

Integreret eksamen i oral kirurgi samt oral patologi og medicin - SODK19042E



22

07 juni 2021

Planlagt: 09:00 - 13:00

Eksamensnr: 22

Plads: ITXM-061

Side 1 af 12

Opgave 1

- A. Hvilke patienter er i risiko for udvikling af osteoradionekrose og hvor opstår den hyppigst?

SVAR: Patienter der har været i strålebehandling i forbindelse med cancerterapi. Osteoradionekrose opstår hyppigst i mandiblen, hvor knoglen er mere kompakt i forhold til maxillen, hvilket har indflydelse på blodforsyningen.

- B. Nævn mindst 5 risikofaktorer for udvikling af osteoradionekrose

SVAR:

Traume

Kirurgisk behandling

Strålefeld

Strålefaktor (Gy)

Dårlig sundhedstilstand (rygning, alkohol) og fejlernæring.

Immunkompromittering

- C. Hvilke patienter er i risiko for udvikling af medicin-relateret osteonekrose i kæberne (MRONJ) og hvor opstår den hyppigst?

SVAR: Patienter i behandling med antiresorptiv medicin herunder bisfosfonater og denosumab. MRONJ opstår også hyppigst i mandiblen.

- D. Du modtager en ny patient på din klinik og finder ubetinget indikation for ekstraktion af 5-. Patienten oplyser at være i antiresorptiv medicinsk behandling.

Hvilke supplerende oplysninger har du behov for mht. patientens antiresorptive medicinering mhp. at afgøre om du selv kan varetage ekstraktionen, om patienten skal henvises til privatpraktiserende specialtandlæge i tand-, mund- og kæbekirurgi, eller skal henvises til den lokale kæbekirurgiske hospitalsafdeling?

SVAR: Jeg skal vide hvad patienten er i behandling for: osteoporose, adjuverende cancerterapi eller i terapi for cancer med metastaser. Førstenævnte behandles som regel med lavdosis og såfremt patienten har været i behandling i op til 4 år med lavdosis kan behandlingen foretages hos privatpraktiserende tandlæge. Såfremt patienten har været i behandling i mere end 4 år med lavdosis bør behandlingen foretages hos privatpraktiserende specialtandlæge. Adjuverende behandling ved cancer uden metastaser kan også foretages hos privatpraktiserende specialtandlæge. Hvis patienten er i cancerbehandling med højdosis antiresorptiv medicin bør behandlingen foretages i hospitalsregi.

Opgave 2

En af dine patienter, en 60-årig mand, har røget ca. 20 cigaretter i 30-40 år. Han har lyst til at stoppe med rygevanen, men spørger dig, hvad han egentlig risikerer ved at ryge. Han har fra sin tidligere tandlæge hørt om øget forekomst og behandlingsresistens af parodontitis samt nedsat implantatoverlevelse, men tandlægen nævnte også nogle slimhindeforandringer, men han kan ikke huske, hvilke det drejede sig om.

A. Angiv hvilke slimhindeforandringer du vil nævne for ham?

SVAR:

Ryggers gane

Leukoplakier herunder fingeraftryksleukoplaki

Ryggers melanose

Håret tunge

Planocellulært carcinom

Oral candidose

B. Beskriv kort de kliniske karakteristika for hver af de ovennævnte forandringer, herunder om de kun forekommer ved rygning, samt hvordan de diagnosticeres.

SVAR:

Ryggers gane forekommer typisk ved piberygning og ses som hvidlig ganeslimhinde med erythem sv.t. spytkirtlerne i ganen.

En leukoplaki er en udelukkelsesdiagnose og fremstår klinisk som en hvidlig forandring af forskellig størrelse, homogenitet (blandet rød hvid, velafgrænset/diffus, noduleret eller jævn overflade), lokalisation og graden af epitheldysplasi. En leukoplaki kan også forekomme hos ikke-rygere.

En fingeraftryksleukoplaki kan f.eks. ses på kindslimhinden som en hvidlig forandring med et fingertryk lignende udseende. Dette ses i forbindelse med rygning.

Ryggers melanose fremstår som diffus pigmentering på den faciale gingiva og kan kædes sammen med oplysning om rygning. Diffus melanose kan også ses hos personer med generel mere melaninproduktion (fysiologisk).

Håret tunge kan ses som øget keratinisering af tungens filiforme papiller. Ved seponering vil dette normaliseres.

