

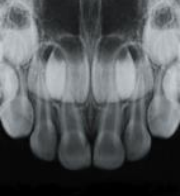





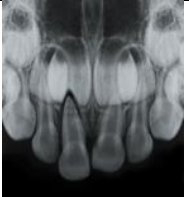


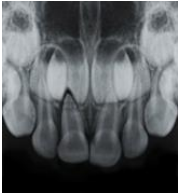



















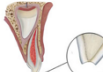


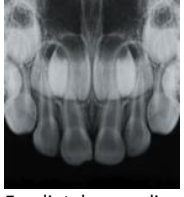
TRAUME I PRIMÆRE TÆNDER - Skrevet af Annika Bawa og Chahak Seth







Traumetype	Beskrivelse	Klinisk	Røntgen	Ætiologi	Behandling	Prognose
<p>Concussion (<i>Concussio dentis</i>)</p> 	<p>Skade på PDL uden forøget mobilitet eller displacering af tanden, men med perkussionsømhed og ingen blødning gingivalt. Diagnosen er svær at stille flere dage efter traumaet – da symptomerne er midlertidige.</p>	<p>Displacering: ia. Mobilitet: ia. Perkussion: Følsom Pulpa sensitivitets test: Ikke pålidelig i primære tænder Gingiva: ia. Farve: I.a. Andet:</p> 	 <p>Ingen radiologiske abnormaliteter. Normal parodontalrum. okklusal billede for udelukkelse af displacering!</p>	<p>Neurovaskulær forsyningen er for det meste intakt. I det fleste områder er PDL intakt, men der ses blødning og ødemdannelse i nogle områder. Ingen skade påført folliklen eller den permanente tandkæbe.</p>	<p>Ingen behandling – kun observation</p> <p>Instruktioner til patient: - Blødkost i 1 uge. - God heling afhænger delvis af god mundhygiejne. Børst med en blød børste efter hvert måltid, og påfør 0,1% CHX lokalt med vatpind 2 x dgl. i 1 uge.</p> <p>Information til forældre: Skal være opmærksom på mulige komplikationer eks. hævelse, mørk misfarvning af kronen, øget mobilitet eller en fistel.</p> <p>Follow-up: Efter 1 uge og 6-8 uger.</p>	<p>Tandtab - 11,5% Pulpanekrose – 5,7% Pulpa kanal obliteration - 8,6% Ingen evidens for ankylose, inflammatorisk rodresorption og overfladeresorption.</p>
<p>Subluxation (<i>subluxatio dentis</i>)</p> 	<p>Skade på PDL forbundet med øget mobilitet og perkussionsømhed, men uden displacering af tanden. Diagnosen er svær at stille flere dage efter traumaet – da symptomerne er midlertidige.</p>	<p>Displacering: ia. Mobilitet: øget mobilitet Perkussion: følsom Pulpa sensitivitets test: Ikke pålidelig i primære tænder Gingiva: Blødning fra gingiva er synlig kort tid efter traume. Farve: I.a. Andet: ia.</p> 	 <p>Normal parodontalrum - tænderne sidder i den normale position. okklusal billeder for udelukkelse af displacering og rodfraktur. Kan også bruges som reference, hvis der opstår senkomplikationer.</p>	<p>Mulig skade på neurovaskulær forsyning. Mange områder med separation af PDL med ødem og blødning interstitielt. Nogle områder uden PDL-skade. Ingen skade påført folliklen eller den permanente tandkæbe.</p>	<p>Ingen behandling – kun observation</p> <p>Instruktioner til patient: - Blødkost i 1 uge. - God heling afhænger delvis af god mundhygiejne. Børst med en blød børste efter hvert måltid, og påfør 0,1% CHX lokalt med vatpind 2 x dgl. i 1 uge.</p> <p>Information til forældre: Skal være opmærksom på mulige komplikationer eks. hævelse, mørk misfarvning af kronen, øget mobilitet eller en fistel.</p> <p>Follow-up: Efter 1 uge og 6-8 uger.</p>	<p>Tandtab - 13% Pulpanekrose – 8,3% Pulpa kanal obliteration – 28% Inflammatorisk rodresorption - 2,6% Overfladeresorption – 1,3% Ingen evidens for ankylose.</p>
	<p>Tanden er delvis displaceret. Delvis eller total separation af</p>	<p>Displacering: Ja, ser elongeret ud. Mobilitet: Øget</p>		<p>Overrivning af neurovaskulær forsyning. Separation af</p>	<p>Behandlingsvalget baseres på graden af displacering, mobilitet, roddannelse og barnets evne til at klare nødsituationen. Ved mindre ekstrusion (<3 mm) i en umoden tand, skal den enten repositioneres forsigtigt eller håbe på spontan justering.</p>	<p>Tandtab - 77% Pulpanekrose – 6,4%</p>





