OD-erindringer 2021

Ukendt case: TA/PA

Egen case: TA/PA

Kim og Johanne

Jeg havde svært ved at komme i gang til forberedelsen da jeg lige skulle have overblik over patienten. Brugte 15-20 min bare for det . Da jeg så var klar til at danne mig et nogenlunde system over hvordan jeg ville gøre det så løb tiden virkelig fra mig. Jeg skrev de overordnede diagnoser og caries/endodiagnoserne på de vigtigste tænder og havde kun 5-7 min til at skrive PA enkeltandsdiagnoserne, derfor tog jeg også kun de vigtigste(slemmeste tænder) her, og tænkte jeg bare måtte improvisere når jeg var der. Prognose og meget andet nåede jeg slet ikke.

41 årig mand, henvender sig da han har smerter i vs, ønsker smertelindring og noget ekstra at tygge med, da han har en del radices i OK molarområde.

>præsenter patienten og de odontologiske problemer. Her præsenterede jeg kort patienten og nævnte kun de væsentlige ting som pts kost og rygning, da han indtager meget sukkerholdigt og syreholdigt mad og drikke, og ekstraoralt at der var ømhed i vs lymfeknuder. Pt kan kun tygge i vs da han ikke har noget at tygge med i højre side, ret problematisk når den side også gør ondt.

Overordnede diagnoser:

- caries dentalis

-pa lenta

- functio laesa mast.

- status edentatus

> jeg skulle forklare smerterne, hvorfor pt har smerter. Pt har både en radix med apikal parodontitis i uk og en suboptimal endobehandlet +6 som er fraktureret og med apikal parodontitis. Kim spurgte om smerter kan opstå i en caries media læsion og hvordan, svarede ja og snakkede om A og C fibre og væske i dentintubuli ved sødt og koldt osv. han spurgte om mange ting men kan ikke huske.

> parodontologiske diagnoser osv

Gav enkelttandsdiagnoser kun på de værste tænder (måske 2-3 tænder), vi snakkede om behandling og hvilken ny diagnose det var, jeg havde givet en stadium 3 grad b generaliseret men Johanne mente det var en grad C. Pyt skidt med det, hun argumenterede for hvorfor hun synes grad C og jeg synes det lød meget fornuftigt og gave hende ret. Vi snakkede kun om de få tænder og gik i dybden med dem og knogletab%/alder, pa-kir, defekter, heling osv. Johanne spurgte mig om hvad sukkertallet er og hvad dne fortæller en, sukker i blodet, hba1c. Og skyndte mig at nævne enheden da jeg kunne mærke hun ville fiske efter den, mmol/l. Vi snakkede lidt mere om enheder osv. Kim spurgte hvor sådan en måling sker og hvad den fortæller os. Fortalte os at pts blodsukker var reguleret da den lå under 7 og det måles hos lægen(kan også måles hjemme hos nogle meget rutinerede diabetikere sagde Johanne). Kim sagde man manglede noget information om den måling, anede ikke hvad han snakkede om. Men kom frem til at man ikke vidste hvornår pt har fået målt sukkertallet og om det var fastende eller pt lige havde spist. Men fordi pt har vræet diabetikere i mange år og går til kontrol hos lægen så må dne være stabil. Kim spurgte ind til at han var arbejdsløs og jeg gav dem paragraf og det hele da jeg havde læst i tidligere erindringer at der tit bliver spurgt ind til det. I den forbindelse blev der snakket om rehab da arbejdsløse kun kan få økonomisk støtte til aftagelig protetik. Der var meget dybt bid posteriort da uk tænderne havde elongeret helt op så der var kontakt på gingiva i ok. Hvis man lavede en protese og bidhævnimg vil der komme åbent bid i fronten, derfor ville man slibe på antagonisterne.

Vi snakkede om intern blegning og indikationer og kontraindikationer og generelt virkning, recidiv osv. Johanne spurgte at det var en vertikalt knoglesvind på røntgen, men hvad er det klinisk. Spurgte hvad hun mente med det og så sagde hun intraossøs defekt.