Et planocellulært carcinom kan ses med voldformede rande, ulceration der ikke heler, volumenforøgelse, induration (hård og ikke frit-forskydelig). Et planocellulært carcinom kan også forekomme hos ikke-rygere.

Oral candidose kan forekomme hos rygere og ikke-rygere, men rygning kan være en prædisponerende faktor. Oral candidose diagnosticeres ved sammenholdelse af kliniske fund/symptomer og paraklinisk undersøgelse/skrab.

C. Redegør for hvilke(t) tiltag du vil iværksætte for hver enkelt forandring, hvis den var til stede hos patienten.

SVAR: Rådgivning om rygestop er afgørende og vigtigt ved alle forandringer. For de fleste forandringer er der tale om reversible tilstande, således at de forsvinder ved rygesponering. Desuden er rygers melanose eller rygers gane ikke potentielt maligne og kræver ingen yderligere behandling. Det er en leukoplaki derimod. Ved en leukoplaki med malign mistanke eller med epitheldysplasi bør forandringen hhv. henvises og fjernes. Patienten skal henvises til pakkeforløb hvis der er tale om et planocellulært carcinom. Dette er ikke en reversibel tilstand. Ved oral candidose behandles med antimykotika.

D. Patienten har som nævnt lyst til at stoppe med rygevanen. Hvorledes vil du hjælpe patienten?

SVAR: Der findes en række tilbud til rygestop, f.eks. kan rygestoplinjen benyttes. Jeg vil forsøge at motivere patienten, da han netop udtrykker at han har lyst. Sammen med patienten kan man finde ud af hvornår han har mest behov for at ryge således at man kan finde på et alternativ. F.eks. almindelig tyggegummi. Tyggegummi med nikotin kan også anvendes i en periode. Når patienten kommer til undersøgelse kan jeg vise ham hvordan hans orale helbred bliver bedre og spørge ind til hans rygevaner. Denne konfrontation og oplysning er gavnlig.

Opgave 3.

Du finder indikation for ekstraktion af 7,6- på en 82-årig mand, der oplyser at være i marevan-behandling pga. atrieflimren. Patienten har ikke andre generelle lidelser og tager ikke anden medicin.

A. Er der indikation for pausering af den antitrombotiske medicinering forud for de planlagte ekstraktioner?

SVAR: Det er vigtigt at sammenholde risici ved pausering af antitrombotisk behandling og dermed risiko for trombose med risikoen for øget blødning. Her er der ingen indikation for pausering af behandlingen. Der er tale om et mindre dentoalveolært kirurgisk indgreb og ekstraktion af to tænder kan sagtens foretages med de nødvendige lokale forholdsregler.

- B. Beskriv i detaljer hvordan du vil sikre dig at behandlingen kan gennemføres med mindst mulig risiko for blødningskomplikationer og hvordan du vil gennemføre selve indgrebet.

SVAR: Da marevan er en vitamin K antagonist giver det mening at måle patientens INR værdi. Denne bør ikke være mere end 3 dage gammel og bør være mellem 2-3. Hvis den er over 3 bør indgrebet udskydes og fokus for patienten bør være at komme til lægen.

Jeg vil ud over en regionær analgesi benytte mig af en facial infiltration med lokalanalgetika med adrenalin som vasokonstriktor. Jeg vil sørge for at jeg har gaze, tranexamsyre og spongostan samt suturer til rådighed. Et varmt instrument kan være nødvendigt hvis der måtte komme siveblødning fra et kar. Hvis jeg har vurderet indikation for ekstraktion vil jeg forsøge skånsom luxering af tænderne, først 7-, da blodet løber bagud og kan sløre overblikket, og dernæst 6-. Jeg vil ekstrahere tænderne med en tang. Efter ekstraktion vil jeg inspicere alveolen og klemme alveolen sammen. Med gaze væddet i tranexamsyre vil jeg påføre kompres, lade patienten bide sammen og sætte ham op i stolen. Hvis jeg ikke kan opnå hæmostase på den måde vil jeg lægge spongostan i alveolerne og en krydssutur henover.

- C. Hvad skal din postoperative information til patienten omfatte, er der indikation for antibiotika og hvad vil du ordinere af smertestillende medicin?

