# OD-erindringer 2020

Jeg var oppe hos Merete Markvart og Anders Nissen i går - de var super søde og jokende, alt godt. Ca. 50/50 fordeling af egen og ukendt case.

Egen case: TA/REHAB

Ukendt case: TA/KIR

Umiddelbart den samme ukendte case som Tobias og Afsha: 72-årig mand. Henvender sig af mastikatoriske og æstetiske årsager. Sund og rask, men tager pamol for slidgigt i ryggen efter behov. Vil helst have en fast løsning, men en aftagelig kan gå an (ikke umiddelbart store muligheder for at lave faste løsninger, så det gav sig selv). 10-20 cigaretter + 5 genstande dagligt. Klinisk hævelse lingualt for -6 med pusflåd, masser af plak og calculus, løsninger samt nedcarierede tænder. Radiologisk stort knoglesvind, mange radices og furkaturinvolveringer.

Spørgsmålene lød noget ala:

* Præsentér kort patienten og angiv de væsentligste odontologiske problemer og diagnoser
* Gør rede for de kirurgiske overvejelser omkring fjernelse af radices og visdomstænder
* Gør rede for patientens cariologiske behandlingsbehov
* Diskutér risici og prognose for behandlingerne

Det endte egentlig med at handle lidt mere om PA end om TA. Vi kom bl.a. omkring:

* Rapida vs. lenta og lidt hygiejnefase
* Sinusperforation, herunder primær heling og antibiotika
* Visdomstænder og behovet for fjernelse, herunder risici som alder, rygning, lejring i forhold til kanal og lign. (men på ingen måde i detaljen) samt risiko ved fjernelse af en dybt lejret 8’er: Risiko for fraktur og hvorvidt den er størst peroperativt eller postoperativt. Apparently lige stor ifølge Anders.
* Årsager til løsninger i fronten, herunder stort posteriort tandtab og deraf traumatisk okklusion kombineret med PA.
* Mulige årsager til det store tandtab (PA, TA, evt. traume i front som barn), og hvad jeg mente var mest sandsynligt.
* Risikoen ved at tage mere end den anbefalede dosis af pamol
* Hævelsen lingualt -6: Spørgsmål omkring hvilken tand det kunne stamme fra i regionen (-5,6,7).
* Endo-paro relation: Hvordan jeg ville afgøre om det var det relateret til det ene eller andet.

Ukendt case: PA/KIR (vist nok en genganger) hos Anne Havemose og Simon Storgaard.

Pt. er en 72 årig mand. Samtalen handlede om diagnostik af tænder med forskellig grad af parodontal destruktion samt behandlingsmuligheder. Rent kirurgisk kom vi ind på fjernelse af radices og komplikationer i forbindelse med dette (sinus, n. alveolaris inf.). Der var to retinerede underkæbevisdomstænder, så vi kom ind på relationen til kanalen og hvordan man kan vurdere, om de kan og skal fjernes eller ej.

Jeg var oppe hos Klaus Gotfredsen og Daniel Belstrøm. Ukendt case: rehab/PA med den 72-årige mand - de er åbenbart ikke så kreative med deres cases.

Vi brugte over 45 minutter på den ukendte case. De spurgte bl.a. ind til betinget/ubetinget ex, radikal/konservativ behandling, nøgletænder, proteseforslag med den ene eller anden type behandling. Sikkert en masse andet, men det kan jeg ikke huske

TA og KIR hos Anders Nissen og Kim

Den behageligste eksamen ever.

Ukendt case var en 78-årig mand med flere nedcarierede tænder. Skulle lægge en plan ift radices og den cariologiske tilstand.

Jeg stillede overordnet diagnoser og nåede ikke at gennemgå alle enkelttandsdiagnoser.

Alle tre var smilende og jokede flere gange undervejs.

Vi kom ind på

- Rapida vs lenta

- Sinusperforation

- Fluorids virkning

- 8-8 relation til canalis mandibularis

- Furkaturinvolveringer

- Prognosevurdering af tænder

- Stubforlængelse

- Immediatprotese

Jeg kom ind til Marete Markvart og Ole Wium med fagområderne ENDO/REHAB. Censor super sød og starter jokende ud med at sige, der er corona på alt, hvad han rør ved, og det får både Marete og Ole til at bryde sammen af grin. Generelt en rigtig let stemning og god oplevelse!

Ukendt case og egen case var 50/50% af tiden.

