

Ukendte case: KIR/Endo med Palle Holmstrup og Merete Markvart (blev et øjeblik hylet ud af den, fordi jeg ikke lige havde overvejet, at Palle H. kunne og/eller skulle repræsentere KIR!). Men de var begge meget søde (Palle på sin helt egen facon).

Den ukendte case handlede om en 81-årig kvinde, der kom med et ønske om at få pænere tænder i OK. Hun havde gået regelmæssig til tandlæge i sit voksne liv og havde fået lavet diverse fast protetik, men bemærkede nu, at nogle fyldninger faldt ud. Hun følte sig mundtør om natten og kunne blive øm i kinderne, når hun spiser mad. Hun tog noget blodtrykssænkende (**angiotensin II-receptor-antagonist**) og **hjertermagnyl** og **B-vitamin**. Ekstraoralt en hvidlig forandring på nedre prolabium (Palle spurgte hurtigt ind til, hvad var det og spurgte ikke mere ind til dette efter jeg havde stillet diagnosen). Normal gabeevne, ingen bemærkninger ved undersøgelse af kæbeledet og tyggemuskulaturen. Normal hvileafstand. Dybt bid og tydelig bidplateau palatinalt OK-front. Alderssvarende attrition. Kvinden havde omfattende caries især posteriort og i relation til bropper i både HS og VS UK.

**Der var flere radiolucente og radiopaque forandringer bl.a. i relation til radices, en retineret 8'er, en endodontisk behandlet molar som kun var rodfyldt i én kanal og som havde periapikal patologi.**

Parodontalt var der ikke meget at komme efter: alderssvarende fæstetab. Høj plak- og blødningsprocent på trods af, at kvinden har gået regelmæssigt til tandlægen, hvilket Palle gerne ville have kommentarer omkring.

Jeg blev spurgt indtil hendes medicinforbrug og blodtrykssænkende præparater generelt, og hvad der har odontologisk interesse. Derefter hendes medicinforbrug særligt ift. kirurgiske behandlinger og smertedækning. Jeg blev spurgt ind til forskellige cyster og klassifikation og kliniske karakteristika. Ortograd og retrograd revision og hvad der kunne påvirke valget mellem den ene behandling ift. den anden samt prognose. Patienten havde en anden bro (-4,5,6), hvor der var kompliceret caries -6, og de spurgte hvordan jeg ville forholde mig til dette (dele broen og fjerne tanden; de var interesserede i om jeg ville beholde pontic eller ej og vi talte lidt om ekstensionsbroer). Ift. andre carieslæsioner, snakkede jeg om diagnostisk ekskavering og successiv ekskavering. Ubetingede ekstraktioner. Afslutningsvist prognosen for de enkelte behandlinger og i relation til patientens overordnede odontologiske historik.

Vedrørende min egen case (TA/KIR/REHAB) snakkede vi farmakologi (hun tog antidepressiva), om retinerede 8'ere og disses relation til can. mand. og hvordan man kan vurdere og klassificere denne relation og hvordan jeg forholdt mig til det i det aktuelle tilfælde. Caries og fluorid, hvornår der er indikation for at give Duraphat-tandpasta, erosion og attrition. Dernæst om rygning.

Case: TA/REHAB/KIR

Oppe hos: Esben og Simon

Casen omhandlede en 41 årig sømand som var ked af sin ætsbro i OK front. Havde desuden fået af vide, at han havde en del huller der skulle laves. Han var brugsist. Patienten led af astma og tog medicin mod dette. Havde caries næsten over alt samt flere insufficiante rod fyldninger. En retineret 8- som var årsagen til fordybede pocher distalt på 7-.

