

Det er karakteristisk for kondylhyperplasi, at den

- a. Bevirker posterior discusdisplacering
- b. Både kan være erhvervet og medfødt
- c. Giver søvnapnø
- d. Kan give asymmetrisk gabebevægelse med korrektion
- e. Kan medføre unilateralt krydsbid
- f. Medfører migræne med aura
- g. Ofte opdages på grund af ansigtsasymmetri
- h. Ofte ses ved reumatoid artrit
- i. Skal behandles med en refleksfrigørende stabiliseringsskinne
- j. Starter med knæklyde i kæbeledet
- k. Viser sig som en asymmetrisk størrelse af processus coronoideus

Kondylhyperplasi:

- Både kan være erhvervet og medfødt
- Kan medføre unilateralt krydsbid
- Ofte opdages på grund af ansigtsasymmetri
- Starter med knæklyde i kæbeledet

Opgave 2 - Flervalgsopgave: Angiv bogstaverne på de 2 rigtige udsagn

Ved den kliniske undersøgelse måles den passive gabeevne

- a. For at bestemme åbneknækkets beliggenhed
- b. For at provokere om der er krepitation
- c. For at klarlægge, om der er noget mekanisk, der forhindrer yderligere gabning
- d. Hvis patienten kommer akut med traume og hævelse i kæbeledet
- e. Ikke hvis der er normal gabeevne
- f. Som i DC/TMD benævnes maximal assisted opening
- g. Som i DC/TMD benævnes terminated opening
- h. Ved at presse med pegefingern på OK incisiverne og tommelen på UK incisiverne

Den passive gabeevne:

Måles med hjælp fra behandleren. Benævnes maximal assisted opening på engelsk.

Rigtige svar -> c, f

Opgave 3 - Flervalgsopgave: Angiv bogstaverne på det rigtige udsagn

En refleksfrigørende stabiliseringssskinne anvendes

- i. For at aflaste kæbeleddene
- j. For at afslappe tyggemusklerne
- k. For at ophæve tygge- og synkereflekserne, når man sover
- l. For at få patienten til at holde op med at skære tænder om natten
- m. Hvis der er mistanke om luksation af kæbeledet
- n. Hvis der kommer lyde fra kæbeledet
- o. Hvis patienten har mange erosioner
- p. Når patienten har migræne
- q. Når patienten har søvnapnø

Rigtigt svar: i

Opgave 4 - Flervalgsopgave: Angiv bogstaverne på de 3 rigtige udsagn

Ved udredning af kæbeledsbesvær er det vigtigt at vide, om patienten

- a. Er ryger
- b. Får blodfortyndende medicin
- c. Går regelmæssigt til tandlæge
- d. Har en nær slægtning med knæk i kæbeledet
- e. Har forhøjet blodtryk
- f. Har synkebesvær
- g. Har type 2 diabetes
- h. Har været udsat for traume på kæben
- i. Lider af sure opstød
- j. Lider af psoriasis
- k. Oplever gener fra fingre, knæ eller tæer
- l. Snorker
- m. Tager medicin for diabetes

Rigtige svar: h, j og k

Opgave 5 – Kortsvarsopgave: Angiv karakteristika og relevante behandlinger ved *dislocatio disci ad anteriorum articulationis temporomandibularis* og *arthrosis articulationis temporomandibularis*

I. *Dislocatio disci ad anteriorum* (discusdisplacering uden reduktion)

- a. Hovedgruppe (*vælg enten 'inflammatorisk', 'degenerativ' eller 'biomekanisk' ledlidelse*)
- b. Symptomer og fund ved akut og kronisk dislokation (*nævn fællestræk og forskel*)
- c. Behandling.

a. Hovedgruppe: biomekanisk ledlidelse

- b. Discusdisplaceringen uden reduktion kan være en videreudvikling af discusdisplaceringen med reduktion, som er karakteriseret ved knæklyde fra kæbeledet. Disse knæklyde kan nu være forsvundet. Ved den akutte form ses der mindsket mobilitet i form af en nedsat gabebevne og nedsat kontralateral sidebevægelse. Ved gabning vil der være ukorrigeret deviation mod det afficerede kæbeled og smerter ved forcering af gabeevnen. Den kroniske form adskiller sig fra den akutte ved, at der vil ske en gradvis øgning af gabeevnen og gabeevnen kan blive helt eller delvist normaliseret. Fællestræk for de to former er, at der radiologisk ikke er nogle knogleforandringer, men der ses en nedsat translation af kondyllen.
- c. Behandling: Generelt gælder det, at behandlingen for TMD tilstræber en smertelindring og restitution og er altså ikke en kurativ behandling. Behandlingerne tager udgangspunkt i behandlingstrapper, hvor sværhedsgraden af lidelsen vil resultere i brug af et højere trin på trappen. For discusdisplaceringen uden reduktion ønskes det at accelerere den gradvise øgning af gabeevnen. Her vil information og observation indgå i første trin af behandlingen. Patienten informeres om lidelsen, behandlingen og at prognosen for discusdisplaceringen uden reduktion er rimelig under visse forudsætninger. De næste trin på behandlingstrappen er gabeøvelser i form af gabe-vippeøvelser eller med tungespatler og evt. varme. Tungespatlerne bruges til at spærre munden op og overvinde den mekaniske modstand inde fra kæbeledet. Dernæst analgetika og allersidst en RFS-skinne. Artroskopian, hvor discus løsnes ved skylning, vil desuden være sidste udvej.

II. Arthrosis (kæbeledsartrose)

- a. Hovedgruppe (*vælg enten 'inflammatorisk', 'degenerativ' eller 'biomekanisk' ledlidelse*)
 - b. Symptomer og fund ved akut og helet kæbeledsartrose (*nævn fællestræk og forskel*)
 - c. Behandling.
- a. Degenerativ ledlidelse
 - b. En meget lille andel af de biomekaniske ledlidelser vil udvikle sig til en degenerativ ledlidelse som eksempelvis kæbeledsartrosen, da der med tiden kommer perforation af det retrodiskale væv, discus anterior for kondyllen skrumper og nu vil kondyllen bevæge sig i direkte kontakt med den kraniele knogle. Forløbet (3 år) inddeles i aktiv, helende og helet udbrændt kæbeledsartrose. Fælles for den, der er akut og helet gælder, at der findes ledlyde i form af krepitation, ledsagende tyggemuskelømhed og der kan ses radiologiske forandringer ved begge tilstande. De radiologiske forandringer er dog mest karakteristiske for den helet

artrose, da de først senere i forløbet bliver tydelige på konventionelle røntgenoptagelser. De første ossøse forandringer er brud på lamina compacta og subkondrale cyster, der kollapser og bliver til erosioner. Senere kan komme sklerosering og affladning. En anden forskel på den akut og helet er, at der ved den akutte er hvile- og funktionssmerter og nedsat mobilitet i form af nedsat gabebevne.