Min ukendte case mindede om min egen, var en 81 årig kvinde, massere af plak, problemer med tabte fyldninger og caries. Har brug for noget at tygge med i sidderne. Føler sig mundtør og tager medicin mod forhøjet blodtryk og hjertemagnyl. Tandsættet bestod af multiple radices, insufficiente rodfyldninger og persisterende apikale opklaringer. Frakturede broer i UK og en 6- hvor kun den distale rodkanal var fyldt.

Vi kom ind på alle ENDO diagnoser, ubetinget/betinget ex, kriterier for rodfyldningskvalitet, diagnostisk ekskavering, prognoser for tænderne generelt.

Ift rehab kom vi ind på forskellige muligheder for erstatning af tandtab med diskussion om fordele/ulemper herunder implantater, broer, stifter og proteser. Der blev spurgt ind til sinusløft herunder den direkte og indirekte teknik.

Ift min egen case blev ekstensionsled diskuteret, hvor mange led ved distal ekstension og hvilke forholdsregler skal man tage(belastning, udformning af broen). Alternative muligheder ved vertikal pladsmangel ved broer i fronten(bidhævning, præparation og bro placeres mere anteriort men pas på læbefang). Ift ENDO så gradvis ekskavering, om man må kanalbehandle hvis caries er i rodkanal (nej), lidt om cariesaktivitet og hvornår man bør seponere duraphat tandpasta. Vi kom også kort ind på PA og prognoser da nogle tænder havde pocher på 8mm.

TA og Rehab hos Klaus G og Azzam.

Ukendt case TA, Rehab og Kof(Det eneste jeg behøvede at nævne var en diagnose og evt. Behandling)

Vi kom ind på

-interaktioner på pt.s medicin

- forskellige metoder for tygge registrering

- medicin og hyposalivation og normal værdier

-proteser og retention

-støbt opbygning splitcore og stubforlængelse

- rod caries inaktiv/aktiv

- erosioner inaktiv/aktiv

- OP hvordan sikre man begge kondyler kan ses tydeligt

- vurdering af caries risiko ud fra cariogram, klinisk billede, og historik (Azzam) havde tjekket pt helt tilbage til 2006

- hvornår vælger man operativ behandling af de tilstedeværende caries angreb og prioritering

- bidhævning ved hjælp af protese

Jeg var oppe hos Ole Vium og Kim Ekstrand - så det kunne jo ikke være bedre (dreamteam🥰). TA/REHAB. Mega sød, smilende (og passiv - sagde ikke andet, end når der blev joket derinde) censor, ung mand i 40’erne (vigtig detalje, eller noget...)

50/50 ukendt case/egen case (de holdte øje med tiden, altså ift at der skulle være 30min til hver)

Ukendt case - mindede på mange punkter om min egen - som fra tidligere erindringer med en klinikassistent på 40 år, nu førtidspensionist, kæbeledsproblemer (det ville de ikke høre så meget om) arthralgia.

Masser præparater (maniodepressiv, angst, astma) snakkede om dem.

De spurgte ind til lidt af det hele, intern blegning, alt om revision (orto- og retrograd), kvalitetsvurdering af rodfyldning, unitor, ekstensionsbro, konventionel bro. Krone. Keramiske materialer vs MK. Duraphat tandpasta. Mundtørhed. Sialometri. Dyb caries og ekstrem dyb. Succesiv. Seal. Erosioner. Attrtion. Belastet bid. Aflastning med protese af kæbeledsoroblemer grundet meget begrænset tandsæt.

Husker ikke så meget mere.

PA/ENDO hos Christian Damgaard og Merete Markvart.

Ukendt case: 55-årig mand med en bro i OK front og en bro i højre side UK. Pt. henvender sig grundet et mastikatorisk behov, men fokus ligger ikke (!!) her, men på det endodontiske og parodontologiske. Jeg mente at der var tale om en lenta diagnose og at knogletabet og de manglende tænder skyldtes traume/overfald samt traumatisk okklusion i fronten og deraf løsning, men Christian var uenig.

50 min på ukendt case, knap 5 min på egen.

Jeg bliver blandt andet spurgt ind til:

- SDA

- Storryger (10 cigaretter dagligt)

- Hvordan man undgår fraktur af tand (overdække cuspides)

- Hvad består pus af (mikroorganismer og PMN blandt andet)

- Hvornår man udfører en retrograd revison

- Retraktioner og ætiologi

- Hvordan ser cancer ud klinisk og radiologisk (ift. egen case og benign knogletumor)

- Exostoser generelt og lokalisation (de mente ikke at der findes exostoser i ganen, men kun facialt i OK og self tori mandibulae)

- fiksering, materialer, hvornår man fikserer

Min egen case: TA/REHAB

Ukendt case: ENDO/REHAB (tror vi brugte det meste af tiden på den ukendte og vi nåede ikke til det sidste spørgsmål ang. prognoser).

