

Erindringer OD 2016

1. Var oppe hos Malene og Gitte Bruun (min egen case var TA/REHAB (KIR))

Ukendt case handlede om omfattende Caries, insufficiante rodfyldninger, insufficient ætsbro i bro (pts primære henvendelse) og en retineret 8'er i UK samt en masse andet jeg desværre ikke husker. Lidt en god blanding af det hele på nær protese.

Blev spurgt ind til detaljeret behandling af revision af rodfyldninger, hvordan 8'eren på billedet var lejret samt detaljeret behandling af denne og hvordan man ser om der er tæt relation og hvordan den er lejret. Derudover blev jeg spurgt ind til hvordan en abcæs breder sig og hvornår den typisk gør mest ondt. Antibiotika præcise doseringer til akutte tilstande og sinus perf (samt virkningsspektsamt) detaljeret gennemgang af hvordan man sørger for hvordan lappen til en stor sinus perf bliver lavet og hvordan man sørger for der er plads til at den kan ligge over perfen.

Derudover blev jeg spurgt ind til hemisektion; hvordan vurderer jeg om der er rodfraktur klinisk; hvordan viser nerveskader sig for patienten; alternative behandlinger for ætsbro i front og hvorfor. Kan simpelthen ikke huske hvad de spurgte om ellers. Men det var en rigtig behagelig oplevelse og det hele er meget afslappet synes jeg, også selvom man ikke kan svare på det hele!

2. Jeg havde en rigtig god oplevelse hos Ulla og Esben.

Case: 52-årig, bager, ingen sygdomme/medicin, meget caries/radices. Pt havde et æstetisk problem, men jeg vurderede, at han også måtte have tyggeproblemer (forklarede dog, at pt og behandler ofte ser forskelligt på dette).

Vi snakkede om succesiv, erosioner, attrition, klasse I og II-fyldninger, prognose for plast (2-3% omlavninger pr. år), ubetinget ex, proteseforslag, definition på indirekte retention, forslag til øget retention.

Mit råd: hav selvtillid og tal meget af dig selv.

3. Jeg var hos Palle og Mondana. Det var også en god oplevelse især fordi Palle lader én vide om man svarer rigtig el forkert.

Case: 59 årig mand. Medicinsk kompromiteret af diabetes type 2 hvor af han tager 3 præparater, 2 præparater for hypertension og statiner for kolesterolnedsænkning. Han har let parodontitis, klager over misfarvet fortand og nogle knækkede tænder. Ingen tygge problemer hvilket jeg undrer mig over pga 7 okkluderende tandpar. Senere beh forslag

tager jeg højde for dette. Vi talte meget medicin og diabetes ifht pa. Pa beh plan 1 og 2, antibiotika, Pa Endo læsioner da der var 2 apikale opklaringer uden caries. Intern blegning, facade. Vedr. Protetisk erstatning kom vi ind på både, broer, imp og protese. Lidt kir ifht radikulær cyste (det var der slet ik i min case) og lukning af sinus perf.

4. Når I skal forberede Jer, så trækker en USB, som bliver sat i en PC og casen bliver printet. Sidste slides står der ca 3-4 spørgsmål, som I kan tage udgangspunkt i. Der er blyant, viskelæder, overstregningspen, papir, slik og vand. I får casen med ind til forberedelse, så lad vær med at bruge tid på, at skrive en masse ned om anamnesen. Den har I på slides til præsentationen. I kan tage noter på den printet udgave om anamnese. Jeg trak en case med TA/ENDO og beh. med protese(unitor ok) og smerter venstre side(41 årig mand).

Jeg kom ind til Kim(good cop) og Klaus(Bad cop). Ligelig tidsfordeling imellem ukendt og kendt case. Du starter med at forklare og fortælle om pt. overordnet problem. Undervejs spørger Kim ind til enkelt tandsdiagnoser på TA/ENDO og evt. behandling. Ligeledes spørger de om mest sandsynlige årsag til smerter, radix+profund caries venstre side. Kim havde et enkelt trick spørgsmål: Pt. har ondt fra en tand med profund caries og apikal opklaring, vil du bedøve? Svar altid nej, os selvom pt. har ondt. NERVEN ER DØD !

Kim er nem at forstå og spørger til det mest basal. Ingen svære spørgsmål. Klaus er meget specifik i sine spørgsmål og elsker at spørge om atrofi af knogle efter ex. Især referer han til en undersøgelse i hans forelæsning(kunne på ingen måde huske det). Han spurgte til CRCO stel tykkelse(svar 0,5-1mm). Han spurgte om formålet med at have 2 retinerende grene på en unitor. Han spurgte om forskellige typer broer i kindtandsområdet og har du en indtakt tand, da kan laves ætsbro(wrap around) præparation på den ene og MK præparation. Husk at han godt kan lide, at man siger, at ingen behandling er en mulighed, især hvis pt. ikke selv har ønsket nogen behandling. Man når ikke at gå i dybden med mange ting, især ikke sin egen case. Der er det mest behandling og hvorfor man har valgt den behandling og om man kunne have lavet en anden behandling. Klaus snakker meget og fortæller meget. Lad ham snakke, så går tiden Alt i alt en god oplevelse, men Klaus er svær at forstå og han spørger meget specifikt og lidt kringlet.

5. Jeg fik lige samme case!! Patienten har dog også en del PA, hvilket vi snakkede meget om. MH var dårlig og de gik meget op i at den skulle optimeres før der blev lavet proteser ellers ville tændernes prognose forværres. Var oppe hos Rezza.. Så blev spurgt meget ind til stifter ofc!!! ALT OM STIFTER!! Hvilke typer der findes, hvilke materialer de findes i osv... Hvorfor der kom stiftfraktur, hvordan det kunne undgås osv osv. Vi snakkede desuden rigtig meget om akrylproteser og han spurgte meget ind til de bukkede bøjler, hvilke typer der findes og hvornår man bruger de forskellige (jeg havde ingen ide, og fandt aldrig ud af det)!! Held og lykke.

6. Min OD-oplevelse.. Jeg var oppe hos Lars Bjørndal og Klaus G (Bad til gud om at han ikke kunne huske jeg spillede ham i Revy ;))..

Trak en case med en 43 mand.. Han havde en 15 år gammel ætsbro i front som patient gerne ville have gjort noget ved. Rigtig meget caries (og kronisk caries) pga. sukker forbrug.. Han havde desuden en semiretineret 8-, op af en 7- med apikal opklaring og insufficient rod fyldt, samt flere andre rodbehandlede tænder.. Jeg skulle (1) Komme med diagnoser (2) Vurdere endodontiske behandlinger (3) Komme med protetisk forslag til behandling af front (4) Vurdere prognose for behandling.

Jeg præsenterede case'en ud fra de relevante områder og gik egentlig ret slaviske igennem diagnoser uden at blive afbrudt.. Da vi nåede til (2) gik Lars igang med at spørge meget ind til endo og revis hvor jeg skulle beskrive principperne for revis (Der blev bl.a. spurgt hvor længe guttasoft skal ligge og blødgøre, hvilket jeg bare med en sikkerhed i stemmen svarede 1minut uden at vide det - De nikkede...). Lars ville desuden vide noget om morfologien af rodkomponenterne i de forskellige tænder mhp. kanalernes form (8-tal, aflange osv..). Lars spørger hvorfor knoglestrukturen i regio 7,6- kan være svær at vurdere på rgt, hvortil svaret er pga. bl.a. fovea submandibularis eller linea mylehyodea overlapper.

Klaus var meget interesseret i behandling af ætsbro i front, hvortil jeg anbefalede fuldkeramisk 3-leddet bro (Og her snakkede vi fra A til Z om keramiske materialer og trykstyrke (PRÆCISE VÆRDIER i MPa), samt fordele for MK vs Fuldkeramisk.

Slutteligt i relation til min egen patient case, diskuterede vi behandling meget relateret til udboring til støbte opbygninger og lidt materialeegenskaber (Klaus G var i set es).

Censor var BOSS på et tidspunkt, da han sagde til Klaus G at vi ikke lærte noget om aktive skrueretineret stifter da han begyndte at spørge, og ville derfor gå videre fra det emne - Jeg snakkede dog lidt med alligevel på spørgsmålet, da jeg havde forberedt mig på de spørgsmål da det var ret relevant til min egen patient ;)) ..

P.s. Der går NEMT 10min af tiden med at Lars Bjørndal snakker og filosoferer i hans egen verden, og til sidst stiller et spørgsmål som man ikke helt har hørt eller forstår fordi man er lost på vejen til spørgsmålet.

De er alle søde, og god oplevelse. The best of luck!

7. Case Ta/Rehab Min egen semester pt Ta/rehab Kim E/Esben

Min case: En 41-årig mand, testikelkræft og rygmarv kræft. Han er behandlet for kræft og har været rask i 10år. Ingen medicin indtag på nuværende tidspunkt. Drikker 2-3 gange cola om dagen samt juice og te med honning... Han propper sig med sukker dagligt!! Han er arbejdsløs = begrænset økonomi = behandlingsplan skal være økonomisk! Kim vil høre, hvordan jeg hjælpe pt økonomisk (da jeg lige har været op i samfundsodontologi) = støtte fra kommunen og det skal gå hurtigt pga smerter!

Han har smerter fra hele tandsættet, men mest fra VS. Smerterne er spændingssmerter.

Tandsæt: MANGE radices med apikalopklaringer, rodbehandlede tænder med apikalopklaringer, jaa, han har mange tænder der skal ud. 2-3 tandpar kontakter.

Højre side: 7,6+ er kun rødderne tilbage. 7,6- er elongerede med store AM fyldninger.

Der er ingen plads til rehab erstatning da han tygger på 7,6+/slimhinden.

Vestre side: +5 kun roden tilbage. +7 er rodbehandlet med apikalopklaring. -5 kun roden tilbage. -7 med stor AM men ellers intakt. Okklusionen er kun på vs og bæres af +7 -7 =

så +7 MÅ ikke trækkes ud da bidet vil falde sammen. (Jeg ville have trukket den ud men det var dumt!!)

På OP kunne jeg se radiopakt område ind i **vestre sinus ift højre sinus** = jeg tænkte sinuitis (specialet fordi han havde smerter fra vs side) det vil de ikke høre om!! Der var åbenbart ikke sinuit! Men jeg forklarede at man ikke kan udelukke det medmindre man undersøger det nærmere (bede pt bukke hovedet forover osv osv)... Jeg prøvede at redde mig ud af det haha

Min plan var at fjerne de tænder der sku fjernes = smertelindring! Instruktion og information om tandbørstning og KOST (ingen cola, ingen sukker!!!) Revis, og rehab i form af PP. Problemet var, at der ikke var plads i hs.! Hvad gør jeg for at skabe plads, spørger Esben?? Det gik han meget op i. Jeg trækker radialis ud = knogleresorption = plads! Men er der nok plads til protese tænder? Nej! Og hvis jeg trækker radialis ud så vil 7,6- elongere = ingen plads igen = samme problem som før. Derfor trække radialis ud og immediatprotese lige efter for st undgå elongering af antagonisttænderne. Hvad kan jeg ellers gøre? Hmmm... 7,6- havde begge AM fyldninger = slibe på okklusionen af dem = endnu mere plads! Vi gik videre til min semester pt, de ville høre hvorfor jeg valgte de behandlinger osv.! Godt råd = hold fast i jeres behandling og argumentere hvorfor i gjorde det. De spurgte om alt muligt men generelt deres spørgsmål var meget lige til! De var meget søde, og guider en til det rigtig svar. Ingen stress under eksamen. Censoren er på mute, han siger intet!

