> - Dårlig osseintegration • Sjögren <ul style="list-style-type: none"> - flere mistede implantater 	
<p>Fordele</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Tandsubstansbevarende - Æstetiske, fordi naturlige facialflader kan bevares - Cr-Co-metallet er stift og kan derfor være meget tyndt - Billige <p>Som provisorisk løsning:</p>		

			<ul style="list-style-type: none"> - Behagelige for patienten - Fastsiddende - Kan demonteres og monteres adskillige gange - God æstetik mulig - Æstetisk "guidance" for den endelige restaurering - Lang-tids anvendelig - Ikke bevægelig, hvilket betyder at den ikke påvirker blødtvævs og hårdtvævshealingen 		
Ulemper	- Risiko for devitalisering		<ul style="list-style-type: none"> - løsning og dermed risiko for karies - synligt metal på lingualflader og evt. på dele af okklusallflader - det grålige metal kan skinne igennem tynde incisiver Som provisorisk løsning: - Mere tidskrævende at montere og demontere ætsbroen - Ved indprøvning af f. eks. implantatunderstøttede kroner er det vanskeligt at få indprøvet kronen på laboratoriet - kræver normalt at tdl. demontere ætsbroen og påsætter provisorisk krone før indprøvning - Nabotænder skal syrebehandles for "bonding" og evt. beslibes let. - Slibning kan være nødvendig for at skabe plade - Kan være vanskelig at fjerne - Kan være vanskelig at placere - Vanskeligt at få plads specielt ved tæt og dybt bid - Kan give gråt gennemskin - Ikke for mange pontic (max. 2) 		
Konstruktion	<p>Keramiske broer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Korte kliniske kroner - Mobile broer - Parafunktion (f.eks. bruksisme) - Store belastninger - Store broer (bør typisk være 3-ledet) 		<p>Rochettebroen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metalbro, som cementeres til ætsede, ikke præparerede emaljeoverflader - Cementen retinerer til metallet med små perforationer, som er større på oralsiden end på emaljesiden - <i>Provisorisk behandling</i> - Ikke overfladebehandlet - Retentionen beror på, at plastcemenen udfylder hullerne og bindes til den ætsede emaljeoverflade på bropillerne. - Ingen tandpræparation, kun let belibning - Ikke "maximalt ekstenderet" <p>Marylandbroen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingen perforation - <i>Permanent behandling</i> Overfladebehandlet - Syreætset f.eks. 18 % HCl - Sandblæst og syreætset - Sandblæst og coatet 		

Præparation



- Konvergens 15-20°

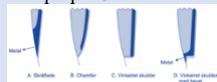


A: Skråfladepræparation. Tynde kanter, som ikke kan udføres i porcelæn, hvorfor metal anvendes.

B: Chamferpræparation dvs. afrundet skulder f. eks. med en vinkel i tandsubstans på ca. 120°. Både porcelæn og metal (eller begge som ved metalkeramik) kan anvendes.

C: Vinkelret skulder. Både porcelæn og metal som under B.

D: Vinkelret skulder med bevel dvs. en lille skråfacit med hældning som den aksiale væg. Denne bevel kan reducere tykkelsen af cementfilmen i tilfælde, hvor restaureringen er lidt for lille og derfor ikke kan komme helt på plads.



A: Relativt bred metalkant. Vælges på mindre synlige steder. Minimum af tandsubstans fjernes. Præcisionen er ofte bedre end ved vinkelret skulder og chamfer.

B: Chamfer med skulderporcelæn. God kosmetik, men mere

- Fortinnet
- Sukkerkrystalmetoden
- Præparationselementer
- Furer, kasser, "pins"
- "Maximalt ekstenderet"

Incisiver og hjørnetænder:

indskudsretningen vælges parallelt med facialfaldernes incisale 2/3.

- ubetydelig beslibning af hele overfladen emalje (lingual)
- Knifeedge
- Gå ikke igennem kontaktpunkterne til nabotænderne → slib åbent sv. t. kontaktpunkterne med en stålstrip, men kun så lidt, at der netop kan tages et aftryk
- lav en udslibning i tuberculumområdet, som hælder således, at kronen ikke kan glide på præparationen (i dentin)
- to til tre parallelle furer gennem emaljen

Kindtænder:

- Indlægspræp med eller uden vingemløb
- lav udslibninger mesialt og distalt på okklusallfladen (som ligner støttelejer til en partiel protese)