<p>Extrusion (<i>Extrusio dentis</i>)</p> 	<p>PDL --> Løsning og displacering af tand. Knoglen forbliver intakt. Ud over aksial forskydning vil tanden normalt have en protrusiv eller retrusiv orientering.</p>	<p>Perkussion: Følsom Pulpa sensitibilitets test: Ikke pålidelig i primære tænder Gingiva: Blødning Farve: ia. Andet:</p> 	 <p>Udvidet periapikalt. okklusale billeder for udelukkelse af displacering og rodfraktur. Kan også bruges som reference, hvis der opstår senkomplikationer.</p>	<p>PDL og coronal exponering af rodoverfladen. Ingen skade påført folliklen eller den permanente tandkæbe.</p>	<p>Ved svær ekstrusion af fuldt dannet primær tand er behandlingen ekstraktion med pincet.</p> <p>Ved repositionering: Rens tanden med saltvand. Sæt tanden i igen ved at indsætte den forsigtigt i alveolen. Hvis barnet er samarbejds villigt, kan den fikseres i 2 uger.</p> <p>Instruktioner til patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blødkost i 1 uge. - God heling afhænger delvis af god mundhygiejne. Børst med en blød børste efter hvert måltid, og påfør 0,1% CHX lokalt med vatpind 2 x dgl. i 1 uge. <p>Information til forældre: Skal være opmærksom på mulige komplikationer eks. hævelse, mørk misfarvning af kronen, øget mobilitet eller en fistel.</p> <p>Follow-up: Efter 1-2 uge, 6-8 uger, 6 mnd. og 1 år.</p>	<p>Pulpa kanal obliteration – 16,2% Inflammatorisk rodresorption – 1,6% Overfladeresorption – 1,8% Ingen evidens for ankylose.</p>
<p>Lateral luxation (<i>luxatio dentis</i>)</p> <p>Ingen kollision med permanent tand</p>  <p>Kollision med permanent tand</p>	<p>Displacering af tanden andre end aksial, ledsaget af fæledeling eller fraktur af fac. eller oral alveolær knogle. OK incisiver --> okklusale interferens --> for tidlig kontakt. Karakteriseret ved partiel eller total separation af PDL. I de fleste tilfælde er apex presset ind i knoglen. Tandens er ofte non-mobil.</p>	<p>Displacering: Ja, normalt i oral eller facial retning. Mobilitet: ia. Perkussion: Giver normalt en høj metallisk ankytisk lyd. Pulpa sensitibilitets test: Ikke pålidelig i primære tænder Gingiva: ia. Farve: ia. Andet: ia.</p> 	<p>Ingen kollision med permanent tand</p>  <p>Kollision med permanent tand</p>  <p>Øget parodontal-spalte apikalt.</p>	<p>Retrusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ruptur af PDL - Ruptur af neurovaskulær forsyning og afklemning af apex i knoglen. - Mulig skade til det permanente tandkæbe. <p>Protrusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ruptur af PDL - Ruptur af neurovaskulær forsyning og afklemning af apex i knoglen. - Høj risiko for skade på det permanente tandkæbe. 	<p>Spontan repositionering: Hvis der ikke er okklusale interferens (som f.eks. i tilfælde af anterior åbnet bid) bør tanden repositioneres spontant.</p> <p>Udføres ved: Rens området med saltvand, vandspray eller CHX. --> spontan repositionering.</p> <p>Instruktioner til patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blødkost i 10-14 dage. - God heling afhænger delvis af god mundhygiejne. Børst med en blød børste efter hvert måltid, og påfør 0,1% CHX lokalt med vatpind 2 x dgl. i 1 uge. <p>Information til forældre: Skal være opmærksom på mulige komplikationer eks. hævelse, mørk misfarvning af kronen, øget mobilitet eller en fistel.</p> <p>Follow-up: Efter 1 uge, 2-3 uger, 6-8 uger og 1 år.</p>	<p>Tandtab – 28,3% Pulpanekrose – 18,8% Pulpa kanal obliteration – 41,3% Ankylose – 1,4% Inflammatorisk rodresorption – 7% Overfladeresorption – 3,6%</p>
<p>Repositioning Ved mere alvorlig okklusale interferens kan tanden skånsomt repositioneres ved kombination af fac. og oral tryk efter brug af lokalanalgesi.</p>						