8. Min eksamens case: 48 årige mand med PA som hoved problem . Ingen medicin . Jeg var oppe hos Anne havemose og Claus Gotfredsen. Jeg trak en case(Pa/Rehab), som hovedsagligt lagde vægt på en aggressiv PA- pt. Jeg fik nogenlunde selv lov til, at køre showet. Det første spørgsmål var, at jeg skulle redegøre for overordnet hoveddiagnoser . Jeg startede med parodontitis marginalis adulta progressiva rapida. Dette var pt - hovedproblem . Derefter fremlagde jeg enkelttands diagnoser for alle tænder- her blev jeg dog afbrudt , da de ikke ville høre alle sammen men kun de vigtigste. Anne spurgte til hvilke faktorer der var bestemmende for, at det er en aggressiv Pa: Her svarede jeg, dårlig korrelation mellem ætiologi og sygdom, samt de forskellige faktorer der differentiere Aggresiv fra kronisk Pa . Så spurgte Anne også om hvilke behandlingsplan jeg ville bruge her samt prognose for tænderne. Her svarede jeg behandlingsplan 2 og forklarede denne . Jeg havde også lavede en prognosevurdering til de vigtigste tænder. De kunne de godt lide . Så spurgte Anne til om jeg ville bruge antibiotika og hvad og hvor meget jeg ville ordinere . Nævnte her amoxcullin 500 mg og clavulansyre 125 mg . 3 x dgl i 8 dage . Jeg nævnte også metronidzol 250 mg samt at man også kunne bruge en blanding af amox og metro. Så spurgte Claus hvad kan tandvandring skyldes . Her svarede jeg traumatisk okklusion fordi mente min case pt havde det . Her tror jeg svaret ikke var rigtigt, så Claus gik bare videre til næste spørgsmål, som lød **hvordan laver du en smile-protese** og hvordan er den ophængt. Jeg svarede på teknik delen og sagde at der var bukkede bøjler som retineret på nabotænder. Her ville han høre mere men censor synes vi skulle videre pga tidspres . (Heldige mig :)). Så gik vi videre til min semester pt. Og diskuterede protesekonstruktion og det arbejde jeg havde udført på pt. Jeg havde lavede mange kroner med støbt og plast. opbygning, så dem diskuterede vi. Vi brugte 7 min på dette ca . Så var tiden gået . Alt i alt meget søde og de prøver , hjælpe en på vej .

Hvis de kan høre, at man ikke kan svare rigtigt på noget, så går de videre til næste spørgsmål.

9. Jeg trak en TA/ENDO/REHAB case, og var oppe hos Lars Bjørndal og Mandana. Min case var en 50-årig kvinde som henvendte sig pga. bilat. smerter og et ønske om et flot tandsæt. Hun havde ikke været til tandlægen i mange år. **Citalopram** som eneste medicin. Patienten var førtidspensionist, havde hjerteklap og pencilling-allergi. Herudover var der en masse TMJ problemer (knæklyde, krepitation, deviation og muskelømhed) Patienten manglede 5+, 4,5+ i OK og 3+ var totalt nedcarieret. +6 var akut oplukket et par dage i forvejen. 6- havde en apikal radiolucens og en stor støbt stift + guldkrone. Desuden multiple carieslæsioner samt PA-problemer. Spørgsmålene lød noget lignende:
- Præsenter pt og stil de overordnede vigtigste diagnoser samt enkelttandsdiagnoser
 - Redegør for det endodontiske behandlingsbehov
 - Redegør for protetiske erstatning i OK
 - Redegør for samtlige prognoser
- Et godt råd – kom godt i gang og fortæl så meget som overhoved muligt indtil de afbryder dig – det roste censor mig for.
- Da jeg gennemgik anamnesen kom jeg selv omkring økonomisk støtte (**socialloven**), profylaktisk AB (hvilket, spektre og i hvilke doser), desuden relaterede jeg undervejs til hvilke diagnoser TMJ-problemerne kunne tyde på, samt forskel på odontologisk udløst smerte >> neurogen smerte. Snakken gik meget på alt om endodontiske diagnoser og deres behandlinger samt prognoser, desuden **successivekskavering** samt prognoser – for og imod behandling.
- Lars ville meget gerne snakke om ”taktikken” for en endodontisk behandling – hvilket jeg fandt frem til var filsystemerne. Så en masse snak om stålfile kontra niti-file, fordele og ulemper. Desuden medikamenter og alt omkring retrograd-rodfyldning.
- I rehab-delen snakkede vi alt om stifter og diskuterede forskellige protesealternativer til OK. Mandana vil gerne høre om **bøjle-materialer, forskel på s-bøjle og andre bøjler**.
- Et par gode råd fra mig: Start med det du føler dig mest tryk i, og sig du vender tilbage til det andet – det virker faktisk.
- Vær ærlig hvis ikke du forstår spørgsmålet, eller ikke ved hvor de vil hen med det – på den måde sparede jeg en masse tid derinde, og kommer hurtigt omkring de ting jeg er mindre stærk i.
- De er super søde, men giver intet væk på forhånd.
- Censor var med hele vejen igennem forløbet, og jeg valgte selv at inddrage ham – som fx var jeg lidt i tvivl om en apikal radiolucens, da henvendte jeg mig direkte til ham og spurgte om han var enig med mig i at den var der ... Det gav en god stemning.
- Jeg brugte ligelig tid på den ukendte og min egen case. Lars ville have ekstraheret en tand jeg har valgt at bevare, jeg måtte argumentere godt for min sag. Men som alle andre også siger, så start med at holde fast i det du har gjort i behandlingen og til sidst giv dem ret hvis de har ret.
- OBS – jeg var ikke klar over man sidder sammen og forbereder sig i de 45 min. Dvs. der sidder en medstuderende og forbereder sig i samme lokale + to klinikassistenter til at ”holde øje”.
10. OD-eksamen hos Ulla og Mandana: Min pt var en 40-årig kvinde med multiple carieslæsioner. Pt ked af udseende, funktion og er socialt hæmmet af hendes tænder. Hun er meniodepressiv, har generaliseret angst, har astma og kroniske smerter. Hun tager 6-7 forskellige præparater, herunder noget **antiepileptika, antipsykotika, lithium, terbutalin mm**. Flere af dem giver mundtørhed, men hendes ustimm. spyttsekretion er ca. 0,3. Hun har før haft mundtørhed pga. medicin. Hun har en masse TMD problemer – bl.a. hyppige luxationer, krepitation og palpationsømhed af begge massetermuskler. Derudover ugt. spændingshovedpine. Der bliver opgivet en masse oplysninger om tyggetid mm. Jeg skulle fokusere på cariologiske og protetiske problemstillinger, men brugte en del tid på at slå alt det medicin op og danne mig et indtryk af denne patient inkl. Alle TMD-problematikkerne, som Ulla og Mandana var mindre interesseret i inde til eksamen. Jeg blev primært spurgt ind

til plast og plastfyldninger af ulla. Hvad forskellen var på retentionen mellem en klasse I-II fyldning og en klasse V (her skulle jeg svare at der var aktiv retention på klasse I-II, hvilket jeg nok kom til at virke lidt uenig i..). Derudover spurgte hun om intern blegning – proceduren, mekanismen bag misfarvningen og hvordan natriumperborat virker. Hun spurgte ind til muligheden for at udbygge en specifik tand med plast, hvor jeg fik sagt at man godt kunne, men så så jeg under protrusionen at det ville være problematisk (det trak mig ned at jeg nåede at sige at man godt kunne). Hun spurgte hvilke matricer jeg havde brugt til de forskellige plastfyldninger på min patient. Derudover spurgte hun ind til duraphattandpasta. Mandana fik ikke lov til at spørge så meget, men hun fik spurgt ind til hvilken stift-type, der var bedst i en specifik tand. Derudover lidt om brobehandling på kippede bropiller. Hun var rigtig sød og smilende. Ulla var svær at fornemme, og hun var tydeligt ikke så glad, hvis man ikke fik sagt det, som hun gerne ville høre.

11. Jeg tror jeg var oppe i samme case, men med Kim og Lone. De spurgte mest til profund caries, stifter, antirotation, præparation til kroner, medicin og intern blegning. Og en en del enkelttandsdiagnoser og overordnede diagnoser.

12. Dvs. 59-årig mand med 100 præparater, diabetes, langsom progredierende parodontitis, parodontitis totalis +1, radix caries causa 6+,-6 med opklaringer.
Vi brugte meget tid på at snakke om hvert eneste præparat og de overordnede farmakodynamiske principper.
Tre diabetespræparater hvoraf to fungerede ved at øge insulins affinitet til glucose samt metformin som både øgede affinitet og sekretion af insulin, dermed en synergistisk effekt. Derefter diabetes og PA og hvorfor der er en mulig tovejs kommunikation.
Næste præparat: **Simvastatin** => nedsætter kolesterolniveauet (LDL). Hvad er det? Hvordan gør den det? hvad er LDL? Er der andre former for kolesterolaflejringer? => HDLD (han fortæller mig en huskeregel: LDL den er LED og HDLD er Hyggelig...okay spurgt...). Men han bliver ved med det der kolesterol: Er der sammenhæng mellem PA og kolesterolniveauet? Ikke påvist endnu, men de inflammatoriske mediatorer der bl.a. tæller TNFalfa og IL-1 secernerer først lokalt oralt og derefter systemisk hvor de påvirker lipidmetabolismen i retning af øget LDL. Det var Palle tilfreds med og spørger efterfølgende hvilke andre effekter simvastatin har? Aner det ikke, men han bliver ved: "det kunne teoretisk afhjælpe marginal parodontit"? stadig ingen ide. Svaret: antiinflammatorisk.. okayyyy
Næste præparat: hjertemagnyl. Palle ville have præcise beskrivelser: irreversibel binding til COX 1 og COX2, ved cox 1 hæmmes også tromboxan. Hvad påvirker det så? trombocyttaggregationsevnen. Hvad betyder det så? Hvad sker der på cellulært plan ved fx. snitsår? har det klinisk relevans? nævner at det ikke påvirker INR værdien, men her var han uenig, man kan stadig måle den, nå nå...
Næste præparat: kan ikke huske navnet men ved det var en **ACE hæmmer**. hvad er det? angiotensin enzym hæmmer, medfører systemisk vasodilation
ENDELIG til noget relevant (jeg var jo ved at tro jeg var mediciner): ubetingede ekstraktioner, samt erstatningsmuligheder i form af prov akrylproteser og andre muligheder for at erstatte hvis det kun gjaldt +1? ja, ex +1, fjern roden og anvend den som pontic i en everstick konstruktion hvor du medinddrager 1+ og +2. **Langtidsprognose**? Sagde der var ikke studier der har undersøgt det, derfor er metoden kun som prov erstatning. nej nej, præcise tal. Aner det ikke, fik heller ikke svar.
Forklar en partiel præparation og så lige et teoretisk spørgsmål fra palle: en radiopak struktur ml 1+1 hvor der er en radiolucent randzone, hvad kunne det være?. øhh, fokal ossøs dysplasi, ossificerende fibrom, eller odontom? Ikke det korrekte svar så jeg siger jeg ved det ikke. Svar: mesiodens (palle var skuffet). Hvis pt er gammel og har mesiodens, så den ikke behandlingskrævende. Og så lige spørgsmål angående Hæmostatika. øhhh nej ikke mere medicin.... men det var relativt overordnet.
Angående min egen pt snakkede vi om bidhævningsprocedurer (fx. dall skinne), hvileafstand (**hvad**

betyder det, hvordan måler du det), perimyololysis (endogen syreskade) og om de mikrofrakturer der var kommet pga overbelastning i fronten.