Censor spurgte også men kan ikke huske hvad. Tiden var ligeligt fordelt mellem min egen pt og ukendt case. Jeg frygtede lidt min egen case da jeg vitterligt bare havde kopi pastet min journal og sat det ind på nogle grimme slides og sendt lige inden deadline. Anede på det tidspunkt ikke hvad jeg overhoved ville tale om. Havde ikke foreberedt mig på en fremlæggelse da jeg havde hørt at de nogle gange kun snakker 10 min om ens egen pt, så ville bare improvisere. Jeg kender jo min egen patient, det vigtigste er bare at slå medicinen op i forvejen. Jeg havde lavet en intern blegning og en plastfyldning mesialt som var alt for lys på samme tand. Men pt ville ikke have den lavet om da hun synes den var fin nok. Jeg advarede dem allerede inden jeg skulle vise dem mine kliniske fotos, at de kommer til at se noget eye rape om lidt. Kim var enig, han synes også den var møghamrende grim, haha. Og så spurgte censor hvad der ville ske med tanden, svarede at der ved den interne blegning kan ske recidiv så tanden bliver mørkere og plasten ses endnu lysere og grimmere, så det kan være man skal blege igen om 1-6 år igen.

Det var lige det jeg kunne huske.

God fornøjelse til resten

Ukendt case: PA/REHAB med Alireza og Anne H.

Egen case: PA/REHAB

Casen med 72 årig mand, slidgigt i ryggen, pamol herfor, ryger 10-20 cigaretter.

Mistet mange tænder, pt kender ikke årsag, dårlig mundhyg, tandlægeangst, ønsker bedre tyggefunktion, bedre æstetik og har problemer med udtale grundet mangel på tænder i UK front. Reduceret tandsæt med en masse radicis. Og en opklaring regio -5, der havde givet en absces lingualt, men den nåede vi ikke at komme ind på.

Opgave

Redegør kort for pt, de overordnede diagnoser/ enkelttands, PA og rehab behandling og prognose for tandsættet

Pt. var en stadium 4, grad C, generaliseret (kend argumenterne for dette).

Rehab behandling: unitor OK og UK, men først akrylproteser, da man vil opleve en del atrofi grundet de mange ex. Unitor efter 3 mdr.

De var glade for at gå radikalt til værks her. Flere ubetinget ex, bl.a. radices og 7+. Betinget ex af 8+8 for at få max ekstension af fremtidig unitor. Alireza gravede i hvordan disse visdomstænder ellers ville påvirke proteseforslaget (indskudssaddel, men 8+8 ville ikke være gode her).

Blev bl.a. spurgt ind til:

- Hvileafstand: interval mellem 0-7mm, men der ønskes helst 2-3mm. Betydningen af denne: har betydning for rehab. Plus hvis den fx er 8mm kan det være tegn på dybt bid/sænket bid, der kan påvirke UK, så denne bevæger sig frem, og kæbeleddet rykker ud af position ifa. Subluxatio eller luxatio)- Alireza spm

- Stifter

- Rodfraktur, hvad der kan inducere

- Rodmorfologi

- Nøgletænder: bl.a. hjørnetænderne især af betydning for fremtidig rehab. Fase

- PA nye klassifikation (ikke gamle)

- Caries vs PA (PA genetisk)

- betinget og ubetinget ex

Var oppe hos Merete M og Ole V

Ukendt case: TA/REHAB

Egen case: TA/REHAB

Ukendte case:

- kvinde i slut 40’erne (sund og rask), som har været igennem en lang ortodontisk behandling

- Henvender sig med ønske om erstatning/beh af +2 (mørk/blåfarvet) og erstatning af 6+. +2: Rtg viste et stort radiolucent område på overgang ml tand og rod, som havde været uforandret gennem 3 år

- Opgaven lød på, at man skulle stille diagnoser, fortælle om +2, vurdere kvaliteten af rodfyldninger i tandsættet, redegøre for protetisk beh og prognose for de enkelte behandlinger

Vi kom ind på følgende vedr +2:

- interne og eksterne rodresorptioner,

- fysiologiske, patologiske og iartrogene årsager hertil

- Klassificering af cervikale rodresorptioner

- Supplerende undersøgelser (vitalitetstest, cbct)

- Behandling (ubetinget vs betinget ex) og prognose for de forskellige typer af cervikale rodresorptioner.