			<p>Okklusal billede kan vise positionen af den displacerede tand og dets relation til den permanente tand.</p>		<p>Udføres ved: Rens området med saltvand, vandspray eller CHX. Lokalanalgesi (transeptal). Repositionering af tand med finger. Evt. suturering af gingivale lacerationer.</p> <p>Instruktioner til patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blødkost i 10-14 dage. - God heling afhænger delvis af god mundhygiejne. Børst med en blød børste efter hvert måltid, og påfør 0,1% CHX lokalt med vatpind 2 x dgl. i 1 uge. <p>Information til forældre:</p> <p>Skal være opmærksom på mulige komplikationer eks. hævelse, mørk misfarvning af kronen, øget mobilitet eller en fistel.</p> <p>Follow-up:</p> <p>Efter 1 uge, 2-3 uger, 6-8 uger og 1 år.</p>	
<p>Intrusion (<i>Intrusio dentis traumatica</i>)</p> <p>Ingen kollision med permanent tand</p>	<p>Displacering af tanden. Ledsages af firdeling eller fraktur.</p>	<p>Displacering: Displacering op i alveoleknoglen (kan typisk palperes faciale)</p> <p>Mobilitet: ia.</p> <p>Perkussion: følsom samt høj metallisk lyd</p> <p>Pulpa sensitivitets test: Ikke pålidelig i primære tænder</p> <p>Gingiva: ia.</p> <p>Farve: ia.</p>	<p>Periapikal, okklusale el. excentriske billeder viser placering af den displaceret tand og dens forhold til den permanente. Hvis tanden er fuldstændigt indtrængt, kan en ekstra-oral lateral eksponering indikeres for at sikre, at tanden ikke er trængt ind i næsehulen.</p> <p>Ingen kollision med permanent tand</p>	<p>Kontusion af PDL og knogle. Ruptur af neurovaskulær forsyning og fraktur af facial knogle. Skade påført folliklen eller det permanente tandkims ses hyppigt.</p>	<p>Spontan reeruption: Hvis spidsen displaceres mod/gennem den faciale knogleplade. For at evaluere reeruption skal graden af intrusion vurderes ved at måle afstanden mellem incisalkante af den intruderet tand og afstanden til nabo upåvirket tænder.</p> <p>Udføres ved:</p> <p>Rens området med saltvand, vandspray eller CHX. Suturere gingivale lacerationer, hvis det er indiceret. Afvent.</p> <p>Instruktioner til patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blødkost i 10-14 dage. - God heling afhænger delvis af god mundhygiejne. Børst med en blød børste efter hvert måltid, og påfør 0,1% CHX lokalt med vatpind 2 x dgl. i 1 uge. 	<p>Tandtab – 39,4%</p> <p>Pulpanekrose – 24,2%</p> <p>Pulpa kanal obliteration – 38,9%</p> <p>Ankylose – 3,6%</p> <p>Inflammatorisk rodresorption – 8,8%</p> <p>Overfladeresorption – 3%</p>