13. Case PA/REHAB hos Anne havemose og Lone F.

46årig kvinde, ryger men ellers sund og rask, bragende PA med mange vertikale defekter. (De ville ikke høre om rygning, da Anne ikke mener det har en indflydelse på denne pt?!)

Mangler 6-6, 2+ avital, 4- avital, mange løse tænder af 1-2.grad og håbløs prognose for mange af dem med furkaturinvolveringer og over 2/3 knogletab. Smerter fra både tandkød og tænder.

Ønsker både at få bedre funktion og æstetik. Ingen økonomi.

Anne havemose går meget i dybden med enkelttandsdiagnoser og prognoser generelt, hvilken behandling der skal laves og hvor længe denne patient har haft PA og hvordan jeg kan se det.

Vi diskuterer meget PA-kir, indikation, prognose og antibiotika. Og at udtalt fæstetab/knogletab og shorten dental arch er en meget dårlig løsning! Hun vil have mig til at gennemgå alle mine enkelttandsdiagnoser og vise hvordan jeg har stillet dem på mit pocheskema og rtg-billede fordi hun var uenig (dårlig oplevelse)

Lone spørger meget ind til forskellige protetiske løsninger, og hvordan jeg vil håndtere denne patient.

Glemmer alt om hun ingen økonomi har, men sådan er det. Lone vil høre om en eller anden lov man

bruger når man skal lave broer (ved stadig ikke hvad hun mente) men fortalte alle faktorer man kigger på inden man laver en bro.

2+ skal exes og Lone vil høre hvad jeg kan gøre lige nu og her - jeg vil skære roden af og fixere den fast som provisorie med everstick, Lone meget enig og smiler men Anne meget uenig og mener ikke der er plads. Censor bryder ind efter lidt tid hvor de sidder og slås om gipsmodellerne, og siger at vi skal videre. Lone vil høre hvad man kan gøre for at sikre at man har plads til både REHAB i OK og UK når man behandler med faste løsninger (min patient havde mange elongeringer hvor der var pladsmangel) og vil høre at man kan bestille en tandopstilling åbenbart inden man får stel til bro?

Generelt var Anne og Lone meget uenige - både omkring den ukendte og i min behandling. Anne blander sig meget med sin mening om REHAB og synes hun er uenig med Lone hvilket er lidt forvirrende, men tænk positivt og kom igennem og hold fast ved jeres mening! Det skal nok gå! Lone var sød, men anne skal bare slappe lige lidt af

14. TA/REHAB

Jeg var oppe ved Esben og Kim.

Min case var en kvindelig førtidspensionist som var uddannet klinikassistent. Kvinden kom efter 8 år uden tandlæge med ønske om at få gjort noget ved en mørk 2+, +3 samt nogle knækkede tænder (5+, 3-). Pt. havde et reduceret tandsæt og desuden en del carieslæsioner approximal-, rod- og glatflade caries. Ydermere enkelte rodfyldninger. Pt. var maniodepressiv og havde generaliseret angst og tog derfor 5 forskellige af psykofarmaka, noget mod mavesår samt brikanyl for hendes astma. Jeg brugte en del af forberedelsen til at slå de præparater pt. tog op hvilket var godt givet ud idet jeg kunne danne mig et bedre indtryk patienten vha. bivirkningerne og det var med til at give min præsentation struktur. (eks mundtørhed → hyposalivation kunne forklare caries billedet, træthed → forklare manglende overskud til af børste regelmæssigt, kvalme → kan medføre endogene erosioner osv.) Pt. indtog flere små måltider i løbet af dagen og meget af det var søde sager desuden blev det hele skyllet ned med enten juice eller sodavand.

Den knæk og låsning af kæbeledet med krepitation, værst i venstreside desuden var der ømhed af 1. og 2. grad ved palpation af tyggemusklene dette valgte jeg at tage ud i fremlæggelsen, idet jeg huskede lidt omk. complicated SDA => dislokation af kæbeledet hvilket kunne være grunden til eller en medvirkende factor for hendes TMD. Esben gav mig SÅ MEGET ret ..hihi jeg siterede jo hans forelæsning (EPIDEMIOLOGI OG LIVSKVALITET). Omkring mundtørhed var pt.'s ustimmulerede sputsekretion 0,3ml/min (lavt men NORMALT).

Nåh men jeg skulle beskrive for patienten og de og de overordnede diagnoser. Samt gennemgå de vigtigste cariologiske og protetiske enkelttandsdiagnose samt behandling.

Jeg lagde ud at beskrive pt. og samtidig med at adressere pt. livstil og hvilke faktorer der lå til grund for at situationen var som den var. Kim bed på krogen og vi fik måske flere minutter til at gå med

Cariogrammet. Vi snakkede om motivation af patienten, vaneomlægning – nemme points I know, men Kim var GLAD. Da vi kom til enkelttandsdiagnoserne var det primært Kim der førte ordet. – et godt råd

når i snakker caries diagnoser så peg for helvede på BW – Jeg så vurderede rodfyldningerne. Og blev bl.a. spurgt til intern blegning; den kliniske procedure, samt grunden til misfarvningen idet pt. havde en rodbehandlet og mørk 2+. Vi snakkede kort og teoretisk om facader og om porcelæns abraderende effekt i forhold til 2+ hvis ikke blegning var nok. Kim spurgte mig til +3, vi snakkede her om rodcaries aktiv vs. standset.

SÅ kom vi til +5.. Jeg blev kørt lidt rundt her idet jeg ifølge esben ikke havde tænkt behandlingen og evt. konsekvenser til ende. En enkelt tand som jeg egentlig følte jeg havde hånd i hanke med.. meen.., +5 havde 2 caries angreb hhv. Mesialt (media) og distalt (profunda) => caries dentalis progressiva profunda. Alle var enige så til beh. man kan behandle med successiv ekskavering sagde jeg og forklarede proceduren dog vil jeg i dette tilfælde påpege afstande til pulpa fortsatte jeg, idet tanden havde en lille pulpa der havde trukket sig og som næsten var oblitereret ved apex og jeg så en tydelig og ret bred dentin brømme mellem caries og pulpa, altså tænker jeg at det kunne være en mulighed at renekskavere i en seance Kim var enig så vi kunne forsætte men det var Esben så ikke så vi blev ved med at vade i den tand. Jeg havde ikke lige lagt mærke til rod afbøjningen eller jo nok havde jeg set den men jeg havde ikke tillagt den videre betydning (konsekvensen ved ekskavering i en seance ville være perf. → behandling; pulpektomi → prognosen ringe idet vi ikke ville kunne komme til endeligt rodmål obliteration og rodafbøjning).

Så ville Esben gerne høre mig i **samfundsodontologi da pt. var førtidspensionist og midlerne var ringe. Dette galt §14a helbrede og persontillæg samt overenskomsten idet der kun kan bevilges midler til behandlinger med fast tilskud.** Jeg klarer det hele vi havde jo lige været oppe.

Tiden var ligeligt fordelt mellem kendt og ukendt case. Til min egen case snakkede vi om betingede ekstraktion og hvad de betinges af. Derudover lidt om brobehandling både ætsbroen, ekstensionsbroen og den konventionelle, både hvad angik indikationer og kontraindikationer samt prognose. Det der trak mig ned var vi attitude til eksamen.. det er vigtigt at man holder sig til fagtermer hele vejen igennem, stemningen var dogen anden og mere henslængt sent på eftermiddagen og det gjorde at missede nogle point (eks snakkede vi om ekstensionsbro og enekontakt på en cantileaver og jeg sagde det ville medføre at broen slipper – skulle have sagt mister retention – D'oh!) og så det omk. +5. Jeg fik 10 såå don't care.

15. Jeg var så heldig at møde Klaus og Johanne. Jeg gennemgik ret slavisk mine PA enkelttandsdiagnoser , påpegede hvilke tænder der burde ex'es , prognoser generelt for PA-tænder , så foreslog jeg behandlingsplan 2 , forklarede den i detaljer , og så gad Klaus ikk' høre mere om PA . Nu sku' der snakkes protetik . Patienten havde malokklusion og læbefang på +1 , hva' ville jeg mon gøre ved det ? Tjo , fiksering .. Vi snakkede **lidt om type af fiksering** , hvor stor udstrækning , 3+3 , Klaus fiskede efter andre former for fiksering . Skinne gættede jeg febrilsk , men kom til kort da han ville vide mere om det . Der var åbenbart yderligere en mulighed . Jeg var ret lost , han fisker og fisker .. Febrilsk gætter jeg på hans bedste ven , **ætsbroen** , åbenbart rigtigt .. Ka' stadig ikk' helt se det for mig , men jeg legede da med ! Nå , patienten kom jo egentlig med et ønske om erstatning af 1-1 , 2-2 løse af første grad , æv , så må jeg ikk' lave ætsbro , men jo , åbenbart godt , hvis 3-3 inddrages . Fedt ! Så ku' vi snakke lidt mere om ætsbroen , herunder detaljeret gennemgang af præp . Så snakkede vi om Klaus yndlingsstudier om prognose for forskellige brotyper , og så også lige for proteser , da jeg var dum nok til at bringe dem på banen tidligere , som en alternativ løsning . Det bli'r for detaljeret med de studier til min smag , men jeg gætter bar' efter bedste evne . Generelt sys' jeg primært rehab går ud på at gætte sig ind på , hva' Klaus gerne vil høre , men det har åbenbart ikk' betydning i det store billede , hvis bar' man rammer nogenlunde rigtigt ! Så gæt løs venner ! Da jeg primært har nået PA/TA/ENDO på min patient , og Johanne åbenbart var mættet med PA efter min case , så blev jeg kun gået på klingen med manglende ekstraktioner af tænder med tvivlsom prognose (min patient var ikk' indstillet på dette - hvilket de så ikk' ku' sige så frygtelig meget til) , så snakkede vi blot om konsekvenser for at bibeholde tænder med persisterende sygdom , "legede" de blev ekstraheret og så måtte jeg lige freestyle et protese forslag . Min pointe , det ka' altså ikk' kun være forsvar af udførte behandlinger , men også alternative behandlinger , der bli'r smidt på disken . Kast jer ud i det , og så ska' det hele nok gå super fint

16. Var oppe hos Esben og Anne Havemose. I den ukendte case sås generelt et moderat fæstetab, men kun få og let fordybede pocher over 4 mm med blødning. Anne spurgte hvad sammenhængen/årsagen kunne være, udover at der var generelt usurdannelse som også kunne medvirke til et moderat fæstetab. Hun ville gerne hen imod at behandleren måske havde fejlregistreret margo, da der var tydelige papiltoppe på gipsmodellerne, og nok derfor i virkeligheden ikke så stort approximalt fæstetab som registreret....
- Esben spurgte ind til div. behandlingsforslag, erstattende en 2+; Bro vs. Implantat, Konventionel bro vs. Ætsbro. Hvad var mest tandsubstansbevarende? hvad gav mest retention? Prognoser for de forskellige forslag. var det en let opgave? (det var en svær opgave, da det var i den æstetiske zone, og der var knoglesvind fac. svt regio 2+), kontraindikationer for implantatbeh. mm.
- Der var ikke så meget tid til at tale om min semester pt, de spurgte kort ind til prognoser for min behandling. Havde isat 2 parapulpale stifter (som plan B), og Esben spurgte om der var andet man kunne have gjort i pågældende situation, hvor man manglede retention, hvis man absolut skulle undgå parapulpale stifter. Svaret var, at man kunne udvide sin præp grænse (fx subgingival præp, eller medinddrage hele palatinalfladen). Det ville ikke være nær så tandsubstansbevarende, og ligeledes være svært at lave plast subgingivalt (støbt protetik var ingen mulighed). Esben var enig, men ville blot at det skulle nævnes som en mulighed.
- Generelt var de ret nemme at forstå, deres spørgsmål var ret simple. I de tilfælde hvor jeg ikke vidste hvad de mente, spurgte jeg om det, og de omformulerede. Censor var i øvrigt super flink, sagde ikke meget, og holdt øje med tiden, hvis de brugte for lang tid på nogle ting. Det var meget stille og roligt.