- c. Behandling: Er her også information og observation samt analgetika p.n. (ved behov). På andet trin i behandlingen for den akutte artrose vil der være farmakologisk behandling bestående af NSAID i fast dosering over en kort periode på typisk 3 uger med stærke smerter, som nemlig typisk kan være så stærke, at de kan hæmme alt hverdags arbejde. Det kan være 400 mg Ibuprofen 3-4 gange dagligt. Hvis smerterne er meget svære, kan det blive nødvendigt at supplere med kortikoidinjektion. Ved reduceret okklusal afstøtning er behandlingen også en RFS-skinne. Behandlingen for den helet kæbeledsartrose er information, gabeøvelser og ved manglende okklusal afstøtning kan kæbeleddet aflastes ved tygning ved at øge den okklusale afstøtning ved eksempelvis protetik.

Opgave 6 – Essayopgave: Patient kasus (78-årig kvinde) – Diagnoser, røntgenbeskrivelse, konklusion og behandlingsforslag?

Flettes ind som en konklusion:

Det oplyses at

-pt har slidgigt

-for to år siden: knæk under gabning og lukning siden traume

-nedsat gabefunktion og smerter under gabning

-smerter ved funktion bilat. Ved funktion. NRS 5. Ingen hvilesmerter.

-smerter under tygning og tale mindskes af tygning el tale

-Klinisk: aktiv gabebevne er nedsat, krepitationer, OP viser affladning, ingen palpationsømhed

Diagnoser

Hoveddiagnoser -> Arthrosis articulationis temporomandibularis vetus dex. Et sin.

Andre -> Arthralgia articulationis temporomandibularis, mordex profundus,

Røntgenbeskrivelse

Ledhoved -> normal strls, affladning, sklerosering bilat.

Fossa og tuberculum -> tendens til affladning bilat.

Andet -> 3+ insufficient rodbeh?

Behandling: Information og observation

Gabeøvelser -> tilsigter en afslapning af kæben, øgning af gabeevne og kæbens bevægelighed, træning og smidiggørelse af tyggemusklene

Afslapning: af kæber og tyggemuskler (tandpres, fornemmelse af træthed og spænding)

1. Afslapningsøvelse: dybe indåndinger, lade kæbe hænge
2. Opvarmning: før gabetræning, tyggetræning og massage. Gabe roligt op, knuge tænder sammen

Gabetræning: ved permanent forskydning af discus, slidgigt, smidiggørelse af stive og spændte muskler. Dagligt i et par uger

1. Gabe-vippe: pt uden kraftige smerter. OK og UK presses væk fra hinanden 10 gange i træk 2-3 gange/dgl.
2. Forceret gabning med tungespatler: pt uden kraftige hvilesmerter. Evt infrarød lampe først i 10-15 min 1/2 m afstand.
3. Gabetræning ved knæk -> 2-3 gange om dagen, gab lige op til lige før knæk 10 gange, igen men med tunge mod ganen.

Tyggetræning: til muskeltræning, afledning ved tandpres i vågen tilstand, flere måneder til år

1. Tyggegummi i 1/2, side skiftes

Massage af tyggemuskler: lindring af ømhed og spænding

1. Massage: af ømme punkter i 2 min

Pt. skal udføre afslapning, opvarmning, gabe-vippe, tyggetræning.

Analgetika ved behov. Indkaldes til kontrol igen om 4 og 8 uger efter behandling starter. 1 uger for at se, om instruktion er korrekt.

Opgave 7 – Essayopgave: Redegør for hvilken betydning følgende faktorer har for orofaciale smerter og TMD

I. Okklusion

II. Psykisk stress

Som en bemærkning må det siges, at sygdomsætiologien for orofaciale smerter og TMD er multifaktoriel. Det kan da være svært at med sikkerhed sige, hvilke risikofaktorer, der spiller hvilken rolle. Både okklusion og psykisk stress ses dog at have en sammenhæng med forekomst af TMD.

Okklusion:

I lang tid blev okklusion anset som værende den primære ætiologiske faktor for TMD, men tillægges nu mindre betydning. Nogle specifikke forhold i okklusionen som eksempelvis anteriort åbent bid og tandtab ses at kunne give dysfunktioner i kæbeledet af forskelligt art. Det er fordi, at kæbeledet og muskulaturen overbelastes og der udvikles sygdom. Kun for 5-10% af patienter med TMD udgør behandlingen en ændring af de okklusale forhold. En behandling for flere TMD er en bidskinne. Her øges antal okklusionskontakter og dette resulterer i en større aktivering og strækning af lukkemusklerne. Dvs. også ved behandlinger spiller okklusionen en rolle.

<https://www.tandlaegebladet.dk/sites/default/files/articles-pdf/196-203.pdf>

plus notesblad 1

Psykisk stress:

Der er ikke evidens for, at psykosociale forhold disponerer til TMD, men der er set en sammenhæng mellem forekomsten af smerter hos patienter og sværhedsgraden af depression. Desuden findes hos patienter med TMD og stress en tendens til hyperalgesi og allodyni. De har altså en øget smertefornemmelse og deres tærskel for smerter er lavere. Ved psykisk stress øges muskeltonus og øget muskeltonus giver træthed, ømhed og smerter. Det viser sig også, at jo flere muskler der er ømme ved palpation, jo større er chancen for, at de psykosociale faktorer har spillet en rolle for tilstanden. Ydermere kan der være en sammenhæng mellem bruksisme under søvn og perioder med psykisk belastning, men sammenhængen mellem bruksisme og TMD er stadig uklar. Stress -> øget medicinforbrug. Hovedpine kan komme af hovedpinepiller (medicinoverforbrug).