 <p>Kollision med permanent tand</p> 		<p>Andet: ia.</p>  	 <p>Når spidsen displaceres mod/gennem facial-knogleplade, kan den apikale spids forekomme kortere end den upåvirkede nabo tand.</p> <p>Kollision med permanent tand</p>  <p>Når spidsen displaceres mod den permanente tandkimpl, kan den apikale spids ikke visualiseres, og tanden ser ud til at være langstrakt.</p>		<p>Information til forældre: Skal være opmærksom på mulige komplikationer eks. hævelse, mørk misfarvning af kronen, øget mobilitet eller en fistel. Desuden info om at skaden kan påvirke den permanente tand (specielt i børn under 3 år)</p> <p>Follow-up: Efter 1 uge, 3-4 uger (hvis der her ikke forekommer spontan reeruption er der højst sandsynligt forekommet ankylose og ekstraktion kan være indiceret snart), 6-8 uger, 6 mnd. og 1 år. Og derefter årligt indtil frembrud af den permanente tand.</p> <p>Ekstraktion: Hvis tanden displaceres vendende mod den permanente tandkimpl, skal tanden ekstraheres hurtigst muligt for at forhindre varige skade. Samme instruktioner og informationer. Udføres på samme måde som de ovennævnte ekstraktioner.</p> <p>Follow up: Efter 1 uge og et år.</p>	
<p>Avulsion (<i>Exarticulatio dentis</i>)</p> 	<p>Exarticulation. Tandens er helt displaceret ud af alveolen. Alveolen er tom eller fyldt med koagulum.</p>	<p>Displacering: Ja - helt displaceret ud af alveolen. Mobilitet: Ikke relevant. Perkussion: Ikke relevant. Pulpa sensitivitetstest: Ikke relevant. Gingiva: ia. Farve: ia. Andet: ia.</p> 	 <p>Tom alveole. Røntgen indiceret for at kontrollere for fragmenter, samt at tanden ikke er intruderet og er faldet ud. Pga. Ovenstående er okklusal røntgen indiceret.</p>	<p>Skade påført folliklen eller det permanente tandkimpl hyppigt.</p>	<p>Det anbefales ikke at replantere den avulseret tand. Kontrollere for at alle avulseret tænder er at finde – ellers røntgen for intrusion, rodfraktur med tab af coronal segment. Hvis ikke tanden er til at lokalisere --> Henvis til børnelæge for at tjekke aspiration.</p> <p>Instruktioner til patient: - Blødkost i 10-14 dage. - God heling afhænger delvis af god mundhygiejne. Børst med en blød børste efter hvert måltid, og påfør 0,1% CHX lokalt med vatpind 2 x dgl. i 1 uge.</p> <p>Information til forældre: Skaden kan påvirke den permanente tand (specielt i børn under 3 år)</p> <p>Follow up: Efter 1 uge, 6 måneder og 1 år. Derefter årligt indtil eruption af permanent tand.</p>	<p>Ingen prognose, da tænderne ikke replanteres.</p>

						
<p>Infraction (<i>Infractio enameli</i>)</p> 	Inkomplet fraktur af emalje (uden tab af tandsubstans)	<p>Displacering: ia. Mobilitet: ia. Perkussion: ia. Hvis følsom --> Luxation eller rodfraktur? Pulpa sensitivitets test: Ikke relevant. Gingiva: ia. Farve: ia. Andet: ia.</p>  	 Normal. Røntgen ikke nødvendig.	Fraktur linjer i emalje Ingen skade påført folliklen eller den permanente tandkim.	Ingen behandling indiceret. Ingen brug for follow-up mm. Luxation eller andre frakturer involverende samme tand.	Ingen data.
<p>Emalje fraktur (<i>Fractura enameli coronae dentis</i>)</p> 	Fraktur lokaliseret til emalje med tab af tandsubstans.	<p>Displacering: ia. Mobilitet: ia. Perkussion: ia. Pulpa sensitivitets test: ia. Gingiva: ia. Farve: ia. Andet: Synligt mangel på emalje, men ikke dentin.</p>  	 Emaljetab er synlig. Røntgen er derfor ikke indiceret.	Fraktur begrænset til emalje. Ingen neurovaskulær skade. Ingen skade påført folliklen eller den permanente tandkim.	Glatte skarpe kanter. I patienter med læbe/kind læsioner skal disse tjekkes for tandfragmenter eller fremmedelegemer. Follow up: 3-4 uger efter.	Ingen data