OD-2015:

Jeg kom op i Ta(endno)/rehab med Lars Bjørndal og Amanda

31-årige mand var kommet pga. Knækket fortand. Han drak 3,5 liter cola om dagen masser slik og stor mængde plak. Han havde smerter fra flere steder. Han har ikke været hos tandlæge siden han fyldt 18. Hans henvendelse var pga. æstetisk og det glemte jeg fuldstændig, da han havde så mange andre problemer. Min behandlingsplan fokuserede på alt andet end hans fortand. Og det trak mig meget ned sagde de.

Min egen pt.'s medicin. Skulle fortælle dem om bivirkninger og jeg var så smart at jeg havde glemte at slå det op inden eksamen (ikke godt, det var Lars ikke så glad for).

Vi brugte kun 10 min på min egen pt. og vi nåede kun til klinisk/radiologisk fund.

Lars's del: Jeg blev spurgt til symptomer til når en tand har apikal opklaring, og hvad er diagnosen, jeg svarede parodontitis apicalis chronica. Men han sagde at man skal altid give en helheds diagnose dvs. Necrosis pulpitis et parodontitis apicalis chronica.

Hvornår laver man revision. Hvilket materialer kan bruges til retro-grad, hvordan kan man se om hvilket materiale var brugt på et røntgenbillede, hvor hvilket rettro-grad teknik (jeg nævnte retro-plast og MTA. Ultralyd-teknik, kan man se kun MTA-cement i kanalen, hvorimod bor-teknik, bruger man retroplast, og der ses fyldning i hele den apikale del af rodkomponenten).

Det var erosiner af 1 grad. Blev spurgt om hvor jeg kan se det (jeg svarede at det de var blank, spejlende og afrundede kanter plus translucent perifert) Lars sagde at erosiner er ikke blank, da jeg fik min karakter.

Amanda: Hvad er forskellen mellem konisk og cylindrisk stift opbygning. Efter jeg fortalt dem det, så vil de høre om, hvor lang de skal være, jeg svarede at de skulle være li så lang som tandens krone. Kunne se på dem, at det skulle de ikke. Den cylindrisk må gerne være kortere, pga. Bedre retention (større overflades areal, parallel væg => bedre friktion). Jeg synes at jeg sagde de til dem, men det var som om Amanda ikke forstod hvad jeg ment.

Porcelæn-facader præparation.

Ferrule-effekt

Vi diskuterede meget nogle af de ubetingede ekstraktioner.

PA case Anne H og Klaus G.

64 årig kvinde fra Polen, som er ked af løse tænder (+4,+5 insuff. MK kroner) og nedsat tyggefunktion og er kosmetisk generet af manglende præmolare hø OK. Har fået lavet 2 dårlige kroner i Polen. Har en del insufficente rodbehandlinger samt fyldninger. Ca.5-6000 kr at gøre godt med. Præsentér kort pt samt væsentligeste diagnoser (Pa.Marg.Adulta.Prog.Lenta, functio laesae aesthetica et masticatoria, Restauratio insufficiens). Lav en liste over PA enkelttandsdiagnoser, det var jeg glad for jeg gjorde fordi de spurgte ind til hvad jeg havde givet af diagnoser undervejs. Klaus afbryder meget, men det skal man ikke blive distraheret af (hvilket jeg gjorde i starten) Som det første sp Klaus ind til hvor meget knoglen atroferer i bredde og højde efter ex, tror jeg svarede rigtigt men han ville gerne høre at jeg også sagde at der er rigtig store individuelle variationer. Så begyndte han at snakke om et forsøg der var lavet i Århus vedr. atrofier (åbenbart et censor havde været med i) og om jeg huskede hvad vi havde snakket om: det kunne jeg så slet ikke svare på! Så sagde Klaus "Nå du har måske ikke været der". Så skal man redegøre for kvaliteten af det tandlægearbejde hun har fået lavet, det er en del at snakke om. Jeg glemte at nævne insufficente fyldninger 1-1, men så sp de bare ind til hvad jeg syntes om det. Mht. behandlingsplan havde jeg lavet en efter det rådighedsbeløb hun havde, hvor +4,+5 blev ekstraherede og så PP i OK. Men også en hvis hun havde lidt mere penge, hvor jeg sagde at man måske kunne bevare +4,+5, men det ville kræve revision, opbygning og nye kroner og prognosen ville være ret dubiøs. Det var han enig i. Anne sp mig hvad jeg syntes om +5, svaret var at udover det vertikale knoglesvind, knoglesvind og udvidet PA spalte, vil hun gerne høre at tanden måske er nekroticeret. Sp begyndte den helt store snak om bøjlelinjer, støttelinjer, støtteelementer osv. og han sp også meget om stifter og opbygninger. Mht. protesen kan man sætte bøjlerne på 6+ og +3, men helst på 3+ og +6, eftersom prognosen for disse er bedre. 7- have også en del fæstetab, de ville gerne høre hvad jeg tænkte om den, jeg sagde behandlingen bestod i PA beh, så kunne man se hvor længe den ville holde, eftersom det var den eneste som bærer okklusionen i hø side var det en vigtig tand at bevare, der var de enige i. Det var Klaus der førte ordet, Anne sp PA spørgsmål, om mobilitet, furkaturindvolvinger, diagnoser og behandling. Men rent PA mæssigt, var det ikke en så kompliceret pt, hvis hun bare fik fjernet/omlavning af restaureringerne. Jeg fik også snakket en del om min egen pt.

De er alle, også censor, mega søde og afslappede, især Anne

Jeg havde TA og Rehab.. Det var Esben og Kim. Først snakkede vi om ubetingede ex, så lidt in betinget.. **Hvad det var betinget af og sådan..** Så skulle jeg udpege forskellige caries angreb på rtg. Så snakkede vi lidt om erstatnings muligheder og om det var nødvendigt med erstatninger.. Så snakkede vi lidt om patientens mundhygiejne ig hvad man kunne gøre her. Lidt om stifter og kroner ig muligheder for øge retentionen.. Lidt proteser og med foreslag og så lidt teori og direkte og indiente retention.. Lidt en god blanding.. Men virkelig fair..

Casen gik ud på en ung 27 årig kvinde, som er studerende og kun har gået til tandlægen ved opståen af smerter, da hun ikke har økonomisk råderum til at gå regelmæssigt til tandlægen. Hun har tidligere fået lavet en rodbehandling af +6 hos egen tandlæge da hun havde symptomer som uprovokerede smerter osv. (pulpitis irreversibilis). Tandlægen rodbehandlede og efter noget tid vender smerterne tilbage. Tandlægen foretager Revis, og smerterne kommer igen efter noget tid, hvor tandlæge henviser til specialist som foretager rodresektion og penicillin behandling, hvorefter smerterne forsvinder. efter et kort stykke tid vender smerterne dog tilbage igen med jævne mellemrum. Patienten kan godt have 3-4 smertefri dage. Smerterne breder sig til ansigtet (der var tegnet en prik som lokaliserede smerterne til at ligge under øjet = jeg tænkte derfor sinuitis maxillaris). Ud over disse tilbagevendende smerter fra regio +6 få patienten voldsomme, dunkende smerter i højre tindinge region. Patienten plejer at lægge sig til sove hvilket resulterer i at smerterne forsvinder når hun står op.

1. Hvad er det overordnede smertebillede? (Mega weird spørgsmål) men tror de ville have jeg skulle nævne neuropatiske smerter fra starten

2. Gik ud på at bedømme rodfyldningen af +6 (Endnu mere weird da der på det enorale billede var foretaget rodresektion, hvorfor det ligesom er lidt svært at vurdere den)

3. Er patientens hovedpine relateret til kæbeleddet og tyggeapparatet: Svaret er nej da der er tale om en migræne.

så overordnet, havde patienten Migræne i højre side, og i venstre side var det nok neuropatiske smerter. men vi snakkede om alt muligt: følgende er de spørgsmål jeg blev stillet.

1: Hvordan verificerer du en pulpitis irreversibilis når patienten sidder i stolen.

- Vitalitetest (kulde) hvis smerterne persisterer efterfølgende
- smerterne vil forsvinde hvis man lægger en bedøvelse
- Sekundære ting (tidligere historik med persisterende smerter samt røntgenbillede)

2: Hvordan vurderer du en rodfyldning.

- homogenitet
- kontakt til væg
- Længde
- tæt plastfyldning

3: Hvordan verificerer du en sinusitis maxillaris?

- Hvis Patient ikke kan lokalisere smerterne
- Flere tænder kan have ændret perkussion og føles for høje
- Røntgen: hvis der er pus kan det ses
- Få Patient til at bukke hovedet forover, kan give smerter

4: Hvad er forskellen på en odontogen sinusitis og en non-odontogen sinusitis:-
Den odontogene udgår fra tænderne og er unilateral, i modsætning til den non odontogene som er bilateral

5: Så bad Merete mig om at kigge på alle de kliniske målinger der var lavet af patientens kæber og muskulatur, for at vurdere om der var noget som afveg fra det normale: Det var der ikke!

6: Så var der på OP en retineret horisontalt lejret 8er med intim relation til kanalen. Gitte spurgte om jeg ville trække den ud, hvortil jeg svarede at der ikke var tilstrækkelig indikation da der klinisk kun ses en poche på 5 mm. distalt for 7eren. så nævnte jeg tegnene for en pericoronitis acuta; dvs. rødme, pus, hævet gingiva, trismus og blødning. og eftersom at der ikke ses nogle af disse symptomer er der ikke indikation for at trække tanden ud. Så spørger gitte igen kan der være andre årsager til at man kan trække den ud. så siger jeg ja hvis nabetandens rødder resorberes eller der kommer caries i nabetanden.

7: Gitte beder mig så fortælle om hvilke tegn der er for at tanden ligger i kanalen. jeg fortæller det med at man skal se kanalens øvre og nedre væg, osv. freestyler også lidt

8: Gitte spørger hvad jeg kan gøre for at vurdere relationen. jeg fortæller at jeg vil tage LVV optagelse og benytte mig af SLOB reglen.