13/6/2019

Opgave 1 - Flervalgsopgave: Angiv bogstaverne på de 4 rigtige udsagn

Ved udredning af kæbeledsbesvær er det vigtigt at vide, om patienten

- a. Er ryger
- b. Får blodfortyndende medicin
- c. Går regelmæssigt til tandlæge
- d. Har en nær slægtning med knæk i kæbeledet
- e. Har forhøjet blodtryk
- f. Har synkebesvær
- g. Har type 2 diabetes
- h. Har været udsat for traume på kæben
- i. Lider af migræne
- j. Lider af psoriasis
- k. Oplever gener fra fingre, knæ eller tæer
- l. Snorker
- m. Tager smertestillende tabletter

Svar: h, j, k, m

Opgave 2 - Flervalgsopgave: Angiv bogstavet på det eneste rigtige udsagn

En refleksfrigørende stabiliseringsskinne anvendes

- a. For at aflaste kæbeledene
- b. For at afslappe tyggemusklerner
- c. For at ophæve tygge- og synkereflexerne, når man sover
- d. For at få patienten til at holde op med at skære tænder om natten
- e. Hvis der er mistanke om luksation af kæbeledet
- f. Hvis der kommer lyde fra kæbeledet
- g. Hvis patienten har mange erosioner
- h. Når patienten har migræne
- i. Når patienten har søvnapnø

Svar: a

Opgave 3 – Kortsvarsopgave: Angiv karakteristika og relevante behandlinger ved *subluxatio disci ad anteriorum articulationis temporomandibularis* og *dislocatio disci ad anteriorum articulationis temporomandibularis*

I. *Subluxatio disci ad anteriorum* (discusdisplacering med reduction)

- a. Hovedgruppe (*vælg enten 'inflammatorisk', 'degenerativ' eller 'biomekanisk' ledlidelse*)
- b. Symptomer og fund ved de to former for subluxation (*nævn fællestræk og forskel*)
- c. Behandling.

a. (Intrakapsulær) Biomekanisk ledlidelse

b. Symptomer og fund: De to former for discusdisplaceringer med reduktion er med eller uden låsning. Subluxationen er en af de almindeligste former for TMD. Ved denne tilstand er

discus forskudt anteriort eller anteriomedialt, hvor der sker en delvis normalisering af relationen mellem discus og kondylen under gabning. Reciproke knæk, dvs. båder under åbne- og lukke-bevægelse, vil forekomme, da ledhovedet vil gå fra det posteriore ligament og hen på discus under gabebevægelser. Det er dette fænomen, der giver knæklyde. Andre kliniske fund kan være smerter ved funktion, almindelig gabeevne, ømhed ved palpation af kondylen lateralt, korrigeret deviation mod afficerede side og ingen ossøse forandringer eller nedsat translation radiologisk. For subluxationen med låsning findes der enten låsning ved den kliniske undersøgelse eller patienten informerer om at have oplevet låsning med nedsat gabning indenfor de sidste 30 dage.

- c. Behandling: Information og observation, hvis knæk ikke generer pt. meget. Ellers er næste trin i behandlingstrappe gabeøvelser bestående af opvarmning, retruderet gabning og øvelse i at gabe lige op uden deviation. Er dette ikke tilstrækkelig behandling og er der mulighed for reponering, kan man overveje en RSS-skinne. Det kræver en samarbejdsvilligt pt., da denne skal bæres i ½ år 24 timer i døgnet. RSS-skinne giver en sammenbidsstilling, som på vej til IP før discus displaceres og den ændrer okklusionen permanent. Der skal da også forventet en anden behandling efter forløbet med skinnen. Skinnen bruges kun, hvis der er mulighed for reponering. Hvis der ikke er det, så forventes 10% af subluxationer at blive til dislocation ellers vil knæklyden flytte sig højere op i gabningen.

Opgave 3 – Kortsvarsopgave: Fortsat

II. *Dislocatio disci ad anteriorum* (discusdisplacering uden reduction)

- a. Hovedgruppe (*vælg enten 'inflammatorisk', 'degenerativ' eller 'biomekanisk' ledlidelse*)
- b. Symptomer og fund ved de to former for dislokation (*nævn fællestræk og forskel*)
- c. Behandling.

Er besvaret før.

Opgave 4 – Essayopgave: Patient kasus (46-årig kvinde) – Hvilken tilstand?

Redegør for og begrund, hvilken TMD tilstand du mener, at patienten lider af, ud fra den vedføjede og udfyldte Jaw Functional Limitation Scale og DC/TMD Examination Form.

En sammenfatning af JFLS:

Patienten føler sig begrænset, når hun skal tygge sej mad og hårdt brød. Hun har generelt svært ved at gabe og dette gælder også at gabe højt nok til at spise af æble eller en sandwich.

En sammenfatning af DC/TMD:

Gabevnen er på 38 mm og er da nedsat. Ved den aktive gabning, passive gabning, protrusion og laterotrusion er der smerter i det højresidige kæbeled. Der er ukorrigeret deviation til højre. Krepitation høres i højre side og der er ingen palpationsømhed af muskulaturen, men af højre kæbeled er der.

TMD-tilstanden hos patienten er en kæbeledsartrose, som er en degenerativ ledlidelse. De kliniske fund hos patienten er karakteristiske for denne tilstand. Især ledlyde i form af krepitation, som hos patienten kun findes på højre side. Arthritis kan udelukkes, da det typisk findes bilateralt på begge kæbeled. Ydermere findes funktionssmerter på højre side og patienten har nedsat mobilitet i form af den nedsatte gabeevne. Gabeevnen er ikke meget nedsat og der findes ingen tyggemuskelømhed. Noget tyder på, at det er en helende artrose. Diagnosen ville kunne blive bekræftet med ossøse forandringer radiologisk.

Opgave 5 – Essayopgave: Patient kasus - 23-årig mand

En ung mandlig studerende henvender sig med akut opståede kæbeledsproblemer, efter at han i går aftes var blevet taklet kraftigt af en modspiller på hoved og kæbe under en håndboldkamp. Der er ikke kraftige smerter, men snarere ømhed sv. t. NRS på 2-3 af 10. Det der generer mest er, at der er en følelse af, at der sidder noget i klemme i kæbeledet, og at sammenbiddet virker forkert. Gabeevnen fornemmes ikke nedsat, men føles underlig.

Redegør for dine overvejelser over

- a. Hvilke yderligere anamnesticke oplysninger samt indicerede undersøgelser, du vil lægge vægt på for at stille en diagnose og evt. behandle patienten
 - b. Sandsynlig(e) diagnose(r)
 - c. Prognose(r) og evt. senfølger.
- a. Det oplyses, at den unge mand ikke har kraftige smerter, har ømhed på 2-3 NRS, har følelsen af noget i klemme, sammenbiddet virker forkert og gabeevnen ikke er nedsat men føles underlig. Det er alt sammen fund, der kunne indikere posterior discusdisplacering. Andre traumatiske lidelser, som det også kunne være er frakturer og kontusioner (hydartron og hæmartron), men begge lidelser er smertegivende og giver en nedsat mobilitet i form af

nedsat gabeevne. Den posteriorer dislokation kan også give reflektorisk nedsat gabeevne. Ved frakturer er der en tydelig malokklusion og der vil være en deviation mod siden med frakturen. At sammenbiddet virker forkert tyder på, at han har posteriort åbent bid. Et unilateralt post. åbent bid er typisk for den posteriore discusdisplacering, men også for kontusioner.