Fik stillet følgende spørgsmål:

- 1) Har astma medicinen nogen indflydelse på hvorfor patienten ser ud som han gør?
- 2) Indikation for fjernelse af visdomstand
- 3) prognose for ortograd samt retrograd revision samt udførelse af disse
- 4) Forskellen på åbent og lukket sinusløft
- 5) 8- relation til kanalen
- 6) fjernelse af torus mandibularis (han havde vidst holdt en forelæsning omkring det på 10. semester 😊)
- 7) hvor mange procent bruger ikke sin partielle protese
- 8) Spurgt ind til forskellige broer og deres fordele og ulemper

## 9) Rygning og implantater prognose

---

Var oppe hos Daniel Belstrøm og Anders Nissen, case KIR/PA , egen case TA/REHAB/PA

42 årig mand henvender sig med ønske om forbedret æstetik og tyggefunktion. Pt har mistet en del posteriore tænder, har haft traume i fronten som har involveret 21+12. 2+2 er endobehandlede, og har stift med plastisk restaurering. 1+1 er avitale og hele fronten er ramt af apikale forandringer og store vertikale defekter. Resttandsæt med få fordybede pocher, men ramt af fæstetab pga. retraktioner.

Retineret 8- uden kommunikation til mundhulen. Pt har dårlig mh og er ryger.

Jeg skal redegøre for behandling i fronten , der sættes 3 scenarier op 1. Alle 4 incisiver fjernes, 2. +2 som har det værst exes eller 3. Alle 3 tænder bevares. Jeg skal vurdere hvilket scenarie der er bedst for patienten , og hvorledes behandles af de 3. Scenarier varetages bedst. hvorledes sættes implantater, hvilke udfordringer er der, hvad er problemet ved revisionsbeh, (dybe vertikale defekter).

Jeg går meget op i at det parodontoser problem i fronten skyldes det endontiske problem.

Jeg skal redegøre for erstatning af andre tænder, forskellige beh., sinusløft.

8- spørg de ikke ind til. Tidligere Traume på kæbe og kæbeled når vi heller ikke at snakke om.

Egen case:

- interaktioner og bivirkninger ved medicin
- Argumenter for valg af behandlings strategi (radikal beh. Hvor flere tænder exes, hvorfor?)
- Sinus sløring, hvilke bakterier ved sinuit (anaerobe). hvorfor? (Apikal parodontit 6+.
- Antibiotika til anaerobe bakterier (metronidazol)

Det er nogenlunde det. Det var en god samtale omkring forskellige behandlingsmuligheder. Jeg gennemgik de første 3 slides hos både den kendte og ukendte patient og blev så allerede her stoppet og så kørte samtalen derfra. Det var en rigtig behagelig oplevelse og de stillede gode og ledende spørgsmål.

Lad vær med at være nervøse. Der er plads til fejl.

---

Azam og Klaus

Egen case TA/REHAB

Ukendt: TA/REHAB – Samme case som Hennas.

Azam

- 5+ var oblitteret radiologisk og klinisk havde den en MK-krone. I den kliniske us stod der, at den var avital. Blev spurgt indtil, hvorfor der står i journalen, den er avital, da 5+ er restaureret med en MK-krone på, så man kan ikke måle vitalitet plus pochevæsken vil forstyrre målingen, hvis man vil prøve at masse sig under kronekanten. Ergo var vitaliteten nok baseret på den radiologiske us, hvilket er forkert og derfor er 5+ nok vital og journaliseringen er forkert (øhh feedt)

- Kliniske tegn på erosioner

- Hun går meget op i at man slår bivirkninger op for diverse præp og nævner dem (billige point)

- På hvilke flader manifesteres erosioer sig ift. reflux vs. anoreksi pt.? Hvordan man kan se erosioner hos reflux pt? Her fiskede hun efter pt's sovestilling ift. om pt. sov på højre eller venstre og ikke UK lingualt pga. spyttet

- Forskellen mellem glasionomer og plastfyldning, klasse 5 holder bedre med glasionomer osv

- Kvalitetsvurdering af rod fyldninger

Klaus

- Betinget/ubetinget ex
- Klaus var enig med mig i at exe 5+ og +4 (grundet pt's økonomi) og så bruge 6+ og +3 som bøjletænder.
- Læbefang og løsning af 1. grad 1+. Ergo fiksering, da læbefang vil forværre løsningen. Han spørger er der plads? Han giver mig gipsmodellerne, og ja der var plads. Bum videre.
- Hvad skal steltykkelsen mindst være på ved en protese konstruktion
- Træk/tryk/vrid for proteser, bøjelinjer, støttelinjer (nærmest alt det der står i hans aftageligt protetisk kompendium)
- Hvordan kvalitetsvurderer du en krone klinisk
- Pt. havde max 10.000 kr og skulle PP i OK og UK og spurgte ind til protese konstruktion og prognose
- Fordele og ulemper ved sammenloddede implantater (ift. min egen case)

Jeg snakkede det meste af tiden. Godt råd: øv det første minut eller 2 i foreberedelse, så er man sikker på en god start. De er så søde VIRKELIG. Censor er cool. Kun 5 min på egen case.