Hos Merete markvart og Klaus Gotfredsen. Meget søde, smilende og behagelige.

Forberedelsen: synes man havde fin med tid. Hverken for lidt eller for meget. Husk at man kan søge på “odontologisk medicinvejledning” på pro.medicin. Den var jeg glad for! Man får casen både på computer og udprintet. Man må gerne strege ud og skrive på den udprintede version.

Min ukendte case var den samme som Tinas: En 81 årig kvinde, plak, problemer med tabte fyldninger og caries. Har brug for noget at tygge med i sidderne. Vil se pænere ud. Føler sig mundtør og tager medicin mod forhøjet blodtryk (angiotensin-II-receptorantagonist som åbenbart kan give mundtørhed. Det stod ikke på pro.medicin, men de tog det ikke så tungt at jeg ikke vidste det), hjertemagnyl og Folimet. Tandsættet bestod af multiple radices, insufficiente rodfyldninger, persisterende apikale opklaringer og broer i UK. Aktinisk elastose. Ønskede ikke aftageligt. Ingen økonomisk begrænsning.

Blev spurgt ind til:

- endo gennem krone/bro

- implantat i regio -7 (obs på fovea submandibularis)

- opklaringer er svære at se i UK grundet mere “kompakt” knogle.

- enkelttandsdiagnoser

- fronten: hvordan gør vi den pænere? Evt plast. måske facader. Men start med at sige plast og evt pudse de eksisterende fyldninger.

- sekvens i behandlingen

- Shorten dental arch.

- fissureret tunge + xerostomi —> sialometri ville være godt

- formålet med gradvis ekskavering.

- aktinisk elastose

- 8+ ikke frembrudt. Vil du gøre noget ved den?

- MK-kroner: hvilke keramikker er det? Han ville have at man skulle sige: opak keramik som dækker metallet og så feldspat yderst —> kronen syner meget opak fordi den opake keramik skinner gennem.

Gode råd:

- Spørg dem hvis I ikke er helt med på spørgsmålet.

- Det er okay at tænke sig om inden man svarer.

- Husk at se det større perspektiv fx: jeg gav en caries profunda på 4+. Og ville lave gradvis. Men som vi talte om, så var der ikke meget tand tilbage, så derfor skulle man bare lave en pulpektomi, så man kunne sætte stift i.

Ukendt case: PA, KIR

Min ukendte case lyder som samme patient som Afsha, dog nu med PA fokus i stedet for TA.

72-årig mand, sund og rask, pamol efter behov mod slidgigt i ryggen. Ønske om bedre tyggefunktion, samt generet æstetisk og dårlig udtale af ord pga tandmangel UK front. Ønsker helst fast protetik, men aftagelig kan gå.

Pt. har flere radices spredt i hele mundhulen, tænder med furkaturinvolvering og vertikale defekter. Traumatisk okklusion i fronten.

Jeg skulle redegøre for kirurgiske overvejelser for fjernelse af radices og visdomstænder (tæt relation til canalis mandibularis og sinus maxillaris)

Jeg blev også spurgt til sinusperforation og hvordan man håndtere dette.

I forhold til PA skulle jeg redegøre for parodontologisk behandlingsbehov. Her talte rapida diagnose, behandling heraf i form af ubetingede/betingede extraktioner, samt efterfølgende behandling.

Undervejs talte vi om risici ved behandlingerne og prognose for disse.

Min egen case var jeg på forhånd meget usikker omkring, da jeg gerne ville have gjort flere ting anderledes. Først forklarede jeg hvorfor jeg havde lavet den udførte behandling og derefter diskuterede jeg hvilke dele jeg ville ændre.

Johanne var slet ikke så uenig i min udførte behandling, hvilket overraskede mig.

Til sidst sad vi nærmest og kiggede lidt på hinanden, da Anders og Johanne skulle finde flere spørgsmål for at få tiden til at gå...

Alt i alt en rigtig god oplevelse. Den ukendte case er en fornøjelse og I kan lege med al jeres viden. Den kendte case er vi alle blevet klogere omkring, stå ved jeres fejl og fortæl at I er blevet klogere og hvad i ville have gjort anderledes i dag.

Som Anders afslutningsvis sagde: "Hvis vi ikke fejler og lærer af det, udvikler vi os ikke."

Tror jeg brugte ca. 50/50.