Det lader umiddelbart til, at der er tilstrækkelige anamnesticke oplysninger, men jeg vil spørge mere ind til, hvordan traumet er foregået. Hvilken side af kæben er blevet påvirket og i hvilket omfang? Det vil desuden være relevant at spørge, om alle symptomerne er opstået først efter traumet eller, om der har være tegn på TMD førhen. Hvis der tidligere journaloptagelser, vil jeg kigge på dem.

Med hensyn til indicerede undersøgelser vil jeg foretage en undersøgelse af gabeevnen, undersøge om der er deviation ved gabebevægelsen og undersøge okklusionen. Ved mistanke om frakturer vil jeg supplere med en radiologisk undersøgelse, som ved langt de fleste tilfælde vil kunne påvise forekomst af frakturer.

b. Sandsynlig diagnose:

Dislocatio disci ad posteriorem articulationis temporomandibularis

c. Prognose og senfølger:

Prognosen er god såfremt, at reponeringen finder sted kort tid efter traumet. Behandlingen af post. displacering vil være reponering vha. bidepind forudgået af lokalbedøvelse af m. pterygoideus lateralis og ledkapslen. Leddet skal skånes i en periode efterfølgende og det forventes, at okklusionsændringen forsvinder. Hvis gabeevnen var nedsat vil den også vende tilbage. Hvis reponering ikke foretages i god nok tid eller ikke er mulig kan der ske en artroseudvikling sekundært til tilstanden og man kan prøve behandling med RFS-skinne.

13/6/2018

Hvis patienten oplever lyde fra kæbeledet

- a. Kan lyden være ledsaget af et smertejag i kæbeledet
- b. Kan det være meddelte lyde fra nakken
- c. Vil prognosen for kæbeledet være dårlig, hvis patienten har fibromyalgi
- d. Vil der også være morgenstivhed af kæbeled og tyggemuskler
- e. Kan lyden bedst undersøges ved at lægge øret til kæbeledet, mens patienten foretager kæbevælgelser
- f. Kan de beskrives med en VRS eller NRS skala (verbal eller numerisk rang skala)
- g. Skal man spørge, om det er knæk- eller knaselyde og i hvilket led
- h. Kan man stille diagnosen subluxatio disci ad posteriorem articulationis temporomandibularis.

Svar: a og g

Opgave 2 - Flervalgsopgave: Angiv bogstaverne på de 2 rigtige udsagn

Hvis patienten oplyser at skære tænder om natten

- a. Er det noget patienten selv hører og vågner op af
- b. Skal man undersøge, om der er erosioner af tænderne
- c. Har patienten migræne ved opvågning om morgenen
- d. Kan det medføre øget sensibilitet af tænderne
- e. Vil det hos mange forekomme i perioder med problemer og stress
- f. Vil natlig brug af en RFS-skinne mindske søvnbruxismen
- g. Har patienten mange smerter fra tyggemusklene
- h. Vil bruxismen oftest forekomme i den dybe søvn (stadie 4).

Svar: d og e

Opgave 3 – Kortsvarsopgave: Angiv karakteristika og relevante behandlinger i odontologisk regi ved artrose og reumatoid artrit i kæbeledet

I. Artrose (*arthrosis articulationis temporomandibularis*)

- a. Generelle forhold (*nævn 2 væsentlige anamnesticke oplysninger*)
- b. Hovedgruppe (*vælg enten 'inflammatorisk' eller 'degenerativ' ledlidelse*)
- c. Symptomer ved
 1. aktiv artrose (*nævn 2 væsentlige subjektive gener*)
 2. "udbrændt"/helet artrose (*nævn 2 væsentlige subjektive gener*)
- d. Kliniske fund ved
 1. aktiv artrose (*nævn 2 væsentlige fund*)
 2. "udbrændt"/helet artrose (*nævn 2 væsentlige fund*)
- e. Radiologiske fund ved
 1. aktiv artrose (*nævn mulige fund*)
 2. "udbrændt"/helet artrose (*nævn 2 væsentlige fund*)
- f. Behandling

- a. De anamnestiske oplysninger afhænger af sygdomsætiologien. Artrosen kan være af primær type og dermed idiopatisk. Da vil patienten først have haft en discusdisplacering uden reduktion, der har udviklet sig til en degenerativ lidelse. Det er kun få biomekaniske lidelser, der gennemgår denne sygdomsprogression. Patienten vil her have haft tidligere knæk, som er forsvundet og kan have haft låsninger. Nu har pt indenfor de seneste 30 dage haft kæbeledslyde (krepitation). Artrosen kan også være opstået sekundært til en traumatisk lidelse, og da vil patienten have været udsat for et traume. Den ses hyppigst unilateral.
- b. Hovedgruppe:
Degenerativ
- c. Symptomer ved
 1. Aktiv artrose:
Pt. er generet af moderate til stærke hvile- og funktionssmerter. NRS for smerterne er typisk på $5 \geq$ ud af 10. Mobiliteten er også nedsat og patienten klager typisk over at føle sig begrænset, når der skal gæbes over eksempelvis et æble og ved tygning af sej mad. Der er også en tyggemuskelømhed.
 2. Ubrændt/helet artrose:
Patienten er nærmest symptomfri. Der er fortsat krepitationslyde fra kæbeledet.
- d. Kliniske fund ved
 1. Aktiv artrose:
Palpationsømhed af mindst 2. grad lateralt af kæbeledet, nedsat gabeevne på under 40 mm, krepitation, ledsagende tyggemuskelømhed.
 2. Ubrændt/helet artrose:
Krepitation, normal gabeevne, ledsagende tyggemuskelømhed.
- e. Radiologiske fund ved
 1. Aktiv artrose:
Det kan være svært at se de første radiologiske forandringer på konventionelle røntgenoptagelser såsom OP. På CBCT vil man kunne se brud på lamina compacta og subkondrale cyster, der kollapser og bliver til erosioner.
 2. Udbrændt/helet artrose:
De ossøse forandringer i form af erosioner og affladning vil være tydeligere på OP.
- f. Behandling:
Er besvaret før.