SVAR: Patienten skal informeres om at holde sig i ro og undgå fysisk aktivitet de næste par dage. Der bør indtages kolde drikke og kold flydende kost. Derudover udleverer jeg gaze og informerer patienten om at påføre kompres i tilfælde af at der måtte opstå siveblødning.

Jeg skal være opmærksom på interaktionen mellem marevan og paracetamol samt marevan og ibuprofen. Paracetamol kan gives i op til 2 doser (1 g x 2 dgl) uden at det resulterer i øget blødningstendens). Ibuprofen er en trombocythæmmer, som jeg gerne vil undgå at ordinere til patienten. Såfremt smerterne er stærke og ikke kan slås ned med paracetamol eller ibuprofen kan morfin overvejes (10 mg hver 4. time).

Opgave 4

En 55-årig kvinde henvender sig med stærkt generende brændende symptomer fra mundslimhinden fra både kindslimhinder og tunge. Symptomerne er opstået for ca. 14 dage siden, og en af dine kolleger har set patienten og mener det kan dreje sig om "burning mouth syndrome" (BMS). Patienten er fuldt betandet med mange keramiske restaureringer og fyldninger. Intet aktuelt medicinindtag. Klinisk undersøgelse viser udtalt diffust erytem og hvide stregtegninger i begge kindslimhinder samt på tungens siderande.

- A. Redegør for hvilke anamnesticke oplysninger du ønsker uddybet, og begrund hvilke kliniske fund du finder vigtige i forhold til den videre udredning af patienten, herunder din kollegas forslag om BMS.

SVAR: Jeg vil gerne vide om patienten er gået i overgangsalderen (fald i østrogenniveauet) samt spørge lidt ind til hendes psykologiske tilstand. Er der sket noget for 14 dage som kunne have været en udløsende faktor. BMS menes at have en endokrin, neurologisk og psykologisk ætiologi. Derudover vil jeg spørge patienten hvor længe smerterne persisterer ad gangen. BMS diagnosticeres såfremt smerterne har været tilstede i 3 måneder og 2 timer dagligt. Ved BMS er der ingen synlige kliniske forklaringer.

Ved BMS kan tale og stress forværre de brændende og sviende symptomer mens kolde fødevarer eller at sutte på tabletter kan virke lindrende.

Derudover vil jeg spørge patienten om hun har symptomer fra andre slimhinder eller fra hud og negle. Da der ses diffust erytem og hvide stregtegninger kan der være tale om en anden slimhindelidelse eller hud- og slimhindelidelse.

- B. Under anamneseoptagelsen oplyser patienten, at hun for 3 uger siden var i penicillinbehandling pga. en maveinfektion. Redegør for dine diagnostiske overvejelser, herunder diagnose(r) du finder mest sandsynlig(e), og eventuelle parakliniske undersøgelser du finder relevant(e) selv at udføre.

SVAR: Antibiotikabehandling forskyder normalfloraen og der kan opstå en opportunistisk infektion med f.eks. candida albicans. Der kan her være tale om oral candidose. Her kan der netop også ses diffust erytem. De hvide stregtegninger kan være en anden diagnose, oral lichen planus (OLP). Der kan nemlig forekomme sekundære infektioner ved tilstedeværelse af OLP.

Jeg vil først og fremmest tage et skrab for at kunne diagnosticere oral candidose. Hvis denne diagnose kan stilles og behandling gennemføres vil jeg undersøge de bilaterale hvidlige stregtegninger og her kan en biopsi komme på tale med henblik på diagnosticering af OLP.

C. Redegør i detaljer for, hvorledes du vil behandle, informere og opfølge patienten.

SVAR: Jeg vil informere patienten om at der er tale om en svampeinfektion. Mange mennesker er bærere af candida albicans som kan udløse en infektion f.eks. efter antibiotikabehandling som i dette tilfælde. Der kan behandles med antimykotika. Jeg kan ordinere Nystatin mikstur (vigtigt: sukkerfrit!). Patienten skal skylle munden med 1 ml 4 x dgl. Da der her er tale om en akut infektion bør patienten behandles i 2 uger. Derefter kan der tages et nyt skrab for at vurdere behandlingsresultatet.

Hvis der herefter vurderes at patienten også har OLP vil jeg informere patienten om at det er en autoimmun hud- og slimhindelidelse som kan manifestere sig i forskellige grader og ikke nødvendigvis kræver behandling. Hvis der er symptomer fra hud eller øvrige slimhinder vil jeg anbefale at patienten henvender sig hos egen læge. Derudover skal jeg kontrollere patientens slimhinder regelmæssigt, da OLP er en potentiel malign lidelse (selvom risikoen for malign udvikling er lille).

