Majken

Jeg var oppe hos Merete Markvart og Christian Damgaard med fokus på endodontiske og parodontologiske problemstillinger.

41-årig mand der henvender sig grundet smerter generelt i tandsættet, men især i venstre side. Merete lagde meget fokus på, hvilke tænder der gav mening at bevare i forhold til, at der generelt var meget høj cariesrisiko, og derfor var det meget afhængigt af respons på hygiejnefasen. Desuden var der en tand, som muligvis havde en ekstern resorption og pus fra pochen, så de lagde meget vægt på, hvad man skulle gøre ved den (kom aldrig præcist frem til, hvad der skulle gøres), men vi snakkede også om, at man ved andre eksterne resorptioner ofte blot observerer dem (når der fx ikke er relation til pochen). Christian ville gerne snakke stadie og grad inddeling, og hvad mine overvejelser havde været. Jeg ved ikke helt, hvor længe vi brugte på hhv. den ukendte og min egen, men det var censor, der besluttede, at vi skulle videre til min egen case 😅 der snakkede vi også lidt om overvejelserne i forhold til meget høj cariesrisiko, PA diagnose og nogle enkelte udvalgte tænder, som de gerne ville høre mere om - vi gik ikke særlig meget i dybden med det. Det var stille og roligt, og der var god stemning. Censor sad mest og smilede. Mega meget held og lykke til alle, der skal op de kommende dage!! Det skal nok gå rigtig godt ❤️❤️❤️

————————————————————————

Nanna

Samme case. Var inde hos Alireza og Anna Havemose

Jeg skulle have fokus på parodontologiske og rehabiliterende problemstillinger

Jeg ved ikke hvad Anne Havemose gerne vil snakke om. Prøvede at snakkede stadig/grad-inddeling, men det gad hun ikke rigtigt. Hun ville dog meget gerne have at man sagde at der var sket vandring af tænderne. Vi diskuterede hvorfor patienten havde smerter i venstre side. -5 var en radix med apikal opklaring, -6 havde furkaturinvolvering og pusflåd og -7 sagde jeg havde en ekstern resorption. Det var ikke enige i at den havde. Lidt spøjst når Majken fik af vide at det var ok. Jeg sagde at jeg ikke 100% vidste hvor smerterne kom fra men at jeg tænke det var -5 eller -6. Censor brød ind og mente meget kraftigt at det var fra -5. Anne ville også meget gerne snakke om klinisk fæstetab samt om det så tilsvarende ud radiologisk. Jeg snakkede om pocher, hvilket hun ikke gad.

Alireza snakkede ekstremt meget om en 4+ med stift og MK-krone. Han ville gerne vide hvad der kunne ske med tanden ved en stift. Svarede rodfraktur og apikal opklaring (endo var dårlig kvalitet). Han fiskede efter noget mere som jeg ikke ved hvad var. Han ville også meget gerne vide noget om cylindrisk vs konisk stift hvor jeg sagde at der var større risiko for fraktur ved konisk. Igen ville han vide noget mere om dette, som jeg ikke kunne svare på.

Der skulle laves protese til OK. Havde lavet en skitse men gad han ikke.

Vi snakkede desuden også kort om ætsbroer da pt manglede tænder i UK front.

Synes det var meget specifikke spørgsmål og ikke så meget generelt 🤷🏼‍♀️

————————————————————————

Daoud

Egen case: TA/REHAB/KIR

Ukendte case: TA/REHAB/KIR

Undervisere: Kim Ekstrand og Simon Storgård ( Hayat el dunya)

Patient 81 år gammel dame. Henvender sig med ønske om et bedre smil og bedre tyggeevne. Har ikke nogen beløbsgrænse og ønsker ikke aftagelig protetik. Lider af forhøjet blodtryk og indtager hjertemagnyl og et andet præparat. Lider af mundtørhed.

Diagnoser:

Xerostomi

Parodontitis stadium 2 grad a. Man kunne argumentere for stadium 3 også!

Functio laesae masticatorica et aesthetica

Det var svært under forberedelsen at danne sig et overblik med de forskellige spørgsmål der skulle besvares. Men når man kommer ind så ønsker de ikke slavisk gennemgang af spørgsmålene, men man har bare en normal samtale, hvor de stiller spørgsmål løbende.

Jeg startede med at præsentere patienten og derefter talte vi om diagnoser og hvilke tænder der skulle ekstraheres ubetinget: 4-5 styks. Jeg argumenterede for både brobehandling samt implantatbehandling. Vi snakkede om sinusløft vi snakkede meget kort om osteotomteknik.