Opgave 3 – Kortsvarsopgave: Fortsat

II. Reumatoid artrit (*arthritis rheumatoides articulationis temporomandibularis*)

- a. Generelle forhold (*nævn 2 væsentlige anamnesticke oplysninger*)
- b. Hovedgruppe (*vælg enten 'inflammatorisk' eller 'degenerativ' ledlidelse*)
- c. Symptomer ved
 1. akut artrit (*nævn 2 væsentlige subjektive gener*)
 2. kronisk artrit (*nævn 2 væsentlige subjektive gener*)
- d. Kliniske fund ved
 1. akut artrit (*nævn 2 væsentlige fund*)
 2. kronisk artrit (*nævn 2 væsentlige fund*)
- e. Radiologiske fund ved
 1. akut artrit (*nævn 1 muligt fund*)
 2. kronisk artrit (*nævn 2 væsentlige fund*)
- f. Behandling

- a. Generelle forhold: Patienten er i lægeligt regi. diagnosticeret med en systemisk inflammatorisk reumatisk sygdom. 75% af patienter med RA har kæbeledsaffektion, men det er de færreste, hvor sygdomsdebuten viser sig i kæbeleddet. Der er en bilat. affektion af kæbeleddene. Sygdomstilstanden veksler mellem aktive og passive perioder.
- b. Hovedgruppe:
Inflammatorisk
- c. Symptomer ved
 1. akut artrit: Bilat. hvilesmerter, som forværres ved funktion. Stivhed og stærkt nedsat mobilitet, ændret okklusion. Medtaget almentilstand.
 2. kronisk artrit: Smerter ved funktion, stivhed, moderat nedsat mobilitet.
- d. Kliniske fund ved
 1. akut artrit: Kapselømhed ved palpation, tydeligt nedsat gabeåbning på ned til 15 mm og op til 45 mm, mobilitet er reflektorisk hæmmet af muskelaktivitet grundet smerte, anteriort åbent bid, hævelse, varme.
 2. kronisk artrit: Moderat nedsat gabeåbning, kapselømhed ved palpation, krepitation.
- e. Radiologiske fund ved
 1. akut artrit: Udvidet ledspalte og erosioner.
 2. kronisk artrit: Anterior placering af kondyl, mindsket bredde af ledspalten, erosioner, uregelmæssig overflade, omfattende substansstab, destruktion af ledhoved og fossa.

f. Behandling:

Er et samspil mellem en 1)farmakologisk behandling, 2)lokalbehandling og rehabilitering.

1) Den farmakologiske behandling på sygehus eller ved speciallæger består af:

- a. symptom lindrende medicin: ikke antiinflammatoriske analgetika og NSAID
- b. sygdoms modificerende antireumatika i form af langsomt virkende antireumatika
- c. hurtigt virkende antireumatika
- d. biologiske antireumatika
- e. intraartikulær injektion med glukokortikoid

2) Lokalbehandling og rehabilitering ved fysioterapeuter, ergoterapeuter og tandlæger:

Behandlingen hos tandlægen består af at mindske smerter vha. varme, skånekost, farmakologisk behandling, øget funktion ved gabeøvelser og tyggetræning, øge den okklusale afstøtning. Især i perioder med sygdomsaktivitet skal kæbeledet skånes. Prognosen er uforudsigelig, da sygdomsprocessen er kompleks og multifaktoriel.

Opgave 4 – Essayopgave: Patient kasus (17-årig pige) – Hvilken tilstand?

Redegør for og begrund, hvilken TMD tilstand du mener, at patienten har ud fra den vedføjede og udfyldte Jaw Functional Limitation Scale og DC/TMD Examination Form.

Kort sammenfatning af de relevante informationer fra JFLS og DC-TMD:

Patienten er en 17-årig pige, der føler sig alvorligt begrænset, når hun generelt gaber og når hun skal gabe over et æble. Hun føler lidt begrænset, når hun skal tygge sej eller hård mad. DC-TMD viser ukorrigeret deviation til HS, gabeevnen er nedsat (både den aktive og passive), der er velkendt smerte ved kæbeledet ved gabebevægelser, protrusion og laterotrusion, ingen ledlyde og åbenlåsning i HS.

TMD-tilstanden hos pigen er dislocatio disci ad anteriorum articulationis temporomandibularis dext. Havde det været en sublaksation, så vil der klinisk findes korrigeret deviation og knæklyde. Gabeevnen er typisk ikke nedsat, da der sker en normalisering. Også ved kæbeledsartrosen havde der været andre symptomer og kliniske fund. Der findes typisk tyggemuskelømhed og krepitation. Artrosen er også mere karakteristisk for ældre personer. Laterotrusionen til VS er 4 mm, mens den til HS er 9 mm. Det passer også med formodningen om en dislokation i HS, da der typisk er nedsat kontralateral sideudslag. (se chris KOF 12 for flere detaljer til besvarelsen)

Opgave 5 – Essayopgave: Differentialdiagnostik

En 35-årig kvinde henvender sig med smerter i venstre tindingeregion.

- a. Nævn tre forskellige smertetilstande med denne lokalisation
- b. Beskriv den typiske anamnese og de kliniske fund ved hver.

a. Nævn tre forskellige smertetilstand med denne lokalisation

- Spændingshovedpine, *cephalalgia myogenica*
- Migræne med eller uden aura
- Klyngehovedpine

De er alle sammen primære former for hovedpine - dvs. der er ikke en anden underliggende årsag til hovedpinen.

b. Beskriv den typiske anamnese og de kliniske fund ved hver

- Spændingshovedpine relateret til perikranielle muskler (dvs myogen -> *cephalalgia myogenica*, i beskrivelse lagt vægt på den episodiske form):

Er den mest almindelige form for primær hovedpine, der behandles på sygehuse. Anamnestisk vil lokaliseringen af smerterne være i hele hovedet og beskrives ofte af patienterne som et trykkende bånd om hovedet. Flere patienter fortæller samtidig om et nakketraume eller smerter i nakke, skulder og ryg. Hovedpinen er typisk dobbeltsidig, smerterne er pressende og strammende og intensiteten af smerterne er lette til moderate. Tilstanden kan provokeres af stress og lindres ved udspænding af muskler, motion, rigeligt væskeindtag og regelmæssig søvn. Hovedpinen varer fra 30 min. til 7 dage og forværres ikke ved fysisk anstrengelse. Hovedpinen skal forekomme mindre end 180 dage om året og mindre end 15 dage om måneden. Patienten kan opleve fotofobi eller fonofobi, men ikke opkast og kvalme. Er hovedpine til stede min. 15 dage om måneden, er den i stedet en kronisk form for hovedpine af spændingstypen og der kan forekomme kvalme. De kliniske fund ved spændingshovedpiner er øget palpationsømhed af de perikranielle muskler. Undersøgelsen foretages ved, at tandlægen med to fingre med et let og fast tryk manuelt palperer musklerne på kraniet. Med elektroder vil der også blive registreret et øget EMG niveau i musklerne.