Ift Rehab talte vi om følgende:

- fordele, ulemper, indikationer, kontraindikationer og prognose for konventionelle broer, ætsbroer, extensionsbroer, implantater og proteser.

- Sinusløft ift implantatisættelse

- Periimplantitis og perimukositis, og herunder hvorfor chip off på MK kroner på implanter forekom hyppigere end chip off på MK kroner på vitale tænder.

De var meget søde og det var en behagelig oplevelse.

Jeg kom op til Simon og Palle (KIR, PA).

Min case handlede om en 43 årig mand, der havde tyggeproblemer og æstetiske ønsker. Han havde været ude for flere traumer (dislokering af kæbeled) samt traume 21+12. Jeg skulle redegøre for odontologiske problemstillinger. Derudover kirurgiske overvejelser og paradontal behandlingsplan. Pt havde en retineret 8- med intim relation til canalis mandibularis. Så vi diskuterede om den skulle fjernes eller ej, da den havde en follikulær cyste obs pro. Derudover snakkede vi om behandlingsmuligheder i forhold til rehabilitering. OK havde stor atrofi og meget lille afstand til sinus maxillaris. Så vi snakkede om sinusløft og knogleopbygning. Pt havde kun ønske om fast protetik (bro, krone, impl), dog var mulighederne få grundet stor atrofi og manglende tænder posteriort. Så vi snakkede lidt omkring, at mange pt’er ønsker fast, men nogle gange kan det ikke lade sig gøre, og man må snakke med pt i forhold til aftagelig i stedet for. Simon spurgte også lidt ind til kæbe kirurgi i forhold til collumfraktur. I PA snakkede vi om diagnoser og prognose generelt. 2+2 havde stifter, som var på vildspor fra kanalen, og havde dybe pocher på 7 mm. Vi snakkede om risiko for rodfraktur og behandling. Vi snakkede om konventionel PA behandling og PA KIR, derudover indikationer for AB behandling. Min egen case snakkede vi om i måske 10 minutter, bare omkring hvad jeg havde lavet faktisk og lidt prognose. Det var en fin oplevelse og de var smadder søde

ukendt case: KIR + PA - Anders og Palle:

72 årig mand, slidgigt i ryggen, pamol herfor, ryger 10-20 cigaretter. Mistet mange tænder, ved ikke hvorfor, dårlig mundhyg, tandlægeangst, ønsker bedre tyggefunktion, bedre smil og har problemer med udtale grundet mangel på tænder. Reduceret tandsæt med en masse radicis.

Opgaverne var:

Redegør kort for pt og de overordnede diagnoser/ enkelttandsdiagnoser.

Redegør for problemer ved ex/amotio radicis og visdomstænder. Ved visdomstænderne var der intim relation til kanalen. Vi snakkede om indikationer for intim relation, hvad der kunne ske med visdomstænder som var retineret i knogle (resorption og resorption sker af kronen). Vi snakkede om radikulærcyster og follikulærcyster.

Redegør for parodontal behandling:

Han var stadium IV, grad C generaliseret - den tilhørende behandling beskrives.

Vi snakkede herefter om rehabilitering og de var enige i partiel protese OK + UK. Brobehandling i form af æstbro i UK front blev også omtalt, da han manglede 2,1-1.

Redegør for prognosen.