Generelt var spørgsmålene meget generelle og de ønskede ikke detaljerede besvarelser

Vi talte om sialometri og fluoridbehandling. (Meget kort) Vi talte mest om caries og Kim styrede samtalen mest! Mange af spørgsmålene var ledende og lige til højrebenet. Kim og Simon hjælper utrolig meget og censoren sagde ikke en skid. Det eneste han snakkede om var en tandbørste som kunne børste tænderne både facialt og lingualt ( tænkte bare nåh 😂)

Btw vi brugte maks 10 min på min case.

Held og Lykke til de næste 👌🏾

————————————————————————

Alia

Samme case

Fagområder: TA/KIR/rehab

Undervisere: Kim og Marie

Husk at se på rodfyldningerne i UK molarerne, da de er insufficiente. En af tænderne med insufficient rodfyldning (6-) er en del af en brokonstruktion og de spørger hvordan man vil behandle den. De fiskede efter hemisektion så broen kan beholdes.

Kim stillede flest sprøgsmål især indenfor cariologi (sialometri, behandlinger, diagnoser, emaljeinfraktioner, misfarvninger herunder også ifm. misfarvninger samt tungens udseende —> lobuleret/fissureret —> mundtørhed).

Marie stillede spørgsmål om forandring ved prolabium (aktinisk elastose og diff. diagnose: lichen planus), sinusløft, ex/amotio (hvordan man i casen vil fjerne de ubetingede ex), OP og kalibrering samt omkring medicin (bivirkning og hvad blodtryk normalt ligger på). Hun spurgte også om hvad maksimaldosis er for xyl og citanest.

Til egen case spurgte Marie om sinusperforation og hvordan man behandler dette (kan ikke huske om hun spurgte om mere men hun sagde ikke så meget til min case)

Kim spurgte om cariogram, mine diagnoser, diagnostisk ekskavering, rød/gul/grøn klassificering og hvad “reduceret parodontium, ikke-parodontitis patient” indebærer. Kan ikke huske flere spørgsmål men nåede ikke hele PowerPointen. Skulle springe frem og tilbage i den men det var fint.

Censor sagde ikke så meget men det var ham der ville snakke om hemisektion i den ukendte case.

Det var hyggeligt og de var alle søde (Kim og censor var mere smilende og jokede lidt)

Held og lykke til de sidste🤍

————————————————————————

Nuha

Egen case: KOF, TA/ENDO og KIR

Ukendt case: KOF og KIR med Merete Bakke og Simon Storgaard.

43-årig mand med tidligere traume og fraktur af kæbeled, dislokation af 2+2, henvender sig mhp. genoprettelse af tyggefunktion og æstetik. Pt. har bilateralt knæk i kæbeledet, cicatrice i omslagsfolden, gabeevne på 64 mm. Ryger, men ellers sund og rask. Ønsker fast protetik og har ikke økonomisk begrænsing.

Overordnet diagnoser:

- Caries dentalis

- Functio laesa masticatoria et aesthetica

- Subluxatio dicis ad anterium artikulationis temporomandibularis OBS PRO.

Der blev fokuseret meget på OP’et mht. kondyllerne og hvilken fiksering der er brugt mht. traumet—> titanskruer. Han spurgte ind til hvornår man fjerner skruerne og i så fald hvorfor? (Han trak dog spørgsmålet tilbage, da han sagde vi ikke har fået særlig meget undervisning i det).

Endvidere blev der snakket omkring en retineret 8- med udvidet periconarum og hvad der skulle ske med den? —> amotio.

Der blev snakket meget omkring bro vs implantat i de forskellige regioner og om knogleopbygning.

2+2 var løs af 2. grad med insufficiente rodfyldninger og stift. Endvidere dybe pocher med pus. Jeg nævnte at det er primær endo og sekundær PA, og at den dybe poche ikke skyldes PA. Han spurgte om jeg vil ex’e 2+2, hvor jeg sagde nej, vil fjerne stiften, lave ny rodbehandling og dernæst evt. støbt opbygning og krone. Det var han meget enig i, da helingspotentialet er bedre end hvis det primært var PA relateret.

Overordnet set var de alle 3 rigtig søde, ingen urimelige spørgsmål, de ønskede meget overfladiske svar. Censor var enorm sød og punktlig mht. at overholde tiden - Så fik 30 min til hver case.

I skal nok klare den, jeg hepper på jer 😌😌🦷🦷

————————————————————————

Emil

Egen case: TA/Kir/Rehab

Ukendt: Endo(og lidt TA)/Rehab

Merete Markvart og Klaus Gotfredsen.

Startede med at sige jeg var pisse nervøs, så smilede de og sagde det er der ingen grund til og vi tager det stille og roligt - så der var sat god stemning fra start.