Jeg var oppe hos Daniel Belstrøm og Mondana

Jeg bliver spurgt ind til følgende i den ukendte case:

Rapida vs. lenta

Pt. havde en lingual abscess/hævelse ud fra -6, og jeg blev spurgt ind til hvilken tand, jeg mente gav anledning til hævelsen (både -5,6,7 havde det ikke særlig godt), og om jeg mente hævelsen var parodontalt eller endodontiskbetinget.

Om jeg ville give AB (pga. abscessen) og hvilke præparater hvis ja.

Ubetinget vs. betinget (mest ift. om tænderne kunne bære at blive brugt som bøjle/støttetænder i en protese).

Friende vs. indskudsprotese

Traumatisk okklusion (grund til løsningsgrad i fronten, da tænderne ikke havde særlig meget fæstetab)

Hvordan man via protesen kunne fiksere fronten som var løse af 1.grad (dentalbarre).

Jeg blev spurgt ind til følgende i min egen case:

Hjertemagnyl ift. ibuprofen

Hvilke faktorer ved min pt. som kunne give anledning til mundtørhed (hvilket han ikke var): medicin (polyfarmaci), alder, diabetes, rygning.

Lidt ift. akrylprotese

Elongering vs. ændring i kæberelationen pga. tandtab

En mulig årsag til fæstetabet i molarregionen (som var meget mere udtalt end i fronten og meget lav blødnings%) —> mange subgingivale restaureringer (kroner) på molarer, og måske tidligere dårlige fyldninger.

en 72-årig mand med multiple radices. Var oppe hos Belstrøm og Mondana.

Vi snakkede om:

- Årsagen til abscessen i VS UK og hvad man skulle gøre akut: exe -5 og -7 først og fremmest, da disse var meget dårlige.

- Indikation for AB ved abscesser: påvirket almentilstand (feber, hævelse, nedsat gabeevne, synkebesvær) eller risiko for spredning.

- Radikal vs. konservativ behandling (Belstrøm var glad for jeg var radikal og exede alle tænder pånær et par i fronten, til at bære proteserne)

- Implantater og kontraindikationer (I dette tilfælde: PA, rygning, alkoholforbrug og dårlig MH).

- Fjernelse af visdomstænder: jeg lod dem blive i UK, da de lå reaktionsløst sammenholdt med patientens høje alder. 8- lå i tæt relation til n. alv. inf (mørk skygge i området) hvorfor vi også snakkede om tegn, der indikerer at visdomstænder ligger tæt på kanalen. Argumenterede for at fjerne 8+ da den var en plaksamler og da man så kunne ekstendere kommende protese maksimalt.

- Udformning af proteser og prognoser for disse: de holder 5-8 år og omkring 35-50% adapterer sig aldrig til protese.

Min egen case: PA/Rehab

- Lidt om Maryland vs. rochette bro og prognoser. Prognosen for rochette er dårlig, da denne laves provisorisk.

- Status post som enkelttandsdiagnose. Belstrøm mener man skal være obs. når man bruger denne, da PA er en KRONISK, inflammatorisk sygdom. Jeg argumenterede for at status post er en tilstandsdiagnose, som siger noget om tilstanden i parodontiet nu og her. Man skal selvfølgelig ikke stoppe med at kontrollere en “stabil” PA-patient qua at sygdommen netop er kronisk

- Lidt om apikale resorptioner og hvordan man kan tjekke progression: røntgenbilleder (over tid) og vitalitetstest, FØR man laver permanent erstatning, i form af kroner eller broer.

Det var hvad jeg lige fandt relevant!

40 klinikassistent, kvinde med kæbeledsatrose, bruksisme, hovedpine, myoser og en masse caries og endo med ingen ringere end Merete Bakke og Lars Bjørndal.

En masse medicin der gav mundtørhed; havde overset bricanyl kan give hovedpine.

Disponerende faktorer til TMD og artrose som kvinde, manglende okklusal afstøbning (kun 1 molar tilbage i uk) og deraf overbelastning, bruksisme, stress (hun havde angst, var maniodep og sygemeldt med stress), og hypermobile led bl.a.

Sammenhænge mellem sublux., dislocatio og artrose.

Sammenhænge mellem myoser, hovedpine og kæbeled. Hun havde bl.a. forlænget tyggeaktivitet. (Havde jeg ikke så meget at sige til )

Krepitationer - tænk artrose.

RFS skinne kan sidde i uk hvis det er der pt. Mangler flest tænder og dermed afstøtte bedre end at placerer den i ok. Og hvornår jeg ville give den: svarede under forbehandlingen i hendes tilfælde grundet aflastning af muskler og kæber, men obs på MH ift caries og at den ville skulle justeres efter rehab. Det blev købt.