<p>Emalje-dentin fraktur (<i>Fractura coronae dentis non complicata</i>)</p> 	<p>Fraktur lokaliseret til emalje og dentin med tab af tandsubstans, men uden pulpainvolvering.</p>	<p>Displacering: ia. Mobilitet: ia. Perkussion: ia. Hvis følsom --> Luxation eller rodfraktur? Pulpa sensibilitets test: ia. Gingiva: ia. Farve: ia. Andet: Synlig tegn på manglende emalje og dentin. Ingen pulpainvolvering.</p> 	 <p>Emalje og dentinlæsionen er synlig. På røntgen kan se pulpa relation, men røntgen ikke indiceret som sådan.</p>	<p>Fraktur begrænset til emalje og dentin. Ingen neurovaskulær skade. Ingen skade påført folliklen eller den permanente tandkime.</p>	<p>Udføres ved: Rens området med vandspray, saltvand el. CHX. Desinficere med natrium hypoklorit eller Peridex. Som akut behandling kan der anvendes glasionomercement som midlertidig fyldning (for at forhindre mikrolækage). Restaurering med plast.</p> <p>Follow up: Efter 3-4 uger, 6-8 uger og 1 år.</p>	<p>Tandtab – 10,7% Pulpanekrose – 5,6% Pulpa kanal obliteration – 8,3% Ingen evidens for ankylose, inflammatorisk rodresorption og overfladeresorption.</p>
<p>Emalje-dentin-pulpa fraktur (<i>Fractura coronae dentis complicata</i>)</p> 	<p>En fraktur som involvere emalje og dentin med tab af tandstruktur og eksponering af pulpa.</p>	<p>Displacering: ia. Mobilitet: Normal mobilitet. Perkussion: ia. Pulpa sensibilitets test: Ikke pålidelig i primære tænder Gingiva: ia. Farve: ia. Andet: ia.</p> 	 <p>Tab af tandsubstans synlig. Okklusal billede for at screene for tegn på displacering eller tilstedeværelse af rodfraktur.</p>	<p>- En fraktur som involvere emalje og dentin med tab af tandstruktur og eksponering af pulpa. - Ingen skade på den neurovaskulære forsyning. - Ingen skade til det permanente tandkime.</p>	<p>Hvis muligt, at bevare pulpavitalitet ved overkapning eller partiel pulpotomi. Behandling afhænger af barnet modenhed og evne til at cope. Extraktion er en alternativ mulighed.</p> <p>Overkapning: Udføres ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Applicere topisk analgesi. - Bedøvelse (transeptal injektion) - Hvis muligt, isoleres tanden med kofferdam. - Rens området med vandspray, saltvand el. CHX. - Desinficere med natrium hypoklorit eller Peridex. - Applicer overkapnings-materiale (calciumhydroxid eller MTA). - Forsegling af eksponeret dentin med glasionomer cement eller plast. - Restaurer tanden med komposit. <p>Follow up: Efter 1 uge, 6-8 uger og 1 år.</p> <p>Partiel pulpotomi: Udføres ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Applicere topisk analgesi. - Bedøvelse (transeptal injektion) - Hvis muligt, isoleres tanden med kofferdam. - Rens området med vandspray, saltvand el. CHX. - Desinficere med natrium hypoklorit eller Peridex. 	<p>Ingen data.</p>