---

Christian Damgaard og Bjørndahl.

PA/ENDO

- Det var en virkelig god oplevelse! Begge lærer er så søde og de giver dig god energi og censor var bare en solstråle derinde - så sød!

41-årig kvinde. Har ikke været til tandlæge i mange år. Er bruxist. Har slidgigt. Har mistet mange tænder. Tidligere carieserfaring. Ønsker fast protetisk. Generet af sit smil. Har generelt ømhed i vs. Kommer fra alkoholiker-familie. Ryger 20 cigaretter dagligt.

Patient ønsker pænere smil og forbedret tyggefunktion. Ønsker erstatning af de manglende tænder - helst fast protetisk. Budget 20.000.

Patienten manglede en del tænder posterior i tandrækken. Havde dybt bid og læbefang. Desuden multiple carieslæsioner, apikale opklaringer, enkelte vertikale defekter ellers stort knoglesvind lokaliseret til fronten og bagtil. Flere ikke bevaringsværdige tænder. Flere løse tænder af 1 grad og enkelte af 2 grad.

Vi var lidt omkring det hele, både i PA (især i PA) og endo. Men jeg forsøger at skrive det ned jeg husker.

Christian Damgaard spurgte meget specifikt ind til hvorfor patientens tandsæt så ud som det gjorde og vi kiggede på specifikke pochemål og fæstetab undervejs. Hvorfor var der løsning de forskellige steder og om det stemte overens med det forventede billede og de kliniske pochemål.

Indikationer for PA-kir. Hvilke faktorer gør at man fravælger det? Hvad er negative papiller? Hvordan kommer de?hvad ses de ellers i forbindelse med? (inflammation, efter PA KIR, subgingival Calculus, ANG) Her nævnte jeg blandt andet Nekrotiserende gingivitis, som ledte os videre til at tale om den tilstand. Hvem ses nekrotiserende gingivitis ofte hos? (Rygere, HIV).

Hvad er definitionen på en storryger? Hvad viser studierne? Hvordan vil du motiverer en storryger? Hvad virker bedst? Sammenhæng mellem rygning og PA rent klinisk! rygning og tandtab generelt, rygning og stress. Forklar hvorfor du har du givet Lenta diagnose ? Nikotins effekt på PA. Andre alternativer end cigaretter (nikotin tyggegummi, nikotin plaster).

Indikationer for fjernelse af visdomstand (progredierende fæste distalt på 7'eren). Jeg skulle beskrive det plakretinerende ved uk incisiver (lingual rodfore) Hvad er ubetinget ex? Hvad er betinget ex?

Lars spurgte ind til succeseskavering (indikation, formål, hvad siger studier) overkapning (hvad siger studier - forskel på unge og voksne. Forskel på om det er accidentalt eller i fbm caries. Dårligere prognose voksne), partiel pulpotomi (prognose). Efterladt fil apikalt i rod- vil du fjerne den? Eller lade den være? (Lade den være, da kanalen har en krumning i området, desuden ingen apikal patologi eller symptomer). Hvordan udføres aspektisk arbejde bedst muligt? Hvad er kriterierne for en sufficient rodfyldning. Vil du lave rodbehandling på en destrueret tand med caries ned til roden?(nej). Lars er generelt meget interesseret i studier og prognoserne for de forskellige behandlinger (det meste står i hans PowerPoints)

Til sidst snakkede vi om erstatningsmuligheder for de manglende tænder. Her kom vi både ind på ætsbroer, konventionelle broer og implantater - fordele og ulemper for lige netop den patient - intet nyt!!

---

I får også lige min erindring. Jeg kom op hos Alireza og Lars Bjørndal (Rehab/TA).

59-årig kvinde der ønskede bedre tyggefunktion og var generet af at føde sætter sig fast ved usurer i OK. Medicin for anæmi og hypertension (husker ikke navne).