Palle stillede en masse mærkelig spørgsmål, men man blev guidet hen mod det rigtige svar. Anders spurgte, hvor mange mL der frigives ved 1 prik med en epipen? 0,3 mL.

Men i hvert fald - fed oplevelse! Glæd jer til det er overstået

Jeg fik den samme case som Mohamed, og jeg var oppe ved Kim og Esben

De stillede kun helt fair spørgsmål!

Her er hvad vi blandt andet kom ind på:

- De stillede mange spørgsmål til Overordnet paro - og vi diskuterede det længe, hvilket var super fedt. Et råd må være at argumentere åbent! Den nye klassifikation lægger super meget op til diskussion.

- Fluorid - både virkning på caries og hvorfor det ikke virker på erosioner. Desuden fluoridtiltag, og hvornår hvad er relevant.

- Hvornår og hvorfor tænderne i den specifikke case ikke var bevaringsværdige (manden havde meget ringe økonomi), så også argumenter omkring, hvorfor nogle tænder ikke var bevaringsværdige hos ham.

- nøgletænder, både generelt men også her hvor økonomien var begrænset og den enedelig restaurering var en protese.

- Esben ville se protesetegninger og vi snakkede for og i mod bevaring af forskellige tænder.

I min egen case havde Kim været inde og kigge på en rodfyldning, jeg havde lavet og diskuteret den med Lars B. Han stillede kritiske spørgsmål til den - det viste sig at være "trick", så et råd der må være at argumentere for alt det vi jo ved!

- Esben ville høre en del om implantat versus bro.

- Esben ville desuden gerne høre en del om muligheden for at ansøge kommunen, og hvornår man fik tilskud. I bund og grund, så bare at det er svært, når man har et job.

Men argumenter for jeres sag! Og stol på alt det I kan

Jeg var op hos Merete Bakke og Kim Ekstrand.

Ukendt case:

- Kvinde på 50 år

- Smerter bilateralt i OK, tager smertestillende medicin

- Medicin mod depression, har mavesmerter, har slidgigt, penicillin-allergiker, mundtørhed

- Ømhed fra muskler og led

- Ryger 20 cigaretter/dgl.

- Fæstetab på 1-7 mm, retraktioner flere steder

- Caries og insuffiente restaureringer flere steder

- Få manglende tænder særligt i OK

- OP: Affladning og sklerosering på ve. kondyl

- Rtg: Caries multiple steder, apikal opklaring på 7-

Jeg fik lov til at tale meget i starten uden at de afbrød. Så tog Merete over og fyrede hele KOF pensum af (eller det føltes sådan ). Vi diskuterede subluxatio, dislocatio, athrosis - sammenhængen mellem disse. Gabeevne, disponerende faktorer for athrosis, myalgi, den famøse bidskinne. Kim tog over og vi gennemgik helstatus og tog alle tænder fra en ende til anden. Simple, kliniske spørgsmål i caries og endodonti, som vi allerede ved en masse om. Vi diskuterede de bidfunktionelle og cariologiske behandlingsmuligheder. Sluttede af med at tale om den rehabiliterende fase og prognosen for alt.

Den anden del handlede om min egen case. Den har man selv ret godt styr på. Merete gik meget op i, hvordan den fremtidige behandling af patienten skulle være, for hun kunne se, at han havde meldt afbud flere gange i løbet af KF.

Jeg føler selv, at forberedelsestiden var helt optimal.

Super god oplevelse, rigtige søde eksaminatorer, censor spurgte ét enkelt spørgsmål og vi ved så meget i forvejen - så tag det helt roligt. 

Held og lykke til de sidste i næste uge!

God weekend.

- må gerne være kritiske ift. de anamnestiske og kliniske oplysninger, I får givet. Jeg havde fx brug for flere oplysninger for at kunne give de endelige KOF diagnoser.