9: HUn spørger så igen om jeg vil trække den ud, hvortil jeg siger ja

10: Så spørger hun om jeg vil trække +6 ud eftersom der stadig er smerter: Jeg siger ja da tanden har fået retrograd revis + penicillin så næste trin vil være ekstraktion hvis smerterne persisterer. (Det hun ikke enig i)

11: Så spørger hun hvad hvis du trækker tanden ud og patienten kommer igen efter en uge og det så gør ondt i nabotanden (først her ringer klokkerne i mit hovede og jeg tænker straks Nelly og fortæller at det vil jeg ikke og jeg så vil mistænke det for at være neuropatiske smerter og fortæller lidt om **neuropatiske smerter!**)

12: Gitte spørger ind til SEAL-behandling. hvilken diagnose udfører man det på (caries media), hvor langt må caries maks strække sig ind i dentinen (tror det er halvt ind i dentinen max). Hvad forsegler man med (PLast)

13. Gitte spørger igen (kun hende som spørger) hvad er ulempen ved at lave fortand med charisma. hun fisker efter at der kan være gennemskin pga translucens. Gråligt gennemskin fra mundhulen siger hun. HVad er bedre end Charisma. HFO plast hvilket jeg ikke kunne huske navnet på.

Min case var en 64-årig kvinde fra Polen, som henvendte sig pga nogle løse tænder i vs ok og generet af sin tyggefunktion og æstetik. Hun havde boet i Polen i flere år og var først kommet til Danmark i 1986(ca). Hun havde tidligere haft kræft, som kun ikke længere var i behandling for. Hun havde moderatemængder plak og parodontitis var velkendt i hendes familie, da både mor og søster havde parodontitis . Rsfriologisk var der flere insufficiante kroner og rodfyldninger . Og mistet en del tænder og mente det var pga caries.. Jeg skulle komme ind på overordnede hoveddiagnoser, redegør for insufficiante restaureringer og rodfyldninger og forklare konsekvensen af disse, Parodontalbehandlong og prognose samt protetisk behandling og prognose.

I PA ville de vide diagnoser -argumenter for hvorfor det ene og ikke det andet (jeg gav den lenta), behandling, ubetinget /betinget. Esben spurgte ind til både PA , broer proteser. Proteser bare det som man skal kunne basalt om retention , bøjler osv. Han spurgte ind til flere enkelttandsdisgnoser og hvad jeg ville gøre af behandling. Han spurgte ind til primær endodontisk/parodontal . Hvordan man skal behandle (hvis man er usikker skal man ikke lave en PA behandling fordi det kan skade parodontal ligamentet- meget vigtigt). Han

spurgte til prognoser og til sekvensen når man laver en protese om. De adspurgte mig meget om osteoperose (man skal åbenbart give antibiotika præoperativt selvo pt får en lav dosis; hvis pt har fået lav dosis i mere end 10åe)

Ali reza spurgte ind til:

- hvad betyder når et materiale er sprødt.
- hvad er en arbejdskurve
- hvad er forskel mellem rebasering og duplikering
- hvad inderholder softliner
- hvordan kan man se om det er guldkappe el. CoCr kappe til MK på røntgenbilledet.

case - 40 årige mand. Massere af total Pa. Løse tænder i UK-front. Massere plak. massere af blod.. ryger 25 cigaretter.

Diagnose - aggressiv PA.

Skulle vurdere enkeltvis hvad der skulle trækkes ud.

Palle - hvad gør rygning ved PA? indikation for pa kir? beh.plan 1 og 2 skulle forklares.

Indikation for antibiotika - hvornår og hvordan ?

adhærence molekyler for PMN ved inflammations respons - hvad er det ?

skulle vurdere hvorfor jeg ikke kunne se rodkanal i en tand (svar:pga obliteration).

Hvornår kan man lave furkatur plast?(svar - i UK molerer med alle slags furkaturer)

Er der god opheling ved endo-pa problemer ?

mandana;

skulle snakke om erstatninger - alt om ætsbro(materialer osv), aaaalt om stiftet lige fra indikation til kontra indikation. Snakkede km provisoriske løsninger (akryl proteser osv - hvorfor er de dårlige (svar: pga de er tykke og fyldet meget))

Forklarede alt om PA på cellulært niveau. SDA

Jeg kom op hos Ulla og Klaus. Jeg trak en case med en 44-årig mand som havde smerter fra venstre side UK og mangler flere tænder og ønsker erstatning til en god og fornuftig pris. Han er sund og rask. Tager medicin mod nældefeber og søvnbesvær og ibuprofen mod slidgigt i ryggen. Hans kliniske US viste normal gabeevne, plak på næsten alle tandflader, ingen pocher over 4 mm, men retraktioner og blødning ved pochemåling ved samtlige pocher. Han drikker 2-3 liter cola dagligt, ryger 20 cigaretter.

Radiologisk ses der profund caries -6, derfor smerte. -5 var fraktureret med en kæmpe apikal opklaring.

Spørgsmålene var:

- Præsenterer patienten og angiv patientens hovedproblemer
- Angiv de vigtigste diagnoser
- Behandling af enkelte tænder
- Protetisk behandling på kort sigt og lang sigt.

Ulla spurgte ind til erosioner, endo, hvor smerterne kom fra (-6), slid, SEAL-behandling, succesiv ekskavering, plast. Kan ikke huske så meget af Ullas del for at være hel ærlig. Hun var bare ikke så forståelig synes jeg. Der var misfarvninger på tanden flere typer, sku forklare deres ætiologi: fx kantmisfarvning,

hypomineraliserede område pga. traumer. Jeg blev spurgt af Ulla hvornår mineraliserer 1+1 helt præcist (ÆRLIGT ULLA!!!)

Klaus spurgte MEGET ind til stifternes og generelt materialerne egenskaber (E-modul for Cr-Co), stifter, proteseforslag, glaskeramiske fibre stifter, helkeramiske kroner og skulle vurdere ud fra et rtg. hvilken slags af de helkeramiske kroner det var (det var en glaskeramiske), hvorfor en cylindrisk og ikke konisk. Vi snakkede om forskellige behandlingsplaner, 2 intakte tænder du vil lave bro på hvilket materiale og type bro (indlæg fordi tænderne er intakte). Materialer kan jeg ikke huske hva jeg svarede på. Man ku også lave ætsbroer. Kom ind på shorted dental arches. Ferruleeffekt. Indirekte retention til proteseforslag og det med hva der sker med protesen ved træk og tryk. Blev generelt spurgt meget indtil dentalmaterialer. Mine overvejelser vedr. implantater (ikke en god løsning pga. han har ikke styr på MH og økonomisk begrænset og kæbeatrofi og tæt relation til sinus).

Der var mange andre spørgsmål, men kan simpelthen ikke huske alt. Held og lykke. I kommer til at klare jer SÅ godt!!

Jeg trak en PA/Rehab case:

Der var flere tænder med løsningsgrader af 2./3 ca 10, og pt vil kun have fast protetik. Diskussionen gik ud på om det var hensigtsmæssigt at ekstrahere, hvilken tænder der skulle ekstraheres, nøgletænder, PA kir, provisoriske erstatninger (Esben spurgte bla til prognosen af hhv everstick sammenlignet med smileprotese, hvor meget belastning de kunne tåle, om det var indikere ift min pt). Så spurgte Johanne indtil PA kir, og hvor mange operationer man som behandler bør udsætte sin pt for i de 8 dage. Jeg havde ca 6 lapoperationer, så lavede to hver 3. måned. Hun spurgte til antibiotika og hvad man kunne gøre istedet for at give det. Esben spurgte ind til broer, bropæle, belastning.

Esben ville gerne have trukket tænderne ud, mens Johanne gerne ville høre noget andet. Også ville de høre hvordan jeg kunne argumentere for og i mod,

Og Esben ville gerne have eksakte værdier for de forskellige prognoser.

Udover det havde min case slimhinde forandringer iform af candidose. Han havde også en enkelt Abcess.

OD eksamen hos Palle og Esben

Ukendt case var en PA aggressiv pt med flere totale parodontiter. Pt havde en sygdom, som hed Scheuermann (påvirker krumning i lænden). Ingen medicin. Ellers rask. Pt havde allerede trukket 2 af dem ud selv. Pt havde også mundslimhindeforandringer på ganen, gingiva, tungen og kind; nogle var afskrabelige andre ikke, nogle havde vesikler, nogle var rødlige, en blanding af alt. Pt havde retinerede 8-8. Pt har 25000 kr, og vil helst ikke have aftagelig. Ønsker PA behandling.

Mine spg var: præsenter casen, pt'ens overordnede hovedproblem + vigtigste diagnoser, parodontale behandlingsovervejelser og rehabiliteringserstatninger for mistede tænder.

Jeg gennemgik generel PA, herunder aggressiv form. Diagnose (rapida), hvorfor/hvorfor ikke. Behandlingsplaner (både behandlingsplan I og II, men også generel PA behandling som ved en kronisk PA), anvendelse af antibiotika (hvornår/hvornår ikke. Her blev Palle glad for, at jeg sagde aggressiv ikke nødvendigvis kræver antibiotika.). De bad om enkelttanddiagnoser ved udvalgte tænder (noget jeg ikke havde forberedt mig på, men de fleste var total parodontitis så det er okay). De ville høre mine ubetingede og betingede ex (hvorfor/hvorfor ikke). Esben var i øvrigt som en vaskeægte PA lærer, så han skal ikke undervurderes! Palle ville høre om kir (ikke PA kir). Om visdomstænder, -8 havde udvidet pericoronarum.

Han var enig, men ville høre om **pericoronitis vs. Udvidet pericoronarium** og hvordan man på rtg alene kan se om der er inflammation ved en visdomstand (svaret er noget med en velafgrænset sklerosering eller fortætning af knogle). Cyster, skulle tale om follikulær cyster. Relation til canalis mand (Skulle remse de 7 tegn op og vurdere det på pt'ens OP for 8-8). Esben ville så høre om erstatninger til de ex tænder: immediat smileprotese med rushankre (vi snakkede om at den er plakretinerende osv for en PA aggressiv), provisorisk ætsbro Rochette (skulle remse kontraindikationer op, herunder løse tænder hvorfor jeg ikke ville give pt dette), permanente løsninger (bro, implantater → skulle forklare hvorfor det var kontraindiceret for en aggressiv PA, aftagelig protese (at jeg nok hellere skal overbevise pt om dette alligevel). Esben spurgte i ring, og man bliver nogle gange forvirret fordi han spørger om de samme ting flere gange.

Den værste del var min egen OD pt. Esben gik til den. Protoseforslaget skulle diskuteres, jeg havde en dubiøs tand som bøjletand. Skulle forklare hvorfor. Jeg skulle remse sekvensvise behandlingstrin for omlavning af en protese (**den der laaange sekvensliste i proteser, jeg havde sleet ikke styr på det. Husk hvis man tager aftryk med protese i, så skal sammenbid tages før selve aftrykket**). Esben lod mig ikke slippe på nogen måde, selvom jeg roder rundt i det. Og så ville han høre om indirekte retention i proteser, og hvor den var i mit protoseforslag. Palle ville høre om rodrektioner, herunder hvorfor man fjerner rodspidsen (Han skulle lige smide en ekstra Palle-sidebemærkning om, at det i hvert fald er noget jeg burde kunne, fordi kir eksamen var i sidste uge haha b**ch. Men jeg svarede fordi der kan være bikanaler apikalt som bakterier kan trænge ind i på ny. Han var meget enig).