Opgave 5.

En 16-årig dreng med agenesi af 5+ henvender sig, idet 05+ er løsnet af 1. grad og øm ved tygning. Du finder indikation for ekstraktion af 05+ og skal vejlede patienten mht. videre behandlingsmuligheder.

A. Nævn 3 behandlingsalternativer for den endelige behandling af tandmanglen samt minimum en fordel og ulempe ved hvert behandlingsalternativ

SVAR:

Implantatbehandling: denne behandling giver god funktion og æstetik og der er en god prognose for implantatbehandling. Behandlingen er en del af regionstandplejen. Ulempen ved implantatbehandling er at der er behov for pladsholdere indtil væksten er ophørt og det er en længerevarende behandling. Desuden kan æstetikken og hygiejnen være kompromitteret hvis mængden af den keratiniserede gingiva er lille. Hvis implantatet isættes for tidligt er der risiko for infraposition.

Ortodontisk lukning: Her opnås tidligere afslutning af behandlingen og det er ikke nødvendigt at vente til væksten er ophørt. Her er det dog vigtigt at tage tyggefunktion, okklusion og æstetik i betragtning. Da der er tale om en 5+ vil det ikke kompromittere æstetikken i noget stort omfang. Derfor er det vigtigste at der tages hensyn til okklusionen og tandbuerne samlet set.

Autotransplantation: Det er muligt at 5+ erstattes med f.eks. en 8+. Det vigtigste er at man ikke skaber en nyt problem et andet sted når der foretages

autotransplantation. Det er mest optimalt hvis tanden som skal autotransplanteres er 2/3-3/4 rodslukket så det terapeutiske vindue er lille. Denne behandling resulterer ikke i infraposition af tanden og tanden "følger" med væksten. Der skal dog tages hensyn til okklusion og tyggefunktion her. Med denne behandling skal der heller ikke ventes til væksten er ophørt og der skal ikke foretages videre behandling.

- B. Du ender med at finde indikation for at 5+ skal erstattes med et implantat. Hvornår vil implantatbehandlingen kunne gennemføres?

SVAR: Det er ikke muligt at sætte en præcis alder på hvornår behandlingen kan gennemføres, men sandsynligvis i 20'erne. Alder, højdemål og håndrøntgen kan bruges til at vurdere væksten. To profilrøntgenbilleder sammenholdt ved superponering er et godt værktøj til at vurdere om den alveolære vækst er standset.

- C. Hvilken mesio-distal afstand mellem 6+ og 4+ vil du kræve som minimum for at kunne indsætte et implantat med en diameter på 4,2mm? Og hvilken radiologisk metode vil du anvende til at sikre at du vil kunne anvende et implantat med en længde på 11mm?

SVAR: Der skal minimum være 1,5 mm til hver nabotand og det vil betyde at der skal være minimum 7,2 mm i mesiodistal retning. Dette måles cervikalt og palatinalt. En OP-optagelse med en kalibreret kugle kan anvendes til at vurdere den vertikale højde og afstanden til f.eks. sinus (2 mm til vitale strukturer).

Opgave 6

Hos en 38-årig mand, der er ny patient på din klinik, opdager du ved et rutinemæssigt eftersyn en hævelse midt i den hårde ganes centrale del (midtlinjen). Hævelsen er hård som knogle og dækket af normal slimhinde. Den hvælver sig ½ cm over ganeslimhindens niveau og er ca. 1 cm i diameter. Adspurgt oplyser patienten, at han ikke er generet af hævelsen, at den "altid" har været der, og at hans mor har en lignende forandring i ganen.

- A. Redegør for dine diagnostiske overvejelser.

SVAR: Da forandringen er placeret centralt, er knoglehård og altid har været tilstede er det meget sandsynligt at der er tale om torus palatinus. At patientens mor også har en lignende forandring underbygger dette, da der er tale om arvelig ætiologi.

