

## KF SAU SPØRGSMÅL

- Hvilken betydning har diabetes for caries udvikling? → kan påvirke caries grundet ændring af bakteriesammensætning og øget sukker i spyttet.
- Er der god parodontal resistens?
- Spørgsmål til PA:
  - Hvornår er der sidst blevet depureret?
  - Knogletab radiologisk, hvordan kan det måles? > 2 mm (kalibrer rgt)
  - Kan der være fæstetab uden knogletab? → ja, da parodontalfibrene også går fra emaljementgrænsen til knoglen, og når disse tabes, vil der ikke være et knogletab, men kun fæstetab.
  - Husk at have styr på margo for ikke at overdiagnosticere.
  - Diagnosen retraktioner registreres ikke som selvstændig diagnose, da retraktion er en del af parodontitis.
  - Spiderweb laves EFTER hygiejnefase til prognosevurdering.
- Plakkontrol: behøves ikke laves hele tiden, hvis plak% er faldet og man ikke vurderer der er behov.
- Hvornår bruges diagnostisk ekskavering? → til at beslutte diagnose, behandling og resttandssubstans.
- Rehab spg:
  - Hvordan vurderes opbygningstype? → resttandssubstans
  - Hvad er reglen for antal bropiller? → Ante's lov.
- Spørgsmål til medicin: odontologisk indikation?
- Spørgsmål om patientens beskæftigelse
- Radix relictæ, ligger den reaktionsløst eller ej? er det vigtigt at gøre noget ved den? → afhænger af om der er patologiske tilstande, samt afhængigt af hvilken behandling der skal udgøres.
- Vær obs på forandringer/radiolucente områder mv på rgt.
- Ser lamina dura intakt ud på den marginale knogle? → hvis ja, så ingen knoglenedbrydning.
- Kæbeled: Symmetri?
- Funktionel okklusion, hvor mange okkluderende tandpar er optimalt? 12
- Optimal hvileafstand: 2-3 mm.
- Hvorfor er det formindsket bidhøjde? Stemmer det med at der er dybt bid? Hvis ikke → målefejl.
- Hyppigste årsager til negative papiller? Nekrotiserende PA, calculus eller KIR (laptilpasning).
- Har du set og observeret patienten børste tænder?
- Responderer patienten parodontalt godt? (pocher, blødning)
- Hvad er årsagen til at patienten ikke har været til tandlægen i mange år? Dette siger noget om hvad man kan forvente af patienten fremover.
- Ved PA rapida diagnose → kort hygiejnefase, indkald pt efter 1 måned eller før. PA kir ved stadig fordybde pocher, overvej AB.
- Ift. rehabiliterende behandling, tænk altid på udgiften, kan det betale sig at bevare tanden?

- kig på slimhinder! Kan sige noget om en protese er sufficient.
- Arvelighed ved PA? 50% udgøres af genetiske forhold.
- Hvorfor kun smilelinje fra 3+ til +3? Patient skjuler muligvis bevidst tænderne af æstetiske årsager.
- Vurder kvalitet af tilstedeværende restaureringer → indikation for omlavning? Inducer ikke et behov hos patienten.
- Bruger patienten el-tb?
- Fiksering af tænder der er løse af 2. grad, især inden parodontalkirurgi. Ulemper ved at fikserer ved store diastemata: ekstra plaqueretinerende og desuden kosmetisk kompromitterende.
- Ætsbro kan anvendes til fiksering (jf. Damgaard)
- Hvornår er man storryger? Over 10 cigaretter dagligt.
- God parodontal resistens? Se på risikofaktorer patienten har ift. parodontal status.
- Hvordan kan man forsøge at bevare tænder med dårlig parodontal status? PA-kir, fiksering.
- Antidepressivum bivirkning → mundtørhed.
- Hvad har mundtørhed af betydning for rehabiliterende behandling? Fx manglende retention ved proteser.
- Er der kreption fra kæbeled? (hvis kæbehovedet ser slid ud)
- Fæstetab kan ikke ses på rtg, men det kan knogletab.
- Hvorfor er patientens tænder mistet? Er de tabt i ungdomsårene? I så fald skal man overveje om der er juvenil PA, hvis de er tabt sent, er det sandsynligt at det skyldes caries.
- Vurder pladsforhold til restaureringer.
- Behandling af traumatisk okklusion → aflastning og fiksering.
- Hvordan belaster en protesetand antagonisten? → mindre end en krone.
- For at give en PA-diagnose, skal der være 2 blødende sites.
- Pa patienter går op og ned i faser → der er aktivitets -og passivitets perioder, derfor kan status post kun gives på langtidspatienter hvis det er som overordnet. Enkelttandsdiagnosen POST Pa må gerne gives på korttidspatienter.
- Hvornår behandles usurer? Æstetik, følsomhed eller risiko for fraktur.
- Hvorfor er der ikke caries i usurer? → usurer skyldes at man har børstet kraftigt og flittigt, hvorfor der ofte ikke er plak her.
- Hvornår er el-tb en god ide? → hvis pt fx har indlæringsvanskeligheder. Systematisk review viser at el-tb er bedst.
- Hvorfor kronebehandles rodbehandlede tænder? → forebygge fraktur, da der er risiko for fraktur ved funktion (ikke altid)
- Særligt vævsvenligt materiale: titanium og zirkon.
- Hvad skal man overveje ved valg af plastcement? → kan der tørlægges?
- Insufficente rodfyldninger skal revideres hvis der skal laves støbt opbygning.
- Hvornår er der indikation for omlavning af plastfyldninger ved foodimpaction? → pt generet af foodimpaction eller skader det parodontiet?
- Der skal skylles med natriumflourid ved moderat cariesrisiko.
- Der skal ikke skylles hvis patienten får duraphat tandpasta.
- Hvordan er holdbarheden ved klasse V fyldninger ved hhv. brug af plast og GI? → holdbarheden bedst med GI. Skyldes at der kommer mere caries i relation til plast.

- Hvorfor kan der med fordel anvendes GI til klasse V? → fluorafgivelse (godt ved cariesaktive patienter), god holdbarhed og godt hvis det er vanskeligt at tørlægge.
- Hvornår skal der bruges tandtråd? → ikke altid, hvis pt. holder fint rent er der ikke grund til at belemre med dette.
- Depuration før instruktion for at undgå parodontale abcesser → kun i teoretisk forstand.
- Tori mandibularis behandling → fjernelse ved ukompliceret kirurgisk procedure hvis de er i vejen.
- Hvorfor er oral lichen planus vigtigt? → svært at holde rent ved smerter og det har malignt potentiale.