Ift Lars så bare en masse hygge vedr endo. En stor AP særlig regio 2+2 kan gennembryde faciale/palatinale knogle/ eller begge og derfor kan der ses fibrøs heling, på trods af at der ellers ikke ses fibrøs heling efter endo (kun ved revis).

Han satte en masse andre scenarier op end det man så og spurgte ind til hvad diagnosen i såfald ville være - så have styr på hans nyere CDC diagnose. Og ville gerne høre forskel på behandlingerne KA og PE. Så spurgte han ind til overkapninger på voksne, succ, oplukninger. Meget diagnose- og behandlingsorienteret.

Så ja det hele var meget klinisk!

Ukendt case: PA/KIR

Undervisere: Christian Damgaard og Simon Storgaard.

Simon startede med at spørge om jeg havde glædet mig og jeg svarede bare: jeg er nervøs og så tilbød Christian mig et glas vand og de satte en rigtig god stemning allerede fra start af! 

Den ukendte case handlede om en 43-årig mand som havde været ude for flere traumer som ung, herunder mandibelfrakturer (han havde flere titaniumsplader på mandiblen) og traume i OK front.

Henvendelsesårsag: bedre tyggefunktion (han havde kun 8 okkluderende tandpar) og bedre æstetik. Han ville kun have faste løsninger og ingen økonomiske begrænsninger.

Resttandsættet var: 6,3,2,1+1,2,3,4,5,7 og 8,5,4,3,2,1-1,2,3,4,7 (tror jeg nok)

Pt. havde god MH, men alligevel aktiv PA med stort fæstetab og pus/blødning og løsning i OK front.

2+2 var rodbehandlet med stiftopbygning, som var meget på afveje. 1+1 var avitale.

Kæbeled: knæk i begge sider ved lukkebevægelse.

Jeg skulle først redegøre for mine kirurgiske overvejelser og der snakkede vi om mulighed for implantater (der var meget lidt knogle i OK, så der skulle man lave sinusløft, men vi snakkede ikke så meget om indirekte/direkte teknik..) samt fjernelse af 8-. Vi snakkede lidt om at han nok havde haft en collumfraktur fordi anamnesen sagde at hans venstre kæbeled var dislokeret efter traumet. Der var affladet condyl i begge sider, hvilket kunne skyldes knæklydene. (Vi kom ikke yderligere ind på KOF)

Så begyndte vi at snakke om rehabilitering bro vs. implantater fordele og ulemper. Vi snakkede om at der skulle laves en lang bro som gik fra 6+ til +2 med 6+, 3+ og 1+1 som bropiller (2+2 var i så dårlig stand at de skulle ekstraheres, men de var ikke ubetingede ekstraktioner) i venstre side OK kunne man lave en bro fra +5 til +7 fremfor implantat så man undgår sinusløft osv. I UK foretrak jeg (og Simon) at lave 2 implantater i regio -5,6 stedet for en 4-leddet bro fordi -4 var helt intakt og -7 havde 2 furkaturinvovleringer (nedsætter prognosen) og der var desuden god højde på knoglen til implantat. Alt i alt handlede det om at oprette flere tyggekontakter til patienten og samtidig at opnå god æstetik (det ville man kunne gøre med den lange bro idet 1+1 var ringe æstetisk)

Så snakkede vi meget om hvorfor han havde PA (skyldes traumerne for mange år siden og defekterne omkring 2+2 kunne evt. skyldes stifterne som måske havde lavet en rodfraktur og givet PA med pus). Christian spurgte ind til meget PA fx hvad pus er og hvilke celler der især er årsag til pus (jeg svarede at pus er celledebris og fagocyterede bakterier og det er særligt PMN'er som frigiver deres lysozomale indhold) Hvad er en storryger (> 10 cigaretter) rapida vs. lenta diagnose.

Da der var 20 min. tilbage gik vi videre til min egen case.

I min egen case snakkede vi kun om PA og lidt KIR. jeg havde diagnosticeret min egen pt. med lenta, men vi kom frem til at det var en rapida diagnose (grundet hendes alder, 28 år) (Christian sagde: er patienten under 30 og har fæstetab = altid rapida, evt. med obs pro hvis man er i tvivl) Så spurgte han ind til hvornår jeg ville kontrollere patienten efter depuration og jeg svarede 3 mdr, men så spurgte han igen, og så kom jeg i tanke om at man jo skal kontrollere MH allerede efter 14 dage og hvis den så er god, så venter man 3 mdr indtil næste kontrol. Vi snakkede indikationer for PA-kirurgi og indikationer for AB-behandling og de to behandlingsplaner. Simon spurgte til sidst lidt ind til hendes 8'ere som jeg havde sat som betinget ex og han spurgte hvad de var betinget af (caries og PA-progression). Han spurgte om de var lette at fjerne (nej, fordi de var meget gracile apikalt)

Jeg føler vi snakkede om flere ting, men kan ikke huske det hele. De var begge vildt søde og det var en mega god og behagelig oplevelse!!! Efter jeg havde snakket i 5 min. var jeg slet ikke nervøs mere! Meget fair spørgsmål som var meget kliniske og ikke så teoretiske som jeg havde regnet med .