Forestil dig en lignende patient der henvender sig på grund af en hævelse som den beskrevne beliggende på overgangen mellem den hårde gane og processus alveolaris regio +6,7. Denne patient har dog ikke bemærket hævelsen før for et par måneder siden, og den er gradvist tiltaget i størrelse. Ingen symptomer bortset fra hævelsen. Patienten kender ikke til lignende tilfælde i familien. Ved palpation er denne hævelse fast, men på ingen måde hård som knogle.

B. Redegør for dine diagnostiske overvejelser, eventuelle supplerende kliniske/parakliniske undersøgelser og anfør specifikke diagnoseforslag.

SVAR: En unilateral hævelse i ganen, som ikke er knoglehård kan være forårsaget af noget odontogent men der kan også være tale om en spytkirteltumor.

Et periapikalt røntgenbillede af +6,7 sammenholdt med en klinisk undersøgelse der indebærer pochemåling, vitalitetstest, palpation og perkussionsømhed kan indikere om der er tale om en parodontal eller en endodontisk læsion herunder parodontitis chronica complicata gravis, parodontitis totalis, necrosis pulpa et parodontitis apicalis chronica.

Hvis en odontogen ætiologi kan udelukkes bør denne forandring henvises, da der kan være tale om et pleomorft adenom (benigt) eller mukoepidermoidt carcinom, adenocystisk carcinom eller polymorft adenocarcinom (maligne tumorer).

C. Hvad vil du gøre med henblik på endelig diagnostik og behandling (begrund dit svar)?

SVAR: 50 % af alle spytkirteltumorer forekommer i ganen og 50 % af disse er maligne. Da der ikke er de karakteristiske malignitetstegn (ulceration der ikke heler, voldformede rande, volumenforøgelse og induration) er det ikke muligt at vurdere om der er tale om en benign eller malign tumor og derfor bør denne forandring henvises med henblik på diagnostik og behandling.

Opgave 7.

En 27-årig kvinde blev i forbindelse med håndboldkamp ramt på underkæben af modspillers albue for 2 dage siden. Hun henvender sig på din klinik og klager over smerter svarende til højre kæbeledsregion og venstre kæbevinkel. Endvidere synes hun, at sammenbidet er ændret. Endelig er der nedsat følelse svarende til venstre del af underlæbe og hagen. Den kliniske undersøgelse giver ikke mistanke om mellem-ansigtsfraktur. Der er udtalt ømhed svarende til basis mandibulae regio -8 samt højre kæbeledsregion. Intraoralt ses let hævelse i sulcus alveolobuccalis regio -6,7,8 samt sublingualt i venstre side. Slimhinden i disse regioner er endvidere blåligt misfarvet. Der er let åbent bid i højre side.

A. Hvilke tentative diagnoser vil du stille?

SVAR:

Hypoæstesi n. alv. inf. sin. obs pro.

Fractura angulus mandibulae sin. obs pro.

Fractura proc. condylaris dext. obs pro, fractura collum mandibulae dext. obs pro, fractura caput mandibulae dext. obs pro.

Hydarthron articulationis temporomandibularis dext. obs pro.

Subluxatio disci ad posteriorem articulationis temporomandibularis dext. pro.

B. Patienten spørger dig hvad behandlingen vil omfatte. Hvad vil du svare?

SVAR: Behandlingen afhænger af skadens omfang. Hvis der er tale om en inkomplet fraktur af angulus mandibulae og den er placeret favorabelt i forhold til muskeltilfhæftning er det ikke nødvendigt med en operation hvor knoglefragmenterne sættes sammen med skruer og skinner. Men hvis der er tale om en komplet fraktur er dette nødvendigt. Der er desuden behov for intermaksillær fikstion for at stabilisere okklusion.

Helingsperioden ved frakturer varer 4-5 uger og patienten skal undgå fysisk aktivitet og indtage skånekost.

C. Patienten spørger dig hvilke komplikationer og gener, som der må forventes på lang sigt. Hvad vil du svare?

SVAR: Der er risiko for udvikling af TMD, herunder discusdisplaceringer eller osteoartrose i kæbeledet. Derudover kan den nedsatte følelse i underlæben og hagen persistere hvis der er sket stor skade på n. alv. inf.

I forhold til tænderne er der risiko for devitalisering af tænderne omkring frakturlinjen og dermed behov for endodontisk behandling. Der også risiko for eksterne resorptioner.