1.-2. grads løsning på alle tænder, dybe faciale usurer i OK og en del insufficiente rodfyldninger. Resttandsættet: 7,6,5,3,2,1+1,2,3,4 og 5, 4, 3, 2, 1 – 1, 2, 3, 4, 5 med 11 kontakter.

Alireza ville gerne vide hvilke tænder jeg ville ekstrahere (ubetinget) og det blev til en lang diskussion om 7+ med furkaturinvolvering, mobilitet og knoglesvind til apex. Alireza var ikke enig, da han synes lamina dura var intakt.

Lars ville gerne vide hvilket rodfyldningsmateriale der var lagt i 6+ (stålstifter).

5+: MK-krone, var oblitereret og bar hele belastningen i HS. Her talte vi om traumatisk okklusion og C+file.

Regio 1+1: hjerteformet radiolucent afgrænsning og divergerende rødder. Kom lidt ind på nasopalatinal cyste og stor foramen incisivum.

+4: caries distalt, insufficient rodfyldning og opklaring. Igen ville Alireza vide om jeg ville bevare eller ekstrahere. Jeg ville lave revis og støbt opbygning, ferrule osv. Men den ville Alireza ekstrahere grundet resttandsubstansen. Her brød Lars ind "Ej Alireza, ville du da ikke kunne lave en god ferrule og opbygning på den tand i din praksis?". Han kunne jo ikke svare andet end "jo da" . Vi snakkede også om insufficient rodfyldning, stiftudboring og stift - og rodfraktur ifm. 5-. Lars spurgte om hvad der var vigtigst ferrule eller stift.

Mht. med min egen case talte vi om bidhøjde, S-bøjle, udformning af reciprokerende bøjlegren. Lars var ikke så glad for at jeg havde ekstraheret -8 og mistænkte at det måske var til fordel for protese konstruktionen. Her mindede jeg ham om, at jeg havde lavet en unilateral protese i HSUK og -8 ikke havde nogen betydning for protesens udformning. Alireza ville gerne høre om alternative muligheder i OK og her talte vi lidt om kombinationsprotetik.

Alt i alt var det en rigtig hyggelig oplevelse. Både Lars og Alireza var virkelig søde, og der blev lavet sjov med flere ting undervejs - bl.a. censors alder Held og lykke til jer alle!

---

Lærer: Lars Bjørndahl og Mondana

Ukendt case var 29 årig kvinde, tidligere bulimiker, penicillinallergi, havde kun været til smertekonsultationer de sidste 15 år. Tandsættet var aldersmæssigt meget destrueret flere knækket tænder, insufficiente resutatureringer, insufficient rodfyldning, erosioner, elongeringer mm. Pt manglende tænder i HS og VS UK og ønsket KUN fastprotetik.

Spørgsmålene var 1. præsenter pt kort og angiv overordnet odontologiske problem og overordnet diagnoser, 2. diskuter de endodontiske aspekter, 3. diskuter de rehabiliterende aspekter 4. angiv prognoser for alle nævnte behandlingsforslag og diskuter disse.

Jeg blev spurgt ind til broer (typer, indikationer, kontraindikationer, fordele, ulemper), stifter (længe, størrelse, ferrule, overflade, materiale osv), splitcore, opbygninger, forskellige keramikker der anvendelse og indbyrdes forhold mellem styrke og ift metal (i MPa), æstetik, mundhygiejne, revis udførsel og indikationer, bropræparationer (knive-egde, skulder osv med angivelse af mm), navnet på filene der er mindre end #10 (C+ file), gradvis ekskavering, overkapning, kliniske forskelle mellem pulpitis irreversibilis og reversibilis, necrosis pulpa, anvendelse og funktion af raypex locator, protese forslag med fokus på valg af støtte tænder og indirekte/direktenedføringer, relation mellem visdomstand og canalis mandibularis, MIH og mere til jeg lige kan huske 😊)

Derudover skulle jeg kunne give procentmæssige prognoser for ALT gerne med både 5 og 10 års interval.

Ukendt case ca 70% af tiden, egen ca. 30 %.