Jeg var oppe hos Esben og Lars Bjørndal

ADVARSEL: Det bliver lidt langt, så får I alle detaljer med og er godt forberedt, når I selv trækker den 

Den ukendte case var en 54-årig kvinde som henvendte sig af kosmetiske årsager samt for behandling af parodontitis og isninger i tænderne.

Hun tog kun NSAID for slidgigt - intet andet ellers.

På de kliniske fotos ses et "gennemrestaureret tandsæt" (Lars Bjørndal vil ikke have man siger velrestaureret) med masser af misfarvninger særligt OK front og mange SA fyldninger.

Patientens tandsæt:

7654321+123456(7)

87654321-123456(7)

Tænderne i parentes er trukket ud, men er med på OP, og der blev udspurgt ind til dem (Lars Bjørndal).

Patienten har fået rodbehandlet fra 5+ til +4, samt 5- og -7, så der blev snakket en del om endo.

Generelt knoglesvind på flere tænder over 1/3 af røddernes samlede længde, flere pocher på over 4-5 mm (nogle havde op til 9-10 mm), flere vertikale defekter, furkaturinvolveringer samt løsningsgrader på hmm mindst 6-7 tænder af 1. grad (5- havde løsning af 2. grad)

Jeg startede egentlig bare fra en ende af med den ukendte case, hvor jeg præsenterede de væsentligste odontologiske problemer og diagnoser (Caries dentalis, parodontitis (rapida obs pro) samt aestethica)

Jeg blev spurgt ind til:

* kvalitetsvurdering af rodfyldninger
* Hvorfor er overfyldning/overskud af GP ikke ønskværdigt?
* Hvad er problemet med underfyldning?
* Hvorfor får man en apikal opklaring, når tanden er rodfyldt?
* Hvilke tænder skal have en revis?
* Hvad er diagnosen (Lars udpegede nogle tænder)
* Hvorfor rapida obs pro?
* Hvordan vil du starte din behandling? Skal nogle tænder ekstraheres? (Jeg valgte at sige, at jeg nok ville ekstrahere 7+ og 8- skulle ud grundet dybe pocher og inkomplette FI)
* Prognoser

Min OD erindring hos Esben & Anne Havemose:

Egen case: TA/REHAB , Ukendt case: PA/Rehab/KIR -->50/50

Min ukendte case lyder som samme patient som Afsha, mest fokus på PA i stedet for TA.

72-årig mand, sund og rask, tager Pamol efter behov mod slidgigt i ryggen. Pt. ønske om bedre tyggefunktion, samt generet æstetisk og fonisk pga. tandmangel UK-front.

Pt. ønsker helst fast protetik, men aftagelig havde pt. ikke noget imod.

Flere radices spredt i hele mundhulen, tænder med intraossøse knogletab, furkaturinvolvering og vertikale defekter◊ Mange tænder med totalis diagnose. Traumatisk okklusion i fronten.

Jeg har brugt 2 min. at stillet hurtig de overordnede diagnoser og videre.

Jeg skulle redegøre for PA- behandlingsmuligheder. ◊ Blev spurgt om Rapida/ Lenta, hvilke kriterier adskiller de 2 fra hinanden både klinisk og radiologisk, AB- behandling, behandlingsplan 1&2. Anne gik meget op i poche målinger, supraalveolar/ interossøse defekter.

behandling heraf i form af ubetingede/betingede ex. og efterfølgende behandling.

Mht. ubetinget ex. var jeg radikal og fortalt, at jeg ville rydde op så godt som jeg kan og ville ex. så mange tænder, fordi jeg ville fremstille protese både i OK og UK og ville helst bøjle tænder havde god prognose ◊ Alle 3 var enige. Esben nikkede og var MEGET glad.

Undervejs talte vi om risici ved beh. og prognose.

8-: dens retentus --> Ville ikke fjerne den grundet pt. alder og ingen patologiske tilstand fra tanden.