Opgave 8

En 47-årig mand henvender sig med ømhed ved tygning i venstre side af underkæben. Intraoralt røntgenbillede viser en velafgrænset radiolucens svarende til rodspidsen af -4, ca. 1,5 cm i diameter. Tandens rod er behandlet og forsynet med en rodstift og er optimalt kronebehandlet. På røntgenbilledet ser du endvidere en lille velafgrænset radiolucens midt mellem rødderne på -4 og -5, ca. 0,5 cm i diameter. -

5 er vital. Patienten har ingen kendte systemiske sygdomme og tager ikke dagligt medicin.

- A. Redegør for dine diagnostiske overvejelser vedrørende fundene i venstre side af underkæben, herunder eventuelle kliniske undersøgelser som du vil udføre.

SVAR: En velafgrænset radiolucens på 1,5 cm i diameter apikalt for en avital tand er med stor sandsynlighed en radikulær cyste (udgør størstedelen af de odontogene cyster) forhold til denne cyste kan der foretages perkussionstest og pochemåling.

En velafgrænset radiolucens mellem rødderne på to præmolarer i underkæben er med stor sandsynlighed en lateral periodontalcyste. Der kunne også være tale om en opklaring relateret til den avitale -4 udgået fra en bikanal. Der kunne dog også være tale om en keratocyste som også kan være unilokulær og ses mellem tandrødder. Et centralt kæmpecellegranulom kan også forekomme mellem tandrødder men er hyppigere hos kvinder under 20 år. Et ameloblastom kan heller ikke udelukkes og kan også ses som en unilokulær radiolucens. Ameloblastomer diagnosticeres hyppigst over 40 års alderen. Her kan det være relevant at inspicere for hævelse og opdrivning af knoglen selvom dette er usandsynligt da forandringen er så lille.

Du beslutter dig for at fjerne den apikale radiolucens på -4 og foretage rodresektion samt retrograd rodfyldning af tanden. Samtidigt fjerner du den mindre radiolucens mellem rødderne på -4 og -5. Det fjernede væv sender du til histologisk undersøgelse.

Beskrivelsen fra patologen lyder:

Vævsstykke 1: "Væv apikalt -4: Der ses et afrundet vævsstykke med et centralt lumen, hvori ses nekrotiske vævsrester med spalteformede hulrum efter kolesterolkrystaller. Beklædningen udgøres af uforhornet pladeepitel, der er varierende af tykkelse. Herunder ses kollagent bindevæv med ret kraftig kronisk inflammation bestående af en blanding af lymfocytter og plasmaceller samt spredte makrofager. Også i bindevævet ses stedvist ansamlinger af spalteformede hulrum efter kolesterolkrystaller, og i relation hertil fremmedlegemereaktion. Ingen tegn på malignitet".

Vævsstykke 2: "Biopsi af radiolucens mellem rødderne på -4 og -5: Snit viser et aflangt vævsstykke, der synes at have udgjort en del af en cystemembran. Den ene lange side er beklædt med et tyndt uforhornet pladeepitel med spredte fokale fortykkelser af epitelet (epiteliale plaques). Herunder ses kollagent bindevæv uden inflammation. Ingen tegn på malignitet."

B. Hvilken væske fikserer du det fjernede væv i efter udtagelsen og under fremsendelse til patolog?

Formaling 10 % (eller formaldehyd 4 %).

C.1. Hvad er den endelige kliniske/patologiske diagnose på vævsstykke 1: Radiolucensen apikalt for -4, og hvorledes klassificeres denne cyste i WHO's cysteklassifikation?

SVAR: Det er sandsynligt at der er tale om en radikulær cyste sammenholdt med de kliniske fund. Denne cyste er en inflammatorisk odontogen cyste.

2. Hvilken betydning har fundet af spalteformede hulrum efter kolesterolkrystaller og hvordan er disse opstået?

SVAR: Hulrummene er opstået da kolesterolkrystallerne udvaskes efter afkalkning når biopsien bearbejdes.

D.1. Hvad er diagnosen på vævsstykke 2: Radiolucensen mellem rødderne på -4 og -5, og hvorledes klassificeres denne cyste i WHO's cysteklassifikation?

SVAR: Der er tale om en lateral periodontal cyste. Det er en udviklingsbetinget odontogen cyste.

2. Hvorledes vil du forholde dig til den videre behandling og kontrol af denne cyste (begrund dit svar)?

SVAR: Denne cyste har ikke stor recidivtendens og derfor er der ikke behov for yderligere behandling eller kontrol.