Kim spurgte mig om dosis af det antidepressive præparat var for lav eller for høj. Så det er en god idé at tjekke, hvad normaldosis på medicinen er (min case tog 20 mg). I har pro.medicin på pc, så I kan bare slå det op. Det er mere for, at man ikke kun fokusere på bivirkninger, men også tjekker dosis og hvad der normalt gives ift. ens patient.

Hey folkens

Jeg fik en TA/REHAB case. Kom op hos Annemette og Kim. Husker det her:

-59 årig mand der henvender sig pga ønske om funktion og æstetik. Fisker. Meget begrænset økonomi. De spurgte ind til mulighed for økonomisk støtte.

-Han havde et tandsæt præget af radix caries causa. Der var derfor en masse ubetinget ex, som lærerne og censor var enige i.

-Han havde et par cyster. Blev spurgt ind til forskel mellem cyste og apikal opklaring. Hvordan man fjerner cyster. Differentialdiagnoser til cysterne osv. Man skulle tro jeg var oppe til oral patmed Sinusløft og knogleopbygning blev også hurtigt diskuteret.

Hvordan skulle jeg erstatte hans tænder, der blev ekstraheret? Partiel protese i OK+UK. Her ville de have proteseskitser.

Kan ikke huske alle detaljer, men giver det et skud. Var oppe hos Palle og Lars Bjørndal.

Ukendt: 54-årig kvinde henvender sig af kosmetiske årsager og for at få behandlet PA.

Havde mange insufficiente rodbehandlinger OK front (måske traume/caries).

Vi kom ind på:

- Årsag til endo og bud på hvorfor disse var insuffiente

- Hvorfor hun havde en høj DMFT

- NSAID virkningsmekanisme og evt orale manifestationer

- PA behandling og klassificering (jeg mente stadium 4, Palle tænkte 3 men vi snakkede frem og tilbage om dette).

- Rheumatoid Artritis og evidens omkring dette ift. PA

- Revis - Procedure og gav det overhovedet mening

- Hvordan undgik man for lange rodfyldninger

- Gradvis. Formål, fordele, hvad der skete undervejs i læsionen.

- Dyb og ekstrem dyb caries (klinisk, rad og bakterielt)

- Hun havde en retineret -8, som Palle ville høre om ift. evt. amotio (relationer til c. Mandibularis og indikationer for cbct). Og hvad man kunne se omkring visdomstænder (folikullær, pericoronitis)

- Hvilke knogledefekter hun havde bedømt på rtg

Lars Pallesen og Esben:

Case: 41-årig sømand.

Medicin forskellige Inhalations medicin som giver mundtørhed.

Ønskede en løsning i fronten (har Maryland bro, som er 15 år gammel) jeg fortalte dem at jeg kan se at tanden (+1) er fraktureret og det er en Maryland bro. Esben spurgte nemlig og det er broen eller tanden der er fraktureret.. og var selvfølgelig tanden. Med muligvis caries angreb også.

7,6- apikal radiolucent, tænderne havde kæmpe restaureringer coronalt.

8- udvidet periconarium..

De spurgte hvordan jeg vil løse det problem, mit svar..

Udefra poche diagram er der distalt på 7.4 poche mål på cirka 7 mm, samt grundet det udvidet pc. Gør at der er indikation for ex ubetinget af 8- ( Lars var helt enig) han spurgte om der behæver at være smerter tilstede for at fjerne 8-... jeg fortalte at i og med den har resorberet knogle svt 7-.4 så synes jeg den skal ud. 7-.4 er rodbehandlet hvorfor smertebilledet (manglende) kan snyde..

7-.4 foretages retrograd pp de apikaltranslucent ( grundet dårlig transport) og når nu der er klappet op til at fjerne 8- så kunne man lige så godt fikse 7-.

6- ortograd revision.

Vi talte om gregory og Peel kategorierne..

+4: caries ( før de ovennævnte) lav vitalitetest ved borerpræve det var Esben enig i...