+8 og -8: Dens semi retentus --> Ville fjerne dem begge to på trods af de havde ingen patologiske tilstand, helst pga. der skal protese maksimale ekstension opnås.¬

I min egen case havde pt. stor medicinforbrug --> Mange af dem gav mundtørhed/Hyposalivation. Esben var meget imponeret over, at jeg tog både bivirkninger og interaktioner af disse præparater med i skema til min præsentation.

Vi snakkede en del om PP med SS i OK jeg har lavet til min patient. protese komplikationer, hvis der er vertikale pladsmangel og mm.

Mht. prognosen spurgt Esben om kortsigtet og langsigtet special med denne pt. med polyfarmaci, dybtbid og vertikale post. Pladsmangel.

Alt i alt en rigtig god oplevelse --> Jeg var SÅ heldig, at jeg måtte næsten køre hele showet selv uden alt for mange afbrydelser.

Alle 3 var meget glade, stemningen var god og censor var MEGA søde ϑ

Et par gode råd til dem, der skal op:

--> Glæder jer meget til en uforglemmelige oplevelse på en akademiske plan.

Ukendt: PA/TA (selvom der ikke var caries). Kom op hos Ulla og Johanne.

59-årig mand henvender sig grundet gener i form af misfarvning af fortand (+1). Desuden ønsker pt. Behandling af knækkede kindtinder. Lidt gener i form af food impaction HSOK. Ønsker ikke mere tyggefunktion.

Alment: har diabetes men ville ikke have insulin indtil for nyligt. Får Victoza, metformin og et tredje præparat mod Diabeyes.

To præparater mod forhøjet blodtryk.

1 mod forhøjet kolesterol.

Kommenterede bare kort på at flere præparater på samme tid kan disponere for mundtørhed. Og at der er en sammenhæng mellem diabetes, kolesterol og PA. De spurgte ikke yderligere.

+1 avital og løs af 3. grad med fæstetab på 12 mm (totalis). Desuden ingen fyldninger caries eller andet. Obliteret kanal også lidt på 1+. Jeg blev spurgt om, hvad negativ vitalitet kunne skyldes —> paro, eller traume, eller bare pga. obliteret kanal. Behandling? —> ex. —> fiksering af tanden med everstick. Evt ætsbro hvis pts æstetiske ønsker ikke opfyldes.

Løsning UK front og løsning OK front —> ingen okklusion i fronten. Men der er sandsynligvis traumatisk okklusion ved protusion.

6+ og -6 frakureret til gingivaniveau —> ud med dem, ingen erstatning. Da pt. Ikke behøver mere (ifølge ham selv, han har 7 okkluderende tandpar).

Pa: generelt stort fæstetab i fronten, men skyldes muligvis traume. Flere inkomplette furkaturinvolveringer, kommenterede ikke rigtig på det.

Hvorfor jeg havde stillet lenta (var ærlig talt i tvivl om det burde være rapida opnås pro, men satsede).

Forskel på hvordan man behandler lenta og rapida.

Hvornår man registrerer knogletab radiologisk og hvorfor det skal være 2 mm —> fordi de undersøgelser man har lavet viser afstand på 0,4mm-1,9 mm; for at være sikker på der reelt er knogletab.

Ulla:

- trykstyrke for plast (30 MPa ca) PS. Ulla forventede slet IKKE at jeg kunne svaret, så det ikke fordi de går op i det med materialestyrker mv. i hvert fald ikke Ulla.

- Om fiksering ville være problem i OK front —> nej der var fin plads.

- Usurer —> hvornår behandler man? Symptomer, æstetiske gener eller risiko for fraktur.

- Caries i usurer? —> nej for pt børster grundigt her.

- Hvis man skal fiksere +1 efter ex, så er der jo stadig problem med misfarvning, hvordan kan det løses? —> put plast på. Slib af emaljen. Hvor meget emalje skal der fjernes? —> til der er plads. Hvordan er binding til emalje og dentin —> bedst ved emalje.

- Mundtørhed: har det været et problem for denne pt? —> ikke umiddelbart. Hva ka mundtørhed gøre? —> oral candidose, caries og EROSIONER.

Generelt stillede de ikke så mange spg, fordi jeg snakkede MEGET. Startede med at præsentere fra en enden af, og de afbrød ikke rigtig. Nåede ikke prognose.

eg trak som mange andre den 72-årige mand med radices og hævelse i regio -6. En uoverskuelig case, fordi han har et stort behandlingsbehov. Start med at danne jer et overblik og ubetingede og betingede ex.

Mit bedste råd er: læs andres erindringer!

De gav mig lov til at snakke ret meget i starten og så kom alle spørgsmål efter jeg havde sagt mine overordnede diagnoser. Enkelttands kom vi nærmest ikke ind på. Vi kom ind på hævelsen(absces), og hvor den kommer fra.