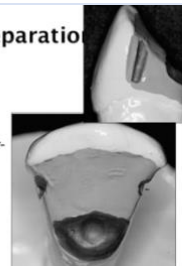
Præparation af bropiller til Marylandbroer i fronten

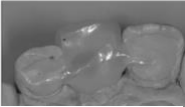
- Afslibning af emalje (½ mm) svarende til bropillens linguale afgrænsning
 - Supragingival ½ - 1 mm (ved korte kliniske kroner dog ½ mm subgingival)
 - Incisalt 2 mm fra kanten (ved korte kliniske kroner eller dårlig retention ekstenderes mere)
 - Approximalt 180 grader "wrap around"
 - Gå ikke igennem kontaktpunkterne - anvend stålstrip
- 2 proximale furer
- Ved tuberculum en hylde med en kugleformet fordybning

Lingual præparatio

Hjørnetænder

- Let beslibning af hele lingualfladens emalje
- "Knife-edge" præp.
- Horizontal præp i tuberculumområdet
- Vertikal præp af 2-3 parallelle furer



	<p>tandsubstans fjernes end ved skråladepræparation.</p> <p>C: Vinkelret skulder med skulderporcelæn: som under B.</p> <p>D: Metalkanten svarende til den udførte bevel er kosmetisk uheldig, men præcisionen er ofte bedre end ved vinkelret skulder og chamfer.</p> <p>- SE MK-TABEL (Tandfarvede kroner)</p>		<p>Præparation til ætsbroer i kindtandsregionen</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ "Wrap around" design med okklusale udslibninger eller ☐ Indlægspræparationer med konvergerende sider <ul style="list-style-type: none"> ▪ Approximale kasser med bevel eller ▪ Skivepræparation ☐ Materialetykkelse <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guld > 1mm ▪ Krom-kobolt > ½ mm 		
<p>Prognose</p>	<p>94% 5år 89% 10år</p>	<p>91% 5år 80% 10år</p>	<p>91% 5år 83% 10år</p>	<p>94% 5år 89% 10år</p>	<p>97% 5år 80% 10år</p>
<p>Andre vigtige ting</p>	<p>- Som hovedregel gælder for tænder med sunde parodontier, at to bropiller kan "bære" to pontics af tilsvarende størrelse, eller at "det parodontale areal af bropillerne skal svare til det parodontale areal af de tænder, der skal erstattes".</p> <p>Ved fastsiddende bropiller med sunde parodontale forhold og højst 15-20 % reduktion af knogleniveauet går man imidlertid ofte langt ud over disse grænser, forudsat at belastningen hovedsagelig kan rettes aksialt.</p>		<p>- Ætsbroer skal fremstilles i Cr-Co.</p> <p>- Have pontic i porcelæn</p> <p>- præparation af ankertænder med furer, kasser etc. er nødvendige</p> <p>- Cr-Co skal ætzes med saltsyre (18% HCl), så der opstår en krystallinsk inderflade på broen</p> <p>- Ætsning på laboratorie:</p> <p>Den elektrolytiske ætsning sker i ca. 10 min. med et amperetal, som afhænger af størrelsen af de flader, som skal ætzes</p> <p>- Den ætsede flade må ikke børes eller kontamineres med saliva.</p> <p>- Efter indprøvning af bisquitbrændt porcelæn -> Porcelæn blankbrændes og stel ætzes på laboratoriet og må derefter ikke komme i kontakt med saliva, blod og handsker.</p> <p>- Cementeres med kemisk hærdende plastcement</p> <p>Fiberforstærkede ætsbroer</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Fiberforstærkning <ul style="list-style-type: none"> ▪ Silaniserede E-glas fibre <ul style="list-style-type: none"> • Stick-Tech™ • Ever-Stick™ ▪ Polyethylen fibre ▪ Aramid fibre ▪ Carbon fibre ☐ Pontic i plast  <p>Andre overfladebehandlinger</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sandblæsning (med aluminium-oxid partikler) ☐ Silicoating - sandblæsning, hvorefter silikat påføres med varmebehandling efterfulgt af silanisering ☐ Rocatec-systemet/Co-jet systemet: sandblæsning med partikler coated med silikat. ☐ Sukkerkrystalmetoden ☐ Mesh-metoden ☐ Fortinning, hvor et tyndt lag tinkrystaller udfældes på metaloverfladen. 		