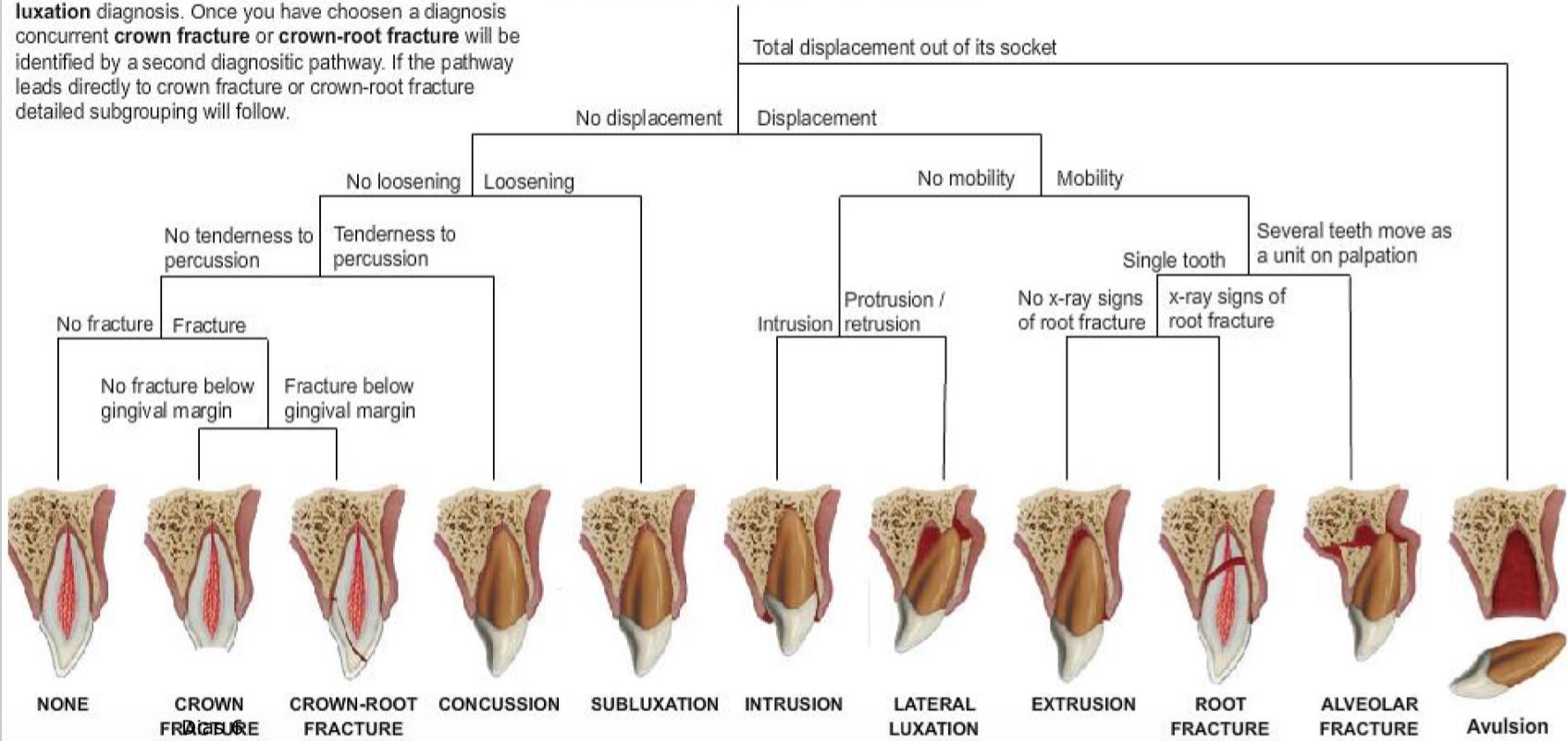
					<ul style="list-style-type: none"> - Udfør pulpotomi til en dybde af 1-2 mm ved brug af et rundt diamant bor og vand eller saltvand. - Placer en vatpellet befugtet med saltvand over pulpa til blødning er stoppet. <p>Applicer pulpotomi materialet (calciumhydroxid eller MTA).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forsegling af eksponeret dentin med glasiono-mer cement eller plast. - Restaurer tanden med komposit. <p>Follow up: Efter 1 uge, 6-8 uger og 1 år.</p> <p>Ekstraktion: Udføres ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rens området med vandspray, saltvand el. CHX. - Applicere topisk analgesi. - Bedøvelse (transeptal injektion) - Ekstraher tanden. - Suturer hvis der er gingivale lacerationer. <p>Follow up: Efter 1 uge, 6-8 uger og 1 år.</p>	
<p>Krone-rod fraktur uden pulpa involvering (<i>Fractura coronae et radicis dentis non complicata</i>)</p> 	<p>Fraktur af emalje, dentin og cement substans uden involvering af pulpa.</p>	<p>Displacering: ia. Mobilitet: Coronal segment mobil --> Smerte ved tygning. Perkussion: Følsom Pulpa sensitivitetstest: ia. Gingiva: ia. Farve: ia. Andet: Synlig segmentering af kronen. Ingen pulpainvolvering.</p>  	 <p>Apical forlængelse af fraktur er normalt ikke synlig (kun den koronale frakturlinje forventes at blive set). I lateralt placerede frakturer kan man se omfanget i forhold til tandkødsmarginen. Okklusal billede er indiceret.</p>	<p>Emalje og dentin fraktur, der ekstenderer til under margo gingivae. Ingen neurovaskulær skade. Ingen skade påført folliklen eller den permanente tandkimplim.</p>	<p>To behandlings scenarier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fragment fjernelse – hvis frakturen involverer kun en lille del af roden og den tilbageværende tand er nok til en koronal restaurering. - Ekstraktion – rens området med saltvand, vandspray eller CHX. Suturer gingivale lacerationer. <p>Instruktioner til patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blødkost i 10-14 dage. - God heling afhænger delvis af god mundhygiejne. Børst med en blød børste efter hvert måltid, og påfør 0,1% CHX lokalt med vatpind 2 x dgl. i 1 uge. <p>Information til forældre:</p> <p>Skal være opmærksom på mulige komplikationer eks. hævelse, mørk misfarvning af kronen, øget mobilitet eller en fistel.</p> <p>Follow up: Efter 1 uge, 3-4 uge, 1 år. Kontrol hvert år indtil eruption af permanent tand.</p>	<p>Ingen data.</p>