Hele stemningen var dejligt afslappet, og Lars filosoferede heldigvis en enkelt gang så jeg kunne slappe lidt af. Censor sagde intet ud over da tiden var ved at være gået og Mondana ville have mig til at tegne 3 forskellige protese konstruktioner. Der er plads til fejl!

Bedste råd:

- LÆS hvad spørgsmålene er og hvad de vil have fokus på (vi kom f.eks. slet ikke ind på erosionerne).
- Bed dem omformulere hvis du ikke forstår spørgsmålet eller er i tvivl (med Lars gerne to gange for spørgsmålene kan være lidt kringlet)
- Træk vejret før du svarer så undgår man mange fodfejl fordi man glemmer at tænke sig ordenligt om

Held og lykke til alle der endnu mangler deres lille skønne dymolabel, I klarer det alle så fint hvis i bare slapper af!

---

Min egen case var TA/PA/REHAB, den ukendte case var KIR/ENDO.

Jeg var inde ved Lars Bjørndahl og Simon Storgaard. De var super flinke og smilede hele vejen igennem og det samme med censor.

Det handlede om en 59 årig mand der var fisker og røg marihuana dagligt. Ellers sund og rask. Havde et ønske om funktion og æstetik af tænder. Dårlig økonomi. Han havde plak overalt og blødning. Egentlig kun få tænder tilbage der var bevaringsværdige, da de posteriore tænder var nedcarieret/fraktureret til gingiva.

Blev spurgt ind til amotio snitføring. Om jeg ville lave amotio eller ekstrahere. Hvor mange tænder jeg ville ekstrahere/amotio på én gang. Fjernelse af cyste, sinusperf, antibiotika.

Forskellige typer af cyster (ægte/ uægte) og hvordan de differentieres og behandles. Om radikulær cyste og apikalt granulom kan differentieres på rtg. Hvordan radikulær cyste dannes. Hvad fluorid gør, hvornår man vælger ikke at rodbehandle en tand længere (jeg sagde caries til furkatur, men han fiskede efter caries i pulpakanaler), revis behandling.

Min case vs den ukendte var fordelt 50/50.

I min case snakkede vi meget om 2 behandlinger jeg havde lavet - en rodbehandling og en ekstraktion. Min pt havde haft oral candidose så blev spurgt ind til hvilken type og behandlingen og prædisponerende faktorer. Og om kemoterapi har en indvirkning på nedsat spyttsekretion (ja, men kun mens man får kemo ikke efter endt behandling).

Alt i alt en behagelig oplevelse.

Prøv at holde fokus, selvom de springer meget rundt... Prøv at tage styringen ved fremlæggelsen og lad ikke komplicerede spørgsmål slå jer ud. Videre.....!

---

Jeg var oppe hos Daniel Belstrøm og Merete Bakke. I den ukendte var der PA, TA, REHAB, KOF, KIR.. Faktisk det hele

Det var en 43-årig patient der ønskede bedre æstetik og øget mastikatorisk funktion. Derudover var han stoppet med at synge fordi at han havde noget diastem. Han ubegrænset økonomi og var desuden interesseret i fast protetik

Alment var han sund og rask, men også ryger

Odontologisk havde han været ude for 2 traumer, ét hvor han pådrog sig nogle skader på de anteriore tænder og ét hvor han havde fået en mandibelfraktur og efterfølgende blevet reponeret med osteosynteseskruer

Klinisk var der:

Bidfunktion: Bilateralt knæklyd ved lukning. Desuden en del mistede tænder og nedsat plads til restaureringer pga elongering af flere tænder

TA: 1+1 avital efter traume og 2+2 rodbehandlet med stift

PA: Galoperende PA i fronten med lavt BI og PI samt vertikale defekter svt. 2+2

Andet: semiretineret 8-

Totalt uoverskuelig case i forhold til behandlingsplanen for i forhold til det rehabiliterende havde jeg slet ikke nok tid til at gå i dybden med meget af det.

Daniel og Merete spurgte på skift om nogle meget KLINISK relevante spørgsmål. Jeg gennemgik patienten med resume og de spurgte lidt ind til spørgsmål hvis jeg gennemgik noget i det kliniske jeg synes var relevant. Det kunne f.eks. være omkring 1+1 som var avitale, men uden større cariesangreb, spurgte de hvorfor det kunne være, og så svarede jeg at han havde traumehistorik.