En anden form for spændingshovedpine, *cephalalgia arthrogenerica*, er en sekundær hovedpine, der skyldes meddelte smerter fra kæbeledet. Det er derfor en spændingshovedpine relateret til TMD.

- Migræne med eller uden aura

I den subjektive anamnese vil patienten typisk beskrive en unilateral hovedpine med pulserende karakter. Intensiteten er moderat til stærk. Migræneanfaldene varer fra 4 til 72 timer og kan provokeres af bestemte fødevarer såsom vin, chokolade, ost og kaffe. Tilstanden vil desuden forværres ved fysisk aktivitet. Smerterne sidder hyppigst ved øjet, panden eller tindingen. Under anfaldene oplever patienten kvalme, opkast, fotofobi og fonofobi. Ved migrænen med aura har patienten visuelle og sensoriske forstyrrelser. For at diagnosticere en patient med migræne uden aura, skal der have være mindst fem anfald, der opfylder de diagnostiske kriterier. Tandlægen kan klinisk udelukke, at der er tale om andre differentialdiagnoser idet, at hovedpinen ikke må kunne tilskrives andre diagnoser. Behandling: lægeligt regi.

- Klyngehovedpine (Cluster-/Hortons-/Histamin-hovedpine)

Er en meget kraftig form for hovedpine og kaldes af den grund også for selvmordshovedpine. Viser sig som en meget svær unilateral smerte. Lokalisationen er typisk orbital, supraorbital eller temporal og varer mellem 15-180 min. I siden med smerter opstår rødt øje, tåreflod, stoppet løbende næse, ipsilateral ødem af øjet, samsidigt/ipsilateral sved på pande og samsidigt/ipsilateral sammentrækning af pupillen. For at give diagnosen skal der have været mindst fem anfald, der opfylder de diagnostiske kriterier. Tandlægen kan udelukke, at der er tale om tandsmerter. Både klyngehovedpine og tandsmerter er unilaterale skarpe smerter, der er anfaldsvise. Tandsmerter vil dog ikke på samme måde vise sig ved symptomer ved orbita og kan typisk udløses af påvirkninger med kulde, varme, sødt og surt mad. Behandling: lægeligt regi.

D. 13/6/2017

Opgave 1 - Flervalgsopgave: Angiv bogstaverne på de 2 rigtige udsagn

Hvilesmerter foran øret

- a. Findes ofte samtidig med palpationsømhed af kæbeledet
- b. Forekommer typisk samtidig med migræne uden aura
- c. Kan være meddelte smerter fra nakken
- d. Opstår typisk under tygning
- e. Kan beskrives med en VRS skala (verbal rating scale)
- f. Fornemmes samtidig med der kan høres knæklyde fra kæben.

Rigtige svar: a, e

Opgave 2 - Flervalgsopgave: Angiv bogstaverne på de 2 rigtige udsagn

Ved den kliniske undersøgelse måles den passive gabeevne

- a. For undersøge om der kommer lyde fra kæbeledet
- b. Ved at bede patienten gabe op og stoppe, når det begynder at gøre ondt
- c. Som i DC/TMD hedder maximal assisted opening
- d. Ved at forcere gabningen med pegefingern på UK incisiverne og tommelen på OK incisiverne
- e. Hvis der er mistanke om luksation af kæbeledet
- f. For at undersøge om der er funktionssmerter

Rigtige svar: c og d

Opgave 3 – Essayopgave: Angiv relevante behandlinger og deres indikationer ved

- a. Myosis/myalgi m. masseter
- b. Arthrosis articulationis temporomandibularis vetus (helet kæbeledsartrose).

a. Angiv relevante behandlinger og deres indikationer ved myosis/myalgi m. masseter:

For myalgi, som ikke er kronisk, er prognosen god og det kan forventes, at smerternes intensitet og hyppighed mindskes. På første trin af behandlingstrappen er information, observation og analgetika som paracetamol ved behov. På andet trin i behandlingen indgår analgetika på fast dosering enten som depottabletter eller kombinationspræparater codein. På andet trin er der også akut smertelindring. Det kan foretages ved varmebehandling med infrarød varme i ½ meters afstand i 10 min. eller kuldebehandling på klinik med spray eller kuldepakninger derhjemme. Til den akutte smertelindring kan der også injiceres muskelblokader i de ømmeste punkter. På andet trin findes også gabeøvelser. Her vil det være relevant med disse øvelser:

- Opvarmning, hvor patient gaber roligt op og knuger tænder sammen.

- Afslapning, hvor ømme punkter masseres i 2 min. Lindring af ømhed og spænding. Senere kan disse gabeøvelser udføres:
- Tyggetræning med tyggegummi i ½ time skiftevis i begge sider. Muskeltræning.
- Gabe-vippe øvelser, hvor OK og UK presses væk fra hinanden. Øger smidighed.

På tredje trin findes en RFS skinne. Virker smertelindrende ved flere mekanismer. Den okklusale afstøtning øges og kæbeledet skånes da. Muskulaturen strækkes og aktiveres også. Desuden er placeboeffekten også god.

Indikationer

Trin 1:

- Information og observation: Er altid en god idé ved alle former for behandling. Det er en slags vidensformidling og forventningsafstemning mellem behandler og patient.
- Analgetika p.n.: For lette smerter tages acetylsalicylsyre og for lette til moderate tages paracetamol.

Trin 2:

- Varme-/kulde-behandling: Bruges til akut smertelindring af moderate smerter.
- Muskelblokade med lav koncentration af lokalanalgetika uden vasokonstriktor: Bruges ved de mest ømme punkter i muskel. En anden indikation er at bruge dem diagnostisk til at afprøve muskelømheden. Her kan reduktionen i smerteintensiteten vurderes ved, at patienter angiver smerten før og efter blokaden på en VAS.
- Muskeltræning: Patienter med myalgi har oftest svagere tyggemuskler. Det er derfor oftest en god idé at inkorporere genoptræning af muskulaturen i behandlingen.
- Gabeøvelser: Ved moderat nedsat gabebevne kan de øge smidighed og gabebevne. Disse udføres helts to gange dagligt.

Trin 3:

- RFS skinne: Indikationer er muskelsmerter og svage muskler. Skinne lindrer smerter og genoptræner muskulaturen.

- b. For den helet kæbeledsartrose. Behandlingen er beskrevet førhen. Indikationerne:

Trin 1:

-Information:

Trin 2:

-Gabeøvelser: Indikation er svage muskler og muskelsmerter. Hvis gabeevnen stadig er nedsat, så kan man også øge smidigheden.