Fast vs. Aftagelig protetik

Traditionel fast protetik har følgende ulemper:

- o Som en omkredsende præparation med mere eller mindre standardiseret design principper, vil reduktionen af tandsubstans være større sammenlignet med bonded koncept.
- o Tandreduktionen vil resultere i en svækkelse af tilbageværende tand og i forøget risiko for pulpainvolvering under præparationen eller som et progredierende tab af pulpavitalitet.
- o Ofte er gingival eller subgingival placering af præparationsgrænsen nødvendig.
- o Nogle gange vil der være et sub-optimalt resultat pga. Vanskeligheder i gengivelse af den originale tandanatomi, men også pga. Tilstedeværelse af en ikke lys-penetrerende sub-struktur og brugen af opak permanent cementeringsmaterialer.
- Fordele ved traditionel fuld-krone:
 - o Stærkeste restaurering – grundet “closed ring-form”
 - o det vil være den valgte krone, når der planlægges en betydelig genopbygning af tanden
 - o Det vil have en universel anvendelse, både som restaurering af en enkelt krone og som abutmentkrone i fast tandprotese, hvad enten det er tandunderstøttet eller fikstur-støttet
 - o det vil være den mest passende krone-restaurering i kombination med aftagelig partiel protese (RDP)
 - o En traditionel cementeringsteknik vil være den nuværende standard. En valgfri vil være adhæsivteknikken.
- Ved belastning på en distal ekstension vil restaureringen blive eksponeret for en roteringskræft, der har en tilbøjelighed til at løsne restaureringen fra dets abutment præparation.

	Remov-able	Fixed	Comment
Initial cost	+		The construction of fixed prosthesis is time consuming and requires great precision
Easiness of construction	+		The construction of a removable prosthesis is simpler than that of a fixed prosthesis
Easiness of repair and extension at a later date	+		An RPDP is to a large extent constructed of polymeric materials and, therefore, more easily repaired or extended
Tooth preparation	+		Construction of an RPDP normally does not involve much preparation of teeth. Consequently, preparation trauma to the pulp is less
Plaque accumulation and progression of caries		+	Patients with an RPDP will often have more plaque and a more cariogenic microbial flora. Especially, but not solely, tooth surfaces in contact with the prosthesis have a higher risk of developing caries.
Progression of marginal periodontitis		(+)	No difference in patients recalled regularly
Increased mobility of teeth at start of treatment		+	Splinting effect of a fixed dental prosthesis
Severe lack of bone	+		Replacement of the lacking tissue with fixed dental prosthesis may either make cleaning difficult or result in unsatisfactory aesthetics or speech problems.
Biomechanics – possibilities	+		Number and position of teeth can make the prognosis for a fixed prosthesis poor. An RPDP can be constructed for most situations.
Biomechanics – function		+	Firm sensation with a fixed dental prosthesis
Mandibular support		+	Free-end saddles do not offer increased support for the mandible
Soft tissue damage		+	A fixed dental prosthesis requires no support from the mucosa and may not even be in contact with it
Acceptance of treatment and oral comfort		+	Most often. A fixed dental prosthesis normally only occupies the same space as the natural teeth it replaces. A firm sensation with a fixed dental prosthesis
Cosmetics		(+)	Fixed dental prostheses have no embrassures or saddles, but on the other hand artificial veneers
Hypo salivation		+	A vulnerable mucosa is not suitable to support an RPDP

Table 8.1. Removable partial dental prostheses (tooth supported) versus fixed dental prostheses. + Indicates that the treatment is advantageous in this aspect. (+) Indicates only a small advantage of the treatment in this aspect.

- Typisk vælges RPDP i stedet for fast apparatur grundet:
 - Økonomiske omstændigheder (polymer materialer)
 - Biomekaniske muligheder
 - Nemmere at reparere og billigere at reparere
 - Ved senere tab af tænder, er disse nemmere at erstatte i RPDP (udvides).
 - Ofte kan proteser anvendes i situationer hvor fast protetik ikke er en mulighed.
- Fordele ved fast protetik:

- Optager den samme plads som den naturlige tand, den erstatter --> er behageligere og hurtigere tilvænning
- Den kan ikke flyttes med tungen.
- Højere tilfredshed end ved RPDP
- Patienter med RPDP har mere cariogen mikrobiel flora og mere plak end patienter med fast protetik eller patienter uden proteser --> ikke nødvendigvis øget caries aktivitet, men der er øget cariesrisiko. De tænder hvor protesen sidder har dog øget risiko for at få caries.
- Pt'er med hyposalivation --> ømhed i oral mucosa.

- Kapitel 8