I forhold til behandlingsplanen snakkede vi meget frem og tilbage omkring den rehabiliterende fase: Vi diskuterede både:

Fast protetik (Tandbesparende metode, men bro ville hænge på tænder med dårlig prognose)

Aftalige protetik (Imod patientens ønske, men muliggjorde at man kunne fjerne dårlige tænder med dårlig prognose og medindrage i protese)

Implantat (Ryger + rapida diagnose udgjorde stor periimplantitis risiko)

Merete spurgte meget ind hvis der var forandringer ift. kæbeled på røntgen. Hun var desuden også enig med mig i at hvis en sublaxation af discus var asymptomatisk var der ikke indikation for behandling

Endeligt brugte vi meget tid på at diskutere indikation for fjernelse af semiretineret 8- og lejring/sværhedsgrad og relation til kanal. Jeg kom til at nævne at man måske kunne tage en CBCT, men sagde derefter at der ikke var evidens for færre nerveskader ved at tage en CBCT, hvorfor jeg spurgte om det var ok at jeg trak mit statement omkring det tilbage. Det var helt okay synes de

Jeg fik cirka 5-10 minutter til min egen patient, og der diskuterede vi mest behandlingsplan og patientens medicinske anamnese. Jeg fik stor ros for at skrive odontologiske bivirkninger ind i medicinskemaet, det var de superglade for

---

Jeg var idag oppe hos Modana (REHAB) og Kim E (TA) og også KOF, og det var været en rigtig god og fin oplevelse. Faktisk mindede det mest om en diskussion som man har haft med KF lærerne.

Jeg fik ca 50-50 tid til ukendt case og min egen.



Min egen case var inden for samme fagområder, så jeg har samlet teorien i et samlet samsurium:

Min case var allerede gået hos Aryan D. Tamin. Men det man kan jo snakke lidt om det man har lyst til at ligge vægt på - så her kommer det jeg kan huske - min case var en 41 årig kvinde tidligere klinik assistent men nu førtidspensionist pga angst og maniodepressiv diagnose.

Hun henvender sig grundet tænder der er knækket, facial caries, dårlig æstetik og tyggefunktion. Hun får en masse forskellig medicin for angsten og din psykiske lidelse. Primært gør det hende mundtør. Hun ryger og spiser ikke så meget men mange hyppige måltider.

Hun erkender bruxisme og har tidligere haft bidskinne. Hun har noget bilateralt krepitation og har oplevet at kæben i venstre side sætter sig fast som hun selv kan reponere.

Hendes kliniske foto bærer præg af mange plastfyldninger og meget facial caries og har mange endodontisk behandlede tænder hvor nogle er insufficiante.

Kim starter ud med at spørge ind til overordnede diagnoser. Som er de klassiske: caries dentalis, funcio laesae aestetila, functio laesae, psykoaoocialis, og jeg kommer ind på om det er en subluxatio/dislocatio,. Kim kommer så videre ind på at snakke caries diagnoser, profylaktiske tiltag, terapeutiske, og hvad der ellers kan gøres ved den cariologiske tilstand (faktorer i cariogrammet).

Vi snakker lidt om behandlinger for æstetikken og når vi har været lidt omkring alt inden for cariologen. Vi taler lidt om bruksime og forebyggelse af dette. Erosioner, attritioner og abrasioner. Vi snakker om intern blegning og kommer derefter over til den rehabiliterende fase. Her snakke vi om forskellige krone typer, proteser og proteseforslag (teorien omkring bøjler linjer mv. ift friendesadler og indskudssadler).

Jeg syntes faktisk vi kommer rimeligt omkring mange forskellige emner, men det her hvad jeg kan huske tydeligt

---

I får lige min OD-erindring fra i går:

Min egen case var TA/Rehab og jeg var oppe hos Klaus og Merete Makvard. Hos mig var det primært Merete, der styrede. Hun spurgte meget ind til kvalitetsvurdering af rodfyldninger og hvordan man får de bedste prognoser og om eksisterende prognosetal. Klaus gik meget op i typer af restaureringer herunder fordele og ulemper. Han spurgte ind til indikationsområdet for stifter og typer samt prognoser for næsten al rehabiliterende behandling. Mit var primært klinisk orienteret og da jeg ikke gik så meget ind i teorien, spurgte de ikke synderligt ind til det.