-Protetik: Indikation er manglende okklusal afstøtning. Kæbeledet kan aflastes ved tygning ved at øge den okklusale afstøtning.

Opgave 4 – Essayopgave: Redegør evt. i tabelform for de karakteristiske lighedspunkter og forskelle mellem

- a. Spændingshovedpine fra tyggemusklene og migræne uden aura
- b. Arthrosis articulationis temporomandibularis acuta og arthritis rheumatoides articulationis temporomandibularis.
- a. Tyggemusklene er en del af de perikranielle muskler og derfor går denne form for hovedpine under diagnosen cephalalgia myogenica. I min besvarelse tager jeg udgangspunkt i den episodiske form, selvom den også kan vise sig kronisk.

Jeg har udarbejdet en tabel:

Diagnose	Cephalalgia myogenica, spændingshovedpine relateret til perikranielle muskler	Hemicrania simplex, migræne uden aura (almindelig migræne)
Forskelle	Lokalisation er i hele hovedet og føles som et trykkende bånd om hovedet, dvs. smerter findes bilateralt Smerteintensiteten er let til moderat Smerterne er pressende og strammende Varigheden er 30 min. til 7 dage Ingen opkast eller kvalme	Lokalisation er unilateral og smerter findes omkring øjet, tindingen eller panden Smerteintensiteten er moderat til stærk Smerterne er pulserende Varigheden er 4 til 72 timer Opkast eller kvalme Tilstanden forværres ved fysisk anstrengelse

	<p>Tilstanden forværres ikke ved fysisk anstrengelse</p> <p>Tilstanden kan provokeres af stress og lindres af motion, rigeligt vækseindtag, regelmæssig søvn og udspænding af muskulaturen</p> <p>Der kan være smerter i nakke, skuldre og ryg samtidig</p> <p>Ved den kliniske undersøgelse findes palpationsømhed af de perikranielle muskler</p>	<p>Tilstanden kan provokeres af bestemte fødevarer såsom vin, chokolade, ost og kaffe</p> <p>Der er en arvelig disposition</p>
Ligheder	<p>Er primære former for hovedpine, patienter kan opleve fotofobi og fonofobi, smerterne er lokaliseret ved tindingen,</p>	

b. Jeg vil i min besvarelse tage udgangspunkt i den akutte artrit:

Diagnose	Aktiv kæbeledsartrose	Arthritis i kæbeledet
Forskelle	<p>Det er en degenerativ ledlidelse</p> <p>Brænder ud efter 3 år</p> <p>Er karakteristisk for ældre patienter at udvikle lidelsen</p> <p>Der er unilateral affektion af kæbeled</p> <p>Radiologiske fund er affladning, osteofytdannelse, brud af lamina compacta og subkondrale cyster</p> <p>Gabeevnen er moderat nedsat</p>	<p>Det er en inflammatorisk ledlidelse</p> <p>Sygdomstilstanden veksler mellem aktive og passive perioder</p> <p>Der ses større destruktion og dannelse af granulationsvæv</p> <p>Patienten er kendt med en systemisk inflammatorisk reumatisk lidelse</p> <p>Der er bilateral affektion af kæbeled</p> <p>Gabeevnen er stærkt nedsat</p>

	<p>Diagnosticering og behandling sker hos tdl.</p>	<p>Kliniske fund kan være en okklusionsændring i form af anteriort åbent bid, hævelse og varme. Almentilstanden kan være påvirket.</p> <p>Radiologiske fund er en udvidet ledspalte</p> <p>Lidelsen kan påvises ved blodprøver.</p> <p>Diagnosticering og primær behandling sker i lægeligt regi.</p>
<p>Ligheder</p>	<p>Der er hvile- og funktionssmerter, gabeevnen er nedsat, der er krepitations-lyde, radiologisk ses der erosioner, der er kapselømhed ved palpation, smertekarakteren er jagende og borende, der er ledsagende tyggemuskelømhed, belastningsprøve med bidepind er positiv</p>	

Opgave 5 – Essayopgave: Patient kasus

En 15-årig pige henvender sig med kæbeledsbesvær i venstre side sammen med sin mor.

Hun oplyser om kæbeledslyde og låsninger af kæben, som er generende.

Hun er sund og rask, men på direkte udspørgen fortæller hun, at hun tit forstuver sine led, når hun spiller håndbold. Hendes mor og søster har lignende ledproblemer.

Der ses et tandsæt med 28 tænder, neutral okklusion, okklusal kontakt i sideregionerne, tandslid svarende til alder, ingen caries eller gingivitis.

Redegør for dine overvejelser over

- a. Hvilke yderligere anamnesticke oplysninger samt indicerede undersøgelser, du vil lægge vægt på for at stille en diagnose og evt. behandle patienten
 - b. Sandsynlig(e) diagnose(r).
- a. Ved udredning af kæbeledsbesvær er det relevant at vide, om den 15 årige pige er blevet udsat for traume på kæben. Jeg vil også spørge, om hun tager smertestillende medicin. Hun fortæller allerede, at hun tit forstuver sine led, men jeg vil spørger hende, om hun oplever andre gener fra sine fingre, knæ og tær - hvis ja, så også i hvilket omfang disse gener opleves. Jeg vil også høre, om patienten er bekendt med tidligere problemer fra sine kæbeled, da dette kunne ændre på udredningen af hendes problemer. Som det sidste vil jeg spørge om, hvor ofte, hvornår og hvilke slags kæbeledslyde og låsninger hun oplever. Mht. låsninger vil jeg spørge om, hvordan hun ophæver låsningen. Det er også relevant at spørge om, hun oplever hvile- og funktionssmerter.

Jeg mener ud over det, at jeg har fået relevante anamnesticke oplysninger. Hun er en 15-årig pige, der i VS oplever kæbeledslyde og låsninger. Ud over at hun tit forstøver sine led ligesom søsteren og moren, så er hun sund og rask. Hun har ingen andre problemer med sine tænder.

Jeg mistænker, at hun lider af generel ledhypermobilitet, da hun tit forstøver sine led. Desuden oplever hun klassiske symptomer med fiksationer og knæklyde. Derfor vil jeg i den kliniske undersøgelse måle gabeevnen og se, om denne skulle være øget med værdi på over 60 mm. Undersøgelse af hendes Beighton score vil også kunne påvise, om hun er hypermobil. Radiologisk vil man også under gabning kunne se en øget translation af ledhovedet, da kondylen overskrider den antero-superiore tilhæftning af ledkapslen på os temporale. Det er dog ikke sikkert, at det bliver nødvendig med supplerende undersøgelser af denne form.