Husk at sige, at I vil bevare alle 8'ere. Det vil Klaus i hvert fald have!

Tegn gode proteseforslag (Klaus kiggede på mine kruseduller , selvom jeg sagde, at det var hurtigt hurtigt tegnet)

Generelt brugte vi måske det meste af tiden på den ukendte og 10-15 min på min egen. Til min egen kom vi selvfølgelig ind på medicin med Palle. Studier omkring hypertension og PA. Myrlosar og kombinationspræparater (myrlosar er angiotensin II hæmmer gives typisk sammen med vanddrivende). Klaus ville høre omkring studier om partielle proteser og løsning af tænderne.

OD TA/REHAB, hos Kim og Alireza:

Caries, forskellige stadier og dertil behandlinger. ICDAS. Aktiv/inaktiv caries. Faktorer med betydning for caries. Herunder detaljeret om fluor. Opbygninger, stifter, forskellige kronetyper. Brugen af bidplateau på kroner. Forskellige kraftpåvirkninger i forskellige retninger: vertikalt/horisontalt osv og betydning af dette. kemiske processer når man forbehandler en tand inden plast feks, samt betydning heraf. Intern blegning og kemiske processer i dette. Prognosen for intern blegning holdt op mod forskellige kroner og opbygninger mfl. Hvileafstand og hvordan denne bruges i behandlingsplanlægning. Proces ved fremstilling af MK-kroner og binding mellem metal og keramik ved dette. Komplikationer ved forskellige kronetyper. Forskellige typer af zirkonkroner og styrken samt æstetikken ved disse. Præparationer ved de forskellige kronetyper. Antidepressiv medicin og mundtørhed. Rygnings betydning for PA og TA. Brobehandling, fordele, ulemper, materiale.

Ukendt: PA/TA. Kom op hos Diana og Johanne. Samme case som Sara.

59-årig mand henvender sig grundet gener i form af misfarvning af fortand (+1). Desuden ønsker pt. Behandling af knækkede kindtinder. Lidt gener i form af food impaction HSOK. Ønsker ikke mere tyggefunktion.

Alment: har diabetes men ville ikke have insulin indtil for nyligt fordi han ikke ville miste sit erhvervskørekort. Er for nyligt begyndt behandling for Steno Diabetesklinik. Mor og søster har parodontitis. Knæk ved lukning.

-Får Victoza, Metformin, Glicklazid for diabetes type 2.

-Hjertemagnyl mod forhøjet blodtryk samt et andet præparat.

-Simvastatin mod forhøjet kolesterol Tidligere ryger (30 cigs om dagen), men stoppede efter diabetes diagnosen i 2005.

Vi snakkede om Nævnte kort at knækkene og at dette kunne være en subluxatio, samt tendens til osteofytdannelse i VS ledhovede.

+1 avital og løs af 3. grad med fæstetab på 12mm (med pus), og hvorvidt det var endodontisk eller parodontalt. Jeg blev spurgt ind til obliterationen, og om man altid kan stole på det. Blev spurgt ind til hvad obliterationen kunne skyldes. Jeg blev spurgt ind til vitalitetstests, om man kan stole på dem, typer, hvilken jeg ville bruge og hvorfor osv. Jeg blev spurgt ind til hvad jeg ville gøre hvis tanden ikke kunne reddes, men vi nåede ikke at snakke mere om det. Jeg havde givet en rapida obs pro, og skulle argumentere for dette. Hvad man normalt gør ved tænder løse af 3.grad. metoder for fiksering. Behandling ved rapida vs lenta. Hvad sliddet i fronten kunne skyldes da modellerne ikke viste nogen kontakt i incisiverne. Ydermere var der nogle tænder løse af 1.grad. Om pus i sig selv er et diagnostisk kriterie for PA.

6+ og -6 frakureret til gingivaniveau —> ud med dem, ingen erstatning. Da pt. Ikke behøver mere (ifølge ham selv, han har 7 okkluderende tandpar).

Ift. egen case: Johanne havde kigget på de journaler jeg havde rekvireret og vi havde en snak om hvilken AB min pt havde fået og hvorvidt der egentlig var indikation for dette, samt hvilken AB der var blevet givet og hvad jeg ville have ordineret.

Løsning UK front og løsning OK front —> ingen okklusion i fronten. Men der er sandsynligvis traumatisk okklusion ved protusion.

6+ og -6 frakureret til gingivaniveau —> ud med dem, ingen erstatning. Da pt. Ikke behøver mere (ifølge ham selv, han har 7 okkluderende tandpar).