<p>Krone-rod fraktur med pulpa involvering (<i>Fractura coronae et radicis dentis complicata</i>)</p> 	<p>Fraktur der involverer emalje, dentin, cement med pulpa involvering.</p>	<p>Displacering: ia. Mobilitet: Coronal segment mobil --> Smerte ved tygning. Perkussion: Følsom Pulpa sensibilitets test: ia. Gingiva: ia. Farve: ia. Andet: Synlig segmentering af kronen med pulpainvolvering.</p> 	 <p>Apical forlængelse af fraktur er normalt ikke synlig (kun den koronale frakturlinje forventes at blive set). I lateralt placerede frakturer kan man se omfanget i forhold til tandkødsmarginen. Okklusal billede er indiceret.</p>	<p>Emalje og dentin fraktur, der ekstenderer til under margo gingivae og med pulpaeksponering. Ingen neurovaskulær skade. Ingen skade påført folliklen eller den permanente tandkim.</p>	<p>To behandlings scenarier: -Fragment fjernelse – hvis frakturen involverer kun en lille del af roden og den tilbageværende tand er nok til en koronal restaurering. -Ekstraktion – rens området med saltvand, vandspray eller CHX. Suturer gingivale lacerationer.</p> <p>Instruktioner til patient: - Blødkost i 10-14 dage. - God heling afhænger delvis af god mundhygiejne. Børst med en blød børste efter hvert måltid, og påfør 0,1% CHX lokalt med vatpind 2 x dgl. i 1 uge.</p> <p>Information til forældre: Skal være opmærksom på mulige komplikationer eks. hævelse, mørk misfarvning af kronen, øget mobilitet eller en fistel.</p> <p>Follow up: 3-4 uger efter. Kontrol hvert år indtil eruption af permanent tand.</p>	<p>Ingen data.</p>
<p>Rodfraktur (<i>Fractura radicis dentis</i>)</p> 	<p>Fraktur af cement og dentin med pulpainvolvering. Kan klassificeres efter om det koronale fragment er displaceret (se luksation)</p>	<p>Displacering: Ja/nej Mobilitet: Ja/nej. Coronal segment mobil --> Smerte ved tygning. Perkussion: Følsom Pulpa sensibilitets test: ia. Gingiva: ia. Farve: Grålig eller rødlig ofte. Andet: ia.</p> 	 <p>Radiolucent linie separerer roden i to eller flere dele. Frakturen ligger typisk midtrods eller i den apikale tredje del. Okklusal eller periapikal røntgen er indiceret.</p>	<p>Neurovaskulær forsyning er intakt apikalt. Brud på neurovaskulært forsyning ved frakturlinjen. Separation af PDL og rodoverflade eksponering. Ingen skade påført folliklen eller det permanente tandsæt.</p>	<p>Fleere scenarier: - Ingen behandling (hvis ingen displacering)</p> <p>Ved repositionering: Rens tanden med saltvand og området med saltvand, vandspray eller CHX. Sæt tanden i igen ved at indsætte den forsigtigt i alveolen</p> <p>Instruktioner til patient: - Blødkost i 10-14 dage. - God heling afhænger delvis af god mundhygiejne. Børst med en blød børste efter hvert måltid, og påfør 0,1% CHX lokalt med vatpind 2 x dgl. i 1 uge.</p> <p>Information til forældre: Skal være opmærksom på mulige komplikationer eks. hævelse, mørk misfarvning af kronen, øget mobilitet eller en fistel.</p> <p>Follow-up: Efter 1 uge, 2-3 uger, 6-8 uger og 1 år.</p> <p>Ved ekstraktion: Det koronale fragment ekstraheres og den apikale del efterlades til at resorberer. Ekstrahere som beskrevet ved de andre og instrukser som normalt.</p> <p>Follow up: Efter 1 uge. Kontrol hvert år til frembrud af permanent tand.</p>	<p>Tandtab – 72,3% Pulpanekrose – 9,4% Pulpa kanal obliteration – 9,2% Overfladeresorption – 1,8%. Ingen evidens for ankylose og inflammatorisk rodresorption.</p>