Jeg vil også foretage andre undersøgelser for at kunne udelukke forekomst af andre ledlidelser. Undersøgelse af kæbelyder, deviation, ømhed og smerter. Kontralaterale bevægelser om de er nedsat. Om der er hvilesmerter og smertekarakteren.

- b. Sandsynlig(e) diagnose(r): *Subluxatio art. temp.-mand.*

13/6/2016

Opgave 1 - Flervalgsopgave: Angiv bogstaverne på de 4 rigtige udsagn

Til diagnostik af temporomandibulære lidelser er det vigtigt at vide, om patienten

- a. har været udsat for traumer på kæben
- b. har diabetes
- c. oplever gener fra skuldre, fingre, hofter eller knæ
- d. får blodfortyndende medicin
- e. er ryger
- f. har forhøjet blodtryk
- g. lider af psoriasis
- h. tager smertestillende tabletter
- i. går regelmæssigt til tandlæge.

Svar: a, c, g, h

Opgave 2 - Flervalgsopgave: Angiv bogstaverne på de 3 rigtige udsagn

Ved den klinisk undersøgelse hos en patient henvist til Klinisk Oral Fysiologi måles den maksimale gabeevne (inklusive VOB) til at være 38 mm aktivt og 43 mm passivt.

Disse fund findes typisk

- a) hos patienter med reduceret okklusal afstøtning med tandkontakt begrænset til molarregionen
- b) ved discusdisplacering i kæbeledet uden normalisering (dislocatio disci ad anteriorem articulationis temporomandibularis)
- c) ved kæbeledsartrose (arthrosis articulationis temporomandibularis acuta)
- d) hos patienter med sure opstød og attrition af 3. grad
- e) som bivirkning ved brug af en refleksfrigørende stabiliseringskinne
- f) hos ældre kvinder med tandmangel
- g) hvor den aktive gabeevne er hæmmet af smerter
- h) hos patienter med reumatoid artrit i kæbeledet
- i) ved reciprokke knæk i kæbeledet
- j) hos patienter med migræne uden aura
- k) som bivirkning ved gabetræning med tungespatler
- l) hos patienter med luksation af kæbeledet (luxatio articulationis temporomandibularis).

Rigtige svar: b, c og g

Opgave 3 – Essayopgave: Redegør kort evt. i tabelform for de karakteristiske lighedspunkter og forskelle mellem

- a) dislocatio disci ad anteriorem articulationis temporomandibularis og dislocatio disci ad posteriorem articulationis temporomandibularis
 - b) arthrosis articulationis temporomandibularis acuta og arthritis rheumatoides articulationis temporomandibularis.
- a) Jeg tager i min besvarelse udgangspunkt i den akutte form for anterior discus-displacering uden normalisering:

	dislocatio disci ad posteriorem articulationis temporomandibularis	dislocatio disci ad anteriorem articulationis temporomandibularis acuta
Forskelle	Er traumatisk udløst og er sjældent Der er lette eller ingen smerter Gabeevnen er lidt eller slet ikke nedsat Radiologisk ses anterior placering af kondyl	Kan være en videreudvikling af discus-displaceringen med reduktion Der er smerter ved forcering af gabeevnen Gabeevnen er nedsat (under 35 mm) og der er nedsat kontralateral sidebevægelse

	Okklusionsændring i form af unilateralt post. åbent bid	Radiologisk ses nedsat translation af kondyl Der ses ukorrigeret deviation mod den afficerede side Tidligere knæk, der er forsvundet
Ligheder	Er biomekaniske ledlidelser, ingen ledlyde, gabeevnen kan være nedsat ved begge lidelser, unilateral affektion af kæbeled	

b. Er besvaret tidligere.

Opgave 4 – Essayopgave: Redegør for to hyppige hovedpineformer lokaliseret til tindingen med henblik på

- a) smertekarakter, intensitet, variation over tid, provokerende faktorer
- b) relation til tyggeapparatet.

a) + b) er besvaret før i opgave om hovedpine ved tindingen.

Opgave 5 – Essayopgave: Patient kasus vedr. TMD og differentialdiagnostik

En 47-årig kvinde henvender sig med gabebesvær og smerter i venstre kind.

Der ses et meget behandlet tandsæt med mistet fyldning og tidligere rodbehandling af +7 og delvist retineret -8 med rødme af slimhindelap, der dækker tanden distalt. Endvidere beskriver patienten ledlyde fra venstre kæbeled.

Redegør for dine overvejelser over

- a) hvilke yderligere anamnesticke oplysninger samt indicerede undersøgelser du vil lægge vægt på for at stille en diagnose og evt. behandle patienten
 - b) sandsynlig(e) diagnose(r).
- a) a. Ved udredning af kæbeledsbesvær er det relevant at vide, om den 47-årige kvinde er blevet udsat for traume på kæben. Jeg vil også spørge, om hun tager smertestillende medicin. Jeg vil spørge hende, om hun oplever gener fra sine fingre, knæ og tær. Jeg vil

også høre, om patienten er bekendt med tidligere problemer fra sine kæbeled, da dette kunne ændre på udredningen af hendes problemer. Som det sidste vil jeg spørge om, hyppigheden, hvornår og hvilke slags kæbeledslyde hun oplever. Jeg vil spørge ind til hendes smerter for at finde ud af, om der er tale om tandsmerter eller smerter fra kæbeledet og omkringliggende strukturer. Tandsmerter er typisk vellokaliserede og skarpe. De forværres ved påvirkning af kulde, varme, sødt og surt. Desuden vil jeg spørge, om smerterne i VS er opstået i forbindelse med den mistet fyldning på +7. Ud over det mener jeg, at jeg har relevante anamnesticke oplysninger.

Når jeg tager patientens alder i betragtning, så mistænker jeg en kæbeledsartrose. Jeg kan forestille mig, at -8 har ligget delvist retineret i flere år og smerterne ikke kan skyldes den. Flere af symptomerne er karakteristiske for en akut kæbeledsartrose. Gabebeværet tyder på en nedsat gabebevne, problemet er unilateralt, der er smerter og ledlyde. Det er også interessant at spørge, om der tidligere har været knæklyde. I den kliniske undersøgelse vil jeg lægge vægt på at undersøge karakteristika for artrosen samt udelukke andre tilstande - især alvorlige.

Undersøge: med stetoskop for krepitation, sammenbidet, palpationsømhed, hvile- og funktionssmerter, deviation, er det reciprokt knæk?, Supplerende undersøgelse -> OP for ossøse forandringer.

b) Arthrosis art. temp.-mand. Acuta

Dens semiretentus -8

Rest. Insufficiens +7