Ang. slimhindeforandringerne. Anede ikke hvad de var, så jeg lavede en taktik med at ville 'vende tilbage til dem' og så aldrig at vende tilbage med mindre de spørger. Det gjorde de heldigvis ikke (lucky me!). Palle var desuden meget glad for, at jeg sagde 'pt har parodontitis' og ikke 'parodontose'. Det gik han meget op i.

De er meget søde generelt. Men Esben er lidt slemmere end Palle synes jeg. Men deres formuleringer var gode. Censor siger ingenting. Men han nikker med, så man har en fornemmelse af at det går okay. Palle var god til at nikke eller sige han var enig, når man svarede rigtig.

Lars :

- **Flegmone vs abscess**

Beh med AB VIRKER KUN PÅ FLEGMONE(forsvinder efter beh.)

- osteomyelitis

- **NSAID (cox 1 og cox2) ibuprofen , ASA, Parceramol (virkning og bivirkning)**

Sinuitis (rgt. Beskrivelse symptomer)

- perspektiverer min egen pt. Og ny case(begge med masser caries)

- ubetinget ex. Og hvorfor

- skrev min 8-8 som ubetinget dog uden patologi men da 7-,6- og -6,-7 skulle fjernes vil jeg heller ex 8'eren samtidig pga. PP i uk og gener under proteser

-implantat kontraindiceret pga. Dårlig MH

- antibiotika præ- og postoperativ ... Spektrum og virkning

- Husk at sige interaktion databasen som man altid kan bruge hvis der er noget

Klaus:

-Stift

- pp med konstruktion og spurgt om indirekte retention

-ætsbro hvor 5+ skulle laves stift opbyg på .. Hvor ville jeg starte min præstation 5 eller 3+

Jeg svarede med 3+ , da efter præparation af dette vi kan selv bestemme indskudsretning for opbygningen.

- har pt. Overhoved bruge for protese ? Ja .. 33 år
- komplikationer med PP... Meget caries aktiv så det forværres hans problem
- vil han bruge proteser ... Nej alt for ung
- akryl allergi---> vinyl
- midian efter 10 på proteser... 50% bruger ikke deres
- så var det min egen pt. Mhp behandlinger og hvorfor kombination protese og ikke konventionel protese
- hvorfor pt. Bruger ikke deres proteser

Her er mine OD spørgsmål

Jeg kom óp hos Azam og Mandana. Min ukendte case var en meget cariesaktiv patient.

Jeg fik rigtige mange spørgsmål, men her er de spørgsmål jeg husker

- Hvad er caries og forskellen på aktiv og inaktiv caries
- Hvad er gadvis ekskavering og hvordan foretages den og hvilke materialer bruges og indikationer
- Hvordan kan jeg se på røntgen om tanden er vital eller avital
- Gingivitis ses tydeligt nogle steder I munden og andre steder ikke på kliniske foto på patienten. Hvorfor
- Undersøgelser viser, at den ene stift er bedre end den anden? og Hvorfor er den bedre (Cylinder stift er bedre)
- Stabilitet og retention af stifter og kroner, hvordan opnås dette

- Hvordan laves en partiel krone præparation til en bro konstruktion I detaljer

- Hvilke materialer kan bruges til broer og fordele og ulemper
Jeg fortalte, at guld har bedre kant præcision og mere tandsubstansbevarende, og er et meget stærk material og mindre omlavninger. Guld slider mindre på antagonist. MK mere tandsubstanskrævende, slider mere på antanoster hvis det er naturlige tænder, mere æstetisk flot. Chrom-cobalt er billigere, farven skinner mere mørkere igennem keramik, høj træk-og trykstyrke og meget meget hårdt material. Meget svært at bore gennem hvis, der skal laves omlavninger.osv. osv.
MMMMeennn dette var ikke nok og de vil have jeg skulle fortælle mere i detaljer rent material mæssigt.
- Glisionomer vs. plast material mæssigt - igen I detaljer og ikke nok med at sige glalsionomer er ketac-molar med fluorid afgivelse og langtidsprovisorium og Fuji LC og Fuji triage og forskellen mellem dem. osv osv. Det skulle være helt materiale mæssigt I detaljer.
- Isolationsmaterer og deres egenskaber
- Cariogram Vi havde 3 min. tilbage og Azam ville have jeg skulle fortælle hvad cariogrammet gik ud på. Hun stressede mig fordi hun ville have det skulle gå hurtigt. Det gik fint med at fortælle om det, men jeg ville gerne fortælle mere om det fordi jeg havde styr på det, men der var ikke tid. Så irriterende.
- Jeg brugte max. 15 min på min egen semester patient - og jeg havde en følelse af de ikke havde læst min

journal, fordi de spurgte hvordan det gik med at rodbehandle en tand som vi talte om og den sagde jeg er trukket ud. Det står 3-4 steder i journalen at den skal trækkes ud og er trukket ud...og det var den eneste tand jeg trak ud. ..Så ærgeligt, at vi næsten ikke talte om min egen patient, når man har brugt så meget tid og energi på behandlingerne og journalen.

TA-Case. Kim E. og Klaus G.

33-årig computertekniker voldsomt sukkerindtag (3L cola dagligt + slik + Chips)

Caries all over.

Får kort lov at sige ovenstående og bliver afbrudt af Kim "Hvilke tænder ville du trække ud" (ubetingede x'er af radix'er, betingede x'er i forhold til min behandlingsplan)

Kim spørger meget; hvad er diagnosen på denne tand, hvilken behandling udløser det, sker til flere tænder.

Pt. har nu resttandsæt 6,5,3,2,1+1,2,3,4,5,6,8; 5,4,3,2,1-1,2,3,4,5.

Klaus vil gerne vide hvordan jeg vil erstatte 4+.

Synes han spørger lidt kryptisk, men kan mærke han ikke vil give så meget væk på forhånd.

Nabotænders tilstand:

5+, dyb caries (1/4 dentin)

3+, intakt.

Jeg tænkte ekstensionsbro fra 5+.

Først ville jeg så lave sux, klaus spurgte ind til resttandsubstands, han ville snakke obygninger, jeg forklarede hvornår man lavede plastisk u. stift, plastisk m. stift og støbt opbygning. Han spørger ind til hvor mange vægge jeg tror der er tilbage når jeg er færdig med at ekskavere, svaret her var IKKE MEGET!!

Jeg blev her ledt til at der skulle en stift i og en støbt opbygning. (MEN! dette er kontraindikation for bropiller på ætsbroer)

Så hvad nu?

Han ville snakke ætsbroer med fuldkrone på 5+ og ætsbro-præp på 3+, præps udformning, mekanisk retention på 5+ og 3+ mekanisk og kemisk retention.

Sidste spørgsmål til denne snak var i hvilken rækkefølge vil du præppe? Jeg svarede at jeg ville præppe 3+ med furrer og tuberkulumstøtte først, så teknikeren kunne opmodelere opbygningen på 5+ så den passe som hans i grete til retentions elementerne på 3+.

Klaus grinede og sagde at det lød som en god ide og så ville den jo sidde rigtig flot fast.

Kim ville gerne videre til min case (0:35)- Censor pointerer vi ikke har snakket UK.

Jeg havde forberedt et forslag som jeg følte jeg havde godt styr på, så her pushede jeg lidt på klaus for at snakke proteser. Det var han helt frisk på.

Proteseforslag: dobbelt-friendedattel med saddelfjernt ophæng med ringbøjler hvor de retinerende grene løber distalt fra. Helt standard udformning og nem protese.

Klaus ville snakke indirekte retentionselementer han kunne godt tænke sig at de okklusale støtter lå distalt på 5'erne OG distalt på 4'erne.

Han var ret tilfreds her.

Efter dette snakkede vi enkelte tilfælde fra min patient.

Han spørger her på et tidspunkt til feldtspatisk keramik, glaskeramik og hvad hedder kroner der er lavet af Zirkoniumox hele vejen igennem, her fisker han virkelig, svaret er en monolitisk krone???

OD-2014

Radikulære cyster, ameloblastom, keratocyste, herunder behandling og kliniske karakteristika

- Hvordan man differentierer en inflammert keratocyste med en radikulærcyste histologisk (keratinlaget forsvinder når der er inflammation i keratocysten)

- svagt mørkt område omkring retineret 8'er, hvad er det? (svar= resorption)
- Resorberes 8'ere ofte? og hvor starter resorptionen typisk (svar = ja, og koronalt)
- udover at fjerne knogle ved subgingival præparation kan man ekstrudere tanden
- Hvordan ser pocheepithel ud?
- Hvad kan forårsage blødning fra gingiva udover inflammationen? (svar= ulceration ved pochemåling)
- Hvad indebærer diagnostisk ekskavering og hvorfor kan man ikke lave successiv?

Ellers spørgsmål omk. hvornår man bruger anker og ringbøjler, ubetinget vs. betinget ekstraktioner. og flere basale spørgsmål.. Men det var umiddelbart lige dem,

Jag var oppe hos Lars Björndahl och Esben, och min okända patient var en 60-årig man med 12000 kr som inte ville ha något avtagbart men gärna guld. Han hade ca från 5 till 5 i båda käkarna, en -7 med total parodontit, ett antal dåliga rotfyllningar i OK med apikala opklaringar, härunder +6 som även hade ytterst begränsad tandsubstans kvar.

Eftersom han inte accepterade avtagbart och inte hade råd till implantat var mitt huvudmål med behandlingen att bevara så många tänder som möjligt, men självklart att informera om dålig prognos för dubiösa tänder. Jag valde att exa +5,6 och -7 och göra revis på 5+ och +4, även fast 5+ var resorberad rätt våldsamt av den apikala opklaringen.

Så jag vet inte om den egentligen bara skulle ha exats, men det var lugnt med Lars och vi pratade en del om revis-behandling, härunder att det är viktigt att informera pt om att den kanske inte lyckas, och att det kan bli aktuellt med retrograd på senare tidpunkt (det var förstås efter att jag hade gjort krona med stift). Vi pratade om E. faecalis och jodjodkalium och om olika sorters apikala opklaringar (granulom, abscess, cysta) och jag fick värdera rotfyllningarna på röntgen (de var för korta). vi pratade även om åldersrelaterade förändringar i pulpa = obliteration, och att det kan vara svårt att komma ner i kanalen.

Med esben pratade jag om guld vs. MK och att det var bra att pt accepterade guld. så pratade vi om stiftopbygningar och att jag kunde göra två stift i 5+ för att få nok längd på min stiftopbygning, och härunder fick jag nämna split-core. Jag glömde säga att stiftet ska vara lika långt som höjden på kronan den ersätter, irriterade mig på det sen när jag kom på det för han frågade om det, men men.

så ville lars prata om successiv excavering och hur det utförs, så det sa jag bara, och så frågade han om evidensen och jag sa att den var god.

sen gikk vi over till min patient, och där pratade vi om medicinsk muntorrhet och sialometri. Så pratade vi om att man hade kunnat göra implantat i OK-front men kom fram till att det var bättre med protes av ekonomisk orsak och att hon ändå behövde den. I UK snackade vi mycket om indirekt retention och friendesadlar med max extension. Jag sa till esben att jag hade kunnat ge henne en dental barre för att öka den indirekta retentionen och det gillade han och undrade varför jag inte hade gjort det. Så jag sa att det bara var för att sublingual barre är starkast och bäst, men märkte att han gärna ville ha mer där, men jag kom inte på något. så pratade vi om att fortandsplast inte håller på bruxister och jag argumenterade för att det var onödigt invasivt att göra kronor på hennes incisiver som ju inte hade några fyllningar men bara var slitna. och att om hon använder proteserna kan det kanske hålla. tiden slut.