<p>Alveolær fraktur (<i>Fractura maxilla/mandibulae</i>)</p> 	<p>En fraktur af alveolarprocessen, som kan eller kan ikke involvere den alveolen. Tænder associeret hermed er karakteriseret ved mobilitet alveolarprocessen. Typisk bevæger flere tænder sig som en unit. Okklusal intererans er ofte til stede.</p>	<p>Displacering: Ja, af alveolær segment --> okklusal ændring --> okklusal interferens. Mobilitet: af segment og bevægelse som en unit. Perkussion: ømhed Pulpa sensitivitetstest: ia. Gingiva: ia. Farve: ia. Andet: ia.</p>  	 <p>En vertikal linje af fraktur kan løbe langs PDL eller I septum. Den horisontale linje kan være lokaliseret apikal for apex. En associeret rodfraktur kan være til stede. Den horisontale frakturlinie kan løbe på ethvert niveau mht. de permanente tandkimer. Ekscentrisk billede kan give yderligere information om den rumlige relation mellem de to dentitioner. Okklusal billede anbefales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ruptur af neurovaskulær forsyning, fraktur af facial knogleplade og afklemning af apes i knoglen. - Skade på folliklerne af de permanente tandkimer er hyppig. - Fraktur af lingual knogleplade. 	<p>Manuel repositionering eller ved pincetbrug. Stabilisering af segmentet med fleksibel fiksering i 4 uger.</p> <p>Udføres ved: Rens området med vandspray, saltvand eller CHX. Lokalanalgesi Repositioner Applicere fiksering.</p> <p>Instruktioner til patient: - Blødkost i 10-14 dage. - God heling afhænger delvis af god mundhygiejne. Børst med en blød børste efter hvert måltid, og påfør 0,1% CHX lokalt med vatpind 2 x dgl. i 1 uge.</p> <p>Information til forældre: Skal være opmærksom på mulige komplikationer eks. hævelse, mørk misfarvning af kronen, øget mobilitet eller en fistel. Desuden info om at skaden kan påvirke den permanente tand (specielt i børn under 3 år)</p> <p>Follow-up: Fiksering fjernes efter 4 uger, derefter kontrol efter 1 uge, 6-8 uger og hvert år derefter indtil frembrud af permanent tand</p>	<p>Tandtab – 32,7% Pulpanekrose – 15,4% Pulpa kanal obliteration – 48,1% Inflammatorisk rodresorption – 11,5%. Ingen evidens for ankylose og overfladeresorption.</p>
--	--	---	---	--	---	---

TRAUMA PATHFINDER

The diagnostic pathway starts by identifying the main **luxation** diagnosis. Once you have chosen a diagnosis concurrent **crown fracture** or **crown-root fracture** will be identified by a second diagnostic pathway. If the pathway leads directly to crown fracture or crown-root fracture detailed subgrouping will follow.





No fracture present | fracture present

[Back](#)

NO FRACTURE

No fracture below gingival margin

Fracture below gingival margin

No loss of tooth structure

Loss of tooth structure

No pulp exposure

Pulp exposure

No dentin involvement

Involves the dentin

No pulp exposure

Pulp exposure



INFRACTION



ENAMEL FRACTURE



ENAMEL DENTIN FRACTURE



ENAMEL-DENTIN-PULP FRACTURE



UNCOMPLICATED CROWN-ROOT FRACTURE



COMPLICATED CROWN-ROOT FRACTURE