---

Var oppe hos Azam og Klaus

Ukendt case var TA,REHAB,TMD

41 årig kvinde, har ikke været til tandlægen de sidste 8 år, henvender sig kun ved smerter. Ønsker forbedret smil. Hun føler hun mangler noget at tygge med. Hun tager rigtig meget medicin: 3 præparater mod angst, panthoprezol mod mavesår, og astma inhaler ved behov. Hun har bilateralt krepitation, smerter ved palpation af masseter og temporalis, hovedpine, bruxisme attrition og erosioner. Det var en lidt uoverskuelig patient da hun også havde flere cariesangreb, insufficiante fyldninger og rodbehandlinger samtidig med alt det helbredsmæssige. Der kom også tal på hvor hurtigt hun tygger på 11 gram æble som var på 41 sekunder (ekstremt langsomt). Der var tal om spytskretionen og noget med massen af en tyggegummi efter et stykke tid i munden (vidste ikke hvad det skulle bruges til og vi kom heller ikke ind på det).

Jeg gennemgik hurtigt patienten og de vigtigste diagnoser. Der blev spurgt ind til TMD, kæbeled, krepitation og hvad det kunne indikere. Medicin og hvilke konsekvenser det havde for spytskretionen. Hvordan man skal håndtere sådan en patient med angst.

Blev spurgt ind til caries diagnoser på enkelte tænder, om det var media eller profunda og hvad man kan se på de kliniske billeder. Vi kom ind på successiv behandlinger af profunde caries og indikationerne og hvad formålet var og hvad der var et problem med sådan en patient (at hun også skal komme til 2. seance)

Vi snakkede om ekstern blegning og mikroabrasioner ifm superficielle caries faciale. Kom ind på forskellen mellem glasionomer og plast (glasionomer binder til Ca-ioner i hydroxyl,

plast binder mikromekanisk (adhæsiv)). Vi brugte det meste af tiden på den ukendte case men på min kendte gennemgik vi protese forslag, indirekte retention, hvordan man måler okkluderende tandpar (det er ikke pr steg men noget med der er forskel på præmolar, molar og fortænder).

Det var en meget behagelig oplevelse og de var begge meget flinke og prøver at få så meget ud af dig som muligt. Censor var en champ da det var ham der bød mig velkommen og sagde at han var der for at hjælpe mig (such a cool guy) men han sagde ikke noget da de spørgsmål der blev stillet var meget rimlige.

Jeg lavede en del fejl så i skal ikke være nervøse for at sige noget der er forkert. De går ind i detaljer hvis de kan mærke at det er der du gerne vil hen.

---

Anne havemose og Esben.  
PA & REHAB.

Min ukendte patient manglede +2 og 65,-5. Og havde mange insufficente fyldninger. Jeg blev ikke spurgt om nogen teoretiske ting. Anne havemose spurgte indtil PA behandling. Hvad jeg ville gøre PA mæssigt hos patienten. Hvad jeg ville forvente af effekt på pochemålene efter depuration. Hvordan jeg ville hjælpe patienten mht hendes furkaturinvolveringer mht behandling. Mht rehab skulle jeg komme med behandlingsforeslag til manglende tænder: der snakkede jeg om konventionel bro, ætsbro og implantat, herunder fordele og ulemper. Så spurgte esben indtil komplikationer ved bro, blandt andet hvor hyppigt der kommer pulpa komplikationer efter præp (10 %).

Jeg blev spurgt ind til min egen patients medicin og virkning og hvad jeg skulle være opmærksom på mht. det (AK behandling).

Jeg havde mange fejl i min powerpoint (forkert rtg billed, stavfejl osv) det betød ikke noget.

Jeg havde glemt at journalisere ting i continuationen som f.eks noget af min PA behandling. Det blev hurtigt nævnt men det var bare det. DER ER PLADS TIL FEJL.

Jeg snakkede i cirka 50 min om den ukendte case og 5-6 om min egen patient. Jeg sprang maaange ting over i min powerpoint, fordi de kun vil høre det vigtigste.