-

44-årig mann, sunn og rask, tok astmamedisin ved behov/hård fysisk aktivitet. Klinisk store mengder plaque og supra og subgingival calculus. Horisontslt knoglesvind under 1/3 generelt. Inkomplet furkatutinvolvering på alle 6'ere. Pochemål generelt 4-5-6 mm, muligvis et par på 7 mm. Caries i flere tenner, apikal oppløring på 3 tenner hvis jeg husker rett. En rotfylldning som var insufficient. Løsningsgrad 1 i front ok og uk. Diverse dårlige fyldninger, dårlig morfologi bl.a på en krone, og dermed foodimpaction flere steder.

- 1. Presenter pas.
- 2. Overordnede diagnoser.
- 3. Hvordan vil du tilrettelegge pa-behandling.
- 4. Hvordan vil du tilrettelegge endodontisk behandling

Også hadde han fått trukket ut en tann som var blitt lukket opp hos en annen tannlege. Tannen var ikke blitt rotbehandlet, og hadde frakturert

Så vi snakket om hvilken info pas skal ha etter oppløking: typ at den skal rodbeh, og har behov for stift og oppbygning for at prognosen skal være god

Så snakket vi om morfologi på kronor og hvordan det kan påvirke knoglesving bl.a pga foodimpaction

Hvorfor rodbeh skulle revideres.

Og om alle kanaler skaø revideres

Og han var opptatt av hva som skal stå i journalen til pt. og hva man skal informere om

Pluss det jeg ble drillet mye på: planlægning av pa-endo behandling

Maries OD eksamen.

Case : paro og endo. Pt. tog medicin mod forhøjet kolesterol og forhøjet blodtryk.

Spørgsmål:

- Hvad gjorde medicinen (med henblik på statiners virkning).
- 4+ havde stort parodontalt knogletab, og vi snakkede om 4+ rodkompleks. Dyb rodfure, og evt furkatur, som mange overser når de sonderer.
- Vitalitetestester. Hvad måler vi? Hvordan virker de (inde i tanden)? Hvordan gør man (rent praktisk)? Hvilke er bedst (kulde vs elektrometrisk) – validitet af forskellige test på tænder.
- Samfundsodontologi. Klage ved dårlig parodontose behandling de sidste 15-20 år. Hvem klager man til (patientklagenævnet).
- Paro-operationer. Redegjorde for de forskellige behandlingsplaner. Hvorfor laver vi lap-op?
- Røntgen der var skudt for "lavt" (apeks manglede). Fik spørgsmålet hvad kunne jeg have gjort bedre?

PA/REHAB - 4 tandkontakter alle i fronten, spredtstilling. Jeg blev eksamineret af Betty Holm og Anne Havemose. Begge meget søde, især Anne, men Betty kunne godt lide at udfordre mig med lidt indpakkede spørgsmål. Selve spørgsmålene jeg fik arbejdet med under forberedelsestiden var (nogenlunde):

1. gør rede for patientens hovedproblemer.
2. Behandlingsplan på kort sigt
3. Behandlingsplan på langt sigt
4. Vurdér prognosen.

Vi fik snakket en del om betinget/ubetinget ex, stillet hoveddiagnoser. Jeg skulle vurdere kvaliteten af de restaureringer hun havde. Pt havde en avital tand med apikal opklaring, fæstetab og løsningsgrad på to, og jeg blev spurgt ind til det med primær/sekundære endo/PA læsion.... Jeg skulle på baggrund af de kliniske foto give en vurdering af hvilken materiale der var brugt til den ene bro hun havde - og her fra begyndte den store snak om dental materiale, hvilke metaller der bruges i DK herunder på tandlægeskole til forskel for andre steder i verden (ædel/uædel - hvornår det ene og hvornår det andet, hvad forskellen er, hvorfor bruger man chrom-cobolt til ætsbro, forbehandling af metaller med hvad og hvordan og hvorfor, hvilke keramik man påbrænder de forskellige restaureringer, reparation af keramik herunder bl.a. hvilke der kan og hvilke der ikke kan flussyrebehandles...). Betty spurgte ind til ætsbroer (min semester pt. fik en bro i fronten, som erstatning for en insufficient ætsbro) - hvad forskellen ml. permanent og provisorisk cementeret ætsbro er, præparation til en Maryland ætsbro - de forskellige præparationselementer og hvilke funktioner disse havde og en del mere snak om det.. Jeg skulle desuden fremlægge protese forslag for

både over- og underkæben, det spurgte Betty lidt ind til for at gøre mig usikker, men der insisterede jeg på at jeg ville gøre det sådan som jeg fremlagde.. det roste hun mig for til sidst.

Vi snakkede en del om cyster - forskellen mellem radikulære og keratocyster. Så snakkede vi om ferule effekt, konstruktion forslag til protese, medicinske interaktioner med nsaid, aktive kontra passive stifter

44 årig mand med caries, PA problemer og protetiske behov.

Præsenter kort anamnesen

Stil vigtige/relevante diagnoser

Gør rede for PA behandlig

Gør rede for protetisk behandling

(kan ikke huske om der var flere)

Emne: Tandpasta for følsomme tandhalse, fx colgate sensitive pro relife

Hvad er det som er i tandpastaen som virker på følsomme tandhalse? Argin

Emne: caries

Hvordan ser en carieslæsion ud? Hvordan kan du se om den er aktiv eller standset, og hvad gør du for at undersøge om den er aktiv eller standset. Vi kiggede på kliniske fotos, hvor jeg skulle vurdere om forskellige caries angreb var aktive eller standet. Der var et billede med rodcaries, hvor de spurgte hvad den type for caries hed. Svaret var bare rodcaries. De spurgte også, hvordan fluor virker og hvad fluor gør ved en carieslæsion. Så blev jeg spurgt om forskellige ting ud fra de kliniske billeder og røntgen, såsom er der noget specielt med denne fyldning? Og hvor dybt er det cariesangreb på dette røntgebillede. Hvilket materiale tror du er brugt der. Hvad synes du om den krone. (der var tydeligt overskud af kronen og caries under) Pt. havde også to kroner 1+1 som var lavet i Polen. De spurgte hvad jeg synes om de kroner. Det var tydeligt at knoglen havde trukket sig og at de ikke havde holdt præparationen 1,5 mm fra knoglen, så der var sket fæstetab på 1+1.

PA:

Jeg blev spurgt, hvile diagnoser jeg havde stilt. Jeg gjorde også rede for nogle enkelttandsdiagnoser, men ikke alle. Havde ikke tid inde i forberedelsen. Jeg skulle argumentere for hvorfor jeg havde stilt en rapida obs pro og ikke en lenta. Anne Havemose ville hører mine overvejelser. Hun spurgte også angående vertikalt knoglesvind. Hvornår kalder man det vertikalt knoglesvind? (du ved det der med mindst 2 mm vertikalt knoglesvind målt fra den horisontale knogle eller emalje cementgrænsen.) Så spurgte hun om patienten skulle have antibiotika, og ville ind på behandlingsplaner. Hun ville at jeg skulle argumentere for og imod antibiotika til netop denne patient. Så blev jeg spurgt MEGET om parodontitis totalis. Hvornår er den endo- betinget og hvornår er den PA- betinget. De spurgte ind til forskellige behandlingsforslag til de enkelte tænder, hvor der var tvivl om det var endo eller PA knoglesvind. Jeg blev spurgt om man skal depurerer på en tand som havde en endobetinget knogledefekt. Svaret var nej, da man kan ødelægge de fibre som er ved at bygge sig op som en del af den endodontiske heling.

En ældre dame (ca 60år) henvender sig pga knækket fortand og ønsker bedre tyggefunktion.

Klinisk ses elongerede kindtænder og sinket vertikal dimension. Dybt bid. Tre forskellige slimhindeforandringer hvidlige uafskablige, og en vær eleveret ved mundvigen(det blev ikke spurgt indtil det men med mest sandsynlighed 1. Friktionskeratose, leukoplaki og fibro epitheial hyperplasi). Medicin: intet at bemærke. PA: pocher <5mm. Pt. ønsker fast protetik. Dårlige enorale billeder det manglede BW (svært at diagnosticere caries) 7+ el 6+, apikal opklaring 6- profundcaries.

Spørgsmål:

1. Beskriv pt kort. 2. Redegør for pt.s odontologiske problemer og stil relevante/vigtige diagnoser 3. Redegør for dine protetiske overvejelser. Er der nogle nøgletænder og redegør hvorfor? 4. Redegør for de prognose.

Når du ser +1 (en profund caries læsion mesialt/insicalt klasse IV, og cervikalt rodcaries) hvad tænker du på?

- Ved ikke hvad svaret være men det blev svaret at det skal foretages succesiv eksavering. Og ved fyldning skal det laves bevel. Bevel skal laves facialt og incisalt i emalje ca ½-1mm bred med 20-40 grader. (OBS. Bevel skal undgås ved meget destrueret gingival Under spørgsmål: Hvad skal man tænke på når man laver en klasse IV fyldning? Da pt har dybt bid- Der skal ikke være okklusion og artikulation.
- Hvad er det det radiolucente på (husker ikke om det vær 4 -el 3-)? Velafgræset midt på tanden. Det blev nævnt facial caries, bunddækning, internresorption? Det blev spurgt hvad det ellers kunde være under fyldning?... Der blev spurgt om hvad det laver plast radiopak. Svar: Fillerpartikler! Dvs svaret skulle være resin/adhæsiv.
- Om du har en fortand med kantmisfarvning, vil du lave den om? Hvis pt kan holde det rent og ikke genres af det, så nej.
- Hvad hedder det når en amalgamfyldning frakturer, der den marginal amalgam frakturerer (ikke tand)? Kantvinkelfraktur.
- Hvorfor frakturerer amalgam? Hvornår ekspanderer amalgam? Svar: Den hygroskopiske ekspansion op til 24h. Derefter korroderer amalgam..
- Hvad laver du når du laver en succesiv ekskavering? Vil du ekskavere centralt?
- Hvad laver dycal med pulpa? Dycal er basisk og neutraliserer. Inducerer tertiærdentin dannelse og får odontoblasterne at danne dentin (Ulla ville kun høre at dycal irriterer pulpa)
- Validitet af de forskellige pulpa tester? Hvilet er bedst? Borprøve , ved intakt tand kulde. Flest sandt positiv ved elektrometrisk.
- (Guld kroner på -45 er slidt igennem) Det foreslåes at de skal laves om. Det blev sprugt hvad man skal tænke på og hvad det første man skal lave før man laver kronerne? – Lone ville høre om at det kunne være en god ide at tage modeller og støbe ind i artikuler for at vurdere pladsforhold.
- Hvorfor guld krone vs Mkkrone? Det blev svaret at guld er mere tandsubstansbevarende, og har bedre abraderende egenskaber end MK. Samt at det ikke er lige så æstetisk (det kunde mærkes på Lone at hun ville høre noget mere)
- Hvad er et **hæmangiom** ? hvad er det? Og hvad vil du gøre/beh?
- Ved en regelmæssig undersøgelse hvad vil du undersøge på en MK krone? Det blev svaret kanttilslutning, retention, caries, pocher, om evt keramik frakturer, suprakontakter. Lone ville gerne høre noget andet?
- Hvordan vil du undersøge klinisk om det er rodfraktur?
- Hvilken anden optagelse kan du tage for at se om det er en horisontal rodfraktur?