Mht hans bro så vil jeg fjerne Maryland bro.. og lave en konventionel og inddrage 2+ fordi den havde en kæmpe stor fyldning som trænger til revision.. og jeg fortalte at vi ikke kan lave en ny Marylandbro fordi vi kommer til at fjerne emalje når vi borer broen fri og cementen væk. Og emalje er afgørende for den retention..

Parodontitis.. det virkede som om at de synes at hans pa var et større problem.. jeg argumenterede for diagnose og det endte med at Esben sagde ja.. ( få pocher over 5, og der var ikke angivet fæstetab) pt er ryger 25 cigaretter dagligt. Han vil vide hvorfor at pa er mindre udbredt i et tandsæt når der er stor caries aktivitet og moderat plak mængder

Min egen case tog 5-7 min

Lars spurte meget ind til implantater vs bro.. og hvilen implantat, str osv.. vi diskuterede plasforhold.

Prognose..

Han spurgte slimhindeforandringer fordi min patient havde to.. dem skulle jeg redegøre en del for.

* Ps.. hvis de spørger hvormange kanaler der (mand.bul. Inf) så er der altså 2.. jeg var usikker men så ledede Lars mig hen med et spørgsmål  ift 8-

Ukendt case: TA/KIR hos Merete Markvart og Simon, samme case som Asal. De var rigtig søde!

41 årig mand med mange carieslæsioner, insufficiente rodfyldninger og en utilfredsstillende bro i OK front med vitale bropiller.

Risikorelateret behandling, da patient havde høj cariesrisiko (dårlig MH, stort sukkerindtag, astmamedicin med lactose, oplysning om mundtørhed - overvej sialometri, og mange læsioner på glatfladerne).

3 tænder med insufficiente rodfyldninger hvor den ene var for kort og utæt, den anden havde transport og den tredje inhomogen. Blev spurgt til hvilke parametre man bruger til at vurdere rodfyldningskvalitet og hvad taper ogtransport er.

Blev spurgt til koronal restaurering af rodbehandlede tænder (ingen studier der viser at indirekte rest er bedre end direkte,indirekte bliver meget invasivt). Der var en af de rodfyldte tænder der havde for lidt tandsubstans til en ferrule og derfor gav revis måske ikke mening, men bare ex af tanden. På tanden med transport skulle man overveje retrograd revis. Diagnosen på tænderne var: rodfyldt kanal et parodontitis apicalis chronica og restauratio insufficiens.

En OK præmolar med caries under en fyldning. Carieslæsion ind til pulpa og derfor pulpektomi da pulpa er inficeret.

Lidt om hvilke behandlinger jeg ville prioritere: først risikorelateret behandling, profunde læsioner, pulpektomi inden der kommer opklaring da det forringer prognosen og så revis.

En semiretineret 8-. Der var udvidet pericoronarrum radiologisk og de ville have mig til at sige at diagnosen var pericoronitis chronica (ingen symptomer). Lidt om afstanden til nerven.

Ift. broen i OK front: det var en ætsbro og jeg sagde at jeg gerne ville sondere om den var løs og der var caries under og da der var mere caries på den ene bropille kunne man overveje konventionel bro. Ikke mere om det.

Kort kommentar om patientens parodontale status ift alder og rygning (25 cig dgl i 25 år). Kun lokalt fæstetab ved enkelte sites, blandt andet distalt 7- og på OK præmolarer, hvor pt i øvrigt havde fået ekstraheret tænder ifm orto. Dvs lokalt ætiologiske faktorer. Og så var PA parkeret.

Min egen case: lidt om implantater, at man ikke behøver implantater på 7'ernes plads. Blev også lige spurgt til hvad jeg vidste om sinusløft: åben/lukket teknik meget kort. Lidt om præparatsubstitution i samarbejde med lægen hvis der var mundtørhed pga. et præparat. Tyggegummi eller tabletter som behandling af hyposalivation (nedsat ustimuleret). Lidt om succ. ekskavering og at formålet er at forsegle tæt og ændre miljøet i læsionen.

Det var lige hvad jeg kunne huske.