Case: 29-årig dame. Udlært bager, fyret lige inden barsel fra Rigshospitalet. 3 børn og gift.

Smerter HSOK, HSUK, VSOK, tænder med dyb caries i alle regioner.

Ingen medicin, penicillin allergi, ubegrænset økonomi (måske mere 10-12000kr lidt sjov formulering)

Tidligere bulimi

Overordnede diagnoser:

Caries Dentalis

Functio Lesae Psychosocialis

Vi brugte meget tid på at snakke om forskellige smerter grundet de smerter hun henvendte sig med. Forskelle på Necrosis pulpae, Pulpitis irreversibilis, pulpitis reversibilis og isninger grundet Caries media

Så talte vi lidt om hvilke tænder skulle have hvilke typer endo og caries behandling, samt en revis i en fraktureret -5 med for kort GP så den kunne få en stift efterfølgende. Dette kunne man dog ikke da man kunne se på modellerne af den senere var fraktureret i niveau med gingiva.

Herefter talte vi om hvilke tænder skulle have kroner samt om mulighed for en bro til erstatning af manglende 6-. Her ville Klaus have at jeg prioriterede de forskellige kroner og broen grundet budgettet. Her var cluet at nogle af tænderne ikke hvde antagonister så selvom de var blevet endobehandlet var de ikke belastet og dermed ikke behov for krone.

Så talte vi om prognose og det var sgu lidt fluffy, god fordi, men dårlig fordi…

Vi brugte 35 min på ukendt og 25 på egen.

Censor sagde ikke en dyt, men lagde bare en hånd på min skulder og nikkede anerkendende et par gange 😂

Alt i alt en god oplevelse selvom de til tider var svære at aflæse 🏄🏼‍♂️

————————————————————————

Liv

Trak samme case som Emil, men med Azam og Klaus.

De spurgte ind til helt de samme ting. Meget fokus på smertebilledet og diagnostik af hhv. pulpitis reversibilis/irreversibilis og necrosis pulpae. Derudover om patientens anamnestiske oplysninger, som gjorde hende meget cariesaktiv. Der blev også talt lidt om gradvis ekskavering. Man må meget gerne selv nævne det, hvis der er oplysninger, man føler, at man mangler for at kunne stille diagnoser/lægge behandlingsplan.

Azam stillede rigtig mange spørgsmål, Klaus stillede ikke så mange, og censor spurgte slet ikke om noget 😃 Vi brugte tiden cirka 50/50 mellem ukendte case og egen case.

Det var en rigtig fin oplevelse - alle tre var super søde og i godt humør ☺️

————————————————————————

Sara

Egen case: PA, REHAB, KIR

Ukendt: samme

Alireza og Anne H

Ca. 1/2 til hver, hvor vi ikke nåede igennem min egen case grundet snak undervejs (hvilket var fint).

Ukendt case: (forberedelsestid var passende)

73-årig mand med udtalt PA og livslang dental neglect. Ønsker livslang holdbar løsning. Storryger og alkoholmisbruger.

Diagnoser: Pa st IV, grad C, generaliseret og Functio laesa masticatotica et aestetica et phonetica

Vi snakkede om:

- migration af tænder både distal vandring og facial kipning

- okklusion, støttezoner, funktionelle kontakter, hvileafstand, vertikal dimension, SDA, fonetik

- hvor pus regio -6 kom fra.

- resttandsæt: PP vs. Helsæt. Snak om risikofaktorer som taler for og imod

- hvad rygning gør

- kileeffekt ved konisk stift

- dubiøse tænder

- nøgletænder

- visdomstænder i forhold til friendesadler: hvorfor kan man ikke have akryl over semiretinerede 8’ere?

Eksaminatorer og censor ville rydde alt og give helsæt. Jeg snakkede for overgangsprotese med akryl PP.

Det var ikke altid lige nemt at tyde, hvad de ville have svar på, men synes at det var en afslappet kollegial dialog, hvor jeg havde styringen og guidede dem igennem casene.

Tiden fløj. Og en meget god oplevelse! Begge meget fair.

Nyd den sidste dag som studerende og vis hvor gode I er! Tro på jer selv for vi kan sgu godt ❤️❤️❤️

————————————————————————

Mehmet

Egen case: TA/PA/REHAB/KIR

Ukendt: PA/TA/REHAB/(KOF)

Undervisere: Anne Havemose & Klaus Gotfredsen

48-årig mand. Har kun været til tdl. ved smerter siden 18-års-alderen grundet økonomi, dovenskab og frygt. Fik at vide at han har parodontitis for 8 år siden, har ikke modtaget behandling indtil videre. Pt. har mistet 1-1 og ønsker erstatning af æstetiske