(KIR/TA)

33-årig mand henvender sig pga han mistet noget af hans fortand. Pt har haft smerter og hævelser der har faldet til ro. Senest for to måneder siden havde han hævelse i HS OK der fik han antibiotika af vagtlæge og har nu faldet til ro. Pt har ændret sitt tyggemønster efter de tænder der er tilbage.

Klinisk ses flere knækkede tænder . semiretinerede 8-, +8. -8 kan palperes under slimhinde men er ikke frembrudt. 8-, -8 er horisontallejret. Flere whitespot lesions. Caries på flere premolarer og molarer. Og flere cervikale caries.

Pt har fulgt børnetandpleje, og derefter kun fået lavet enkelte fyldninger, tandrensninger. Pt fik for flere år siden vide om behandlingskrævende caries i flere tænder men fik aldrig behandlet dem. Spiser

ikke morgenmad, sandwich til frokost og varierende til aftensmad. Spiser slik daglig fordelt over hele dagen. Spiser chips og kage. Ingen tobak eller medicin. Alkohol hver 3 måned.

Spørgsmål:

1. Beskriv pt kort.
2. Hvad er pts. Overordnede diagnoser og stil væsentlige diagnoser
3. Redegør for dine behandlingsovervejelser
4. Redegør for dine kirurgiske overvejelser

Diagnoser: Caries dentalis progressiva: flere complicata, profunde 7-, 5+, flere media og enkelte superficialis. Functio laesae masticatoria, æstetica og phonetica. 3 tænder med insufficiante fyldninger. (ubetinget ex 874+7, 87-67)

Parodontitis marginalis adulta prog lenta (ikke vigtig, pocher <4mm)

Dens semiretentus 8-, +8, dens retentus -8

Spørgsmål om hvordan erstatningsmulighederne for 4+ er (bro5+-3+) 5+ med profund caries og apikal opklaring. (skal rodbeh. Det blev spurgt til hvordan jeg vil restaurerer) – rodfyldning, med pulpal stift og støbt opbygning. Censor spurgt om hvorfor støbt vs plastisk opbygning.

Det blev snakket om implantat hvilke forhold der talt for og mod. Erstatning i UK evt protese? Men det blev argumenteret for bevarelse af 5-5 og shorten dentalarch.

Validitet for hvileafstand og normalt hvileafstand.

Det blev spurgt om hvad man gør om man har en pt med smerter og hvordan jeg vil vurdere fra hvilken tand hævelse i HS OK stammer fra. Det blev svaret om **hævelse, abcess, flegmone og fistel og beskrevet forskellen.**

Det blev snakket om hvordan jeg vil vurdere på rtg om det er apikal opklaring/radikulær cyste. Hvordan jeg vil beh kirurgisk hvis det er en radikulær cyste. Samt det histologiske billede for radikulære cyster.

Karaktæristika for tæt relation til can. Mand.

Snakket om semester patientens protese forslag.

PA/REHAB, med Anne Havemose og Esben. Case: En 64-årig kvinde der havde fået lavet en masse MK-kroner hos tandlæge i Polen. Der var både ENDO-PA læsioner samt molarer med furkaturinvolvering. Her kunne man både diskutere om pt havde en (marginal parodontitis) rapida eller lenta og om patienten skulle have en bro eller en partiel protese i overkæben. Spørgsmålene til casen lød nogenlunde sådan her:

1. Beskriv patientens overordnede problemer og diagnoser
2. Beskriv initial behandling
3. Beskriv prognosen på den protetiske behandling
4. Beskriv prognosen på den parodontale behandling

Jeg trak KOF og var oppe ved Merete Bakke og Lone Forsberg. Casen omhandlede en 61-årig kvinder med hovedpine, depression, dislokatio, bruxisme mv. Spørgsmålene lød noget i denne stil: beskriv patienten, herunder overordnede diagnoser og forslag til behandling. Hvordan vil du informere patienten? Er der noget patienten skal have lavet nu og her? Diskuter pt.'s restaureringer samt materialevalg. Diskuter præparation og støbte opbygning på -7.

REHAB/TA/KIR, men kom kun op i Rehab og TA... Ved Kim og Klaus. Havde en kvinde med mundtørhed, sjögren, astma, høfeber, RA og noget andet. Hun tog 8 forskellige lægemidler og var utilfreds med æstetik og funktion. Manglede en del molare og havde lige fået ekstraheret +4. Man skulle kort præsentere patienten, fortælle om de overordnede odontologiske problemer inkl diagnoser. Vurderer hendes gamle rodfyldninger og til sidst komme med forslag til Rehab. En af mine forslag var en ekstentionsbro et enkelt sted. Klaus ville herefter høre alt om ætsbroer i stedet.

Jeg trak en 33 årig mand der drak 3,5 l cola dgl, ingen medicin ingen rygning. Udtalt caries, plak, blødning, radices, få fyldninger, to mesioverterede 8'ere i uk. Skulle fremlægge pt, stille væsentlige overordnede diagnoser og komme med et bud på en behandling. De hev enkelte tænder frem og det var det. ///Rezza (ham med stifter og opbygninger). **Blev spurgt om præparationer til en partiel krone,** tegn på tæt relation til canalis, styrke af forskellige opbygninger, kir teknik til at fjerne 8'ere

PA/REHAB, med Anne Havemose og Esben. Case: En 64-årig kvinde der havde fået lavet en masse MK-kroner hos tandlæge i Polen. Der var både ENDO-PA læsioner samt molarer med furkaturinvolvering. Her kunne man både diskutere om pt havde en (marginal parodontitis) rapida eller lenta og om patienten skulle have en bro eller en partiel protese i overkæben. Spørgsmålene til casen lød nogenlunde sådan her:
1. Beskriv patientens overordnede problemer og diagnoser 2. Beskriv initial behandling 3. Beskriv prognosen på den protetiske behandling 4. Beskriv prognosen på den parodontale behandling

Jeg trak KOF og var oppe ved Merete Bakke og Lone Forsberg. Casen omhandlede en 61-årig kvindes med hovedpine, depression, dislokatio, bruxisme mv. Spørgsmålene lød noget i denne stil: beskriv patienten, herunder overordnede diagnoser og forslag til behandling. Hvordan vil du informere patienten? Er der noget patienten skal have lavet nu og her? Diskuter pt.'s restaureringer samt materialevalg. Diskuter præparation og støbte opbygning på -7.

REHAB/TA/KIR, men kom kun op i Rehab og TA... Ved Kim og Klaus. Havde en kvinde med mundtørhed, sjögren, astma, høfeber, RA og noget andet. Hun tog 8 forskellige lægemidler og var utilfreds med æstetik og funktion. Manglede en del molare og havde lige fået ekstraheret +4. Man skulle kort præsentere patienten, fortælle om de overordnede odontologiske problemer inkl diagnoser. Vurderer hendes gamle rodfyldninger og til sidst komme med forslag til Rehab. En af mine forslag var en ekstentionsbro et enkelt sted. Klaus ville herefter høre alt om ætsbroer i stedet. Og det var jeg ikke særlig skarp i. Men de var smadder søde og det var en god oplevelse pøj pøj, Julie og alle jer andre! I kommer til at klare jer SÅ godt!

KF-sau med Lone og Ulla:

Generelt om KF-præsentation:

- Skal indeholde: anamnese, kliniske fund, diagnoseliste, prognosevurdering, beh. valg
- Altid skrive journal som var pt. en potentiel klagesag-patient.
- Notere ned hvad patienter fortæller subj. Og hvad man aftaler. Vigtigt at man dokumenterer at man har behandlet patienter både fagligt og kommunikativt.
- Medicin virkelig vigtigt! Tjekke op på Carinas, medicin og se om man må bruge xyl aaaaaah.
- Eksamen 9. til 19. juni 2015
- Reeksamen 20. august 2015

Stud. 1

- Komme ind på alle bivirkninger til medicin, ikke kun mundtørhed (kvalme, mavegener, reflux, osv.)
- Læse al journalmateriale for at forstå hvorfor patientens tandsæt ser ud som den gør, og hvordan/
- Mange præp med mundtørhed god idé at lave spytprøve.

Stud. 2

- Flere præp der giver mundtørhed, giver øget mundtørhed! Polyfarmacy kan give mundtørhed. Pointe af Lone.
- Faglig terminologi skal benyttes. "brusk-agtig"/fibrøs
- Under 1/3 og over 1/3 (skal rettes i hendes slide)
- Dato på PA-registrering! Skal skrives ind i PA-journaldelen
- Typisk er patienter meget tilfredse med proteser selvom de ikke er optimale. De mærker først forskel når de får en bedre protese. (de har nemlig ikke noget at sammenligne med)
- Lav ansigtshøjde bør kun skrives som diagnose hvis det er målt skeletalt.
- Når hvileafstanden er 9 mm, er ansigtshøjden lav..typisk slid af proteser, tænder, tandløs eller en kombination af dette. Lyt til pt. når de taler. Taler de frit el. hænger slimhinden fast i tænderne når de snakker.
- Diskussion hvorvidt xerostomi skal med på diagnoselisten. Lone mener ikke den skal med, hvis ikke pt. har hyposalivation.
- Bidhævning tage udgangspunkt i pt. frivejsmelletrum man kan sagtens hæve 4-6mm uden at der sker noget. Lægge lidt akryl på protesen få at se om pt. kan tolerer det. Inden kronerne bliver færdigdesignet, skal der være tandopstilling til over og underkæben. Typisk tager man udgangspunkt i uk for at fastlægge okkl. Plan (niveau m. tungens siderande), derefter overkæbe.
- Optimal Okkl. Relief vigtig for tyggefunktionen.
- Funktionel friendesadler, SKAL ophænges saddelfjernt! (hos Lone F.)
- Owall-bøjlen skal tegnes korrekt i protese forslag. Retentionsbøjle på +6 behøver ikke at være med. morfologi afgør om det skal være lingualstøtte el. incisalhage. Bukket guldtråd, 1mm underskæring, 1,2mm i diameter, lang og flexibel (den må ikke blive indlejret i akryl), lang og afrundet, efterhærdes i 400grader i et kvarter for at gøre den flexibel.
- Husk at tænke æstetik i Uk hos ældre patienter

Stud. 3

- Ved hyposalivation, hvor ville du se caries aktivitetet?
 - o Ved margo gingiva

- Hvad kunne være årsag til hyposalivatio ? Palle H.
- Hvilken type medicin kan give hyposalivation? Palle
- Andre årsager der kan give hyposalivation: sjøgren
- Palle er glad for medicin.
- Har du gjort dig de overvejelser om de rodfyldninger der er lavet på rodfyldning på 2+
- Skal bøjletænder krones ved bøjletænder? Typisk af risiko for fraktur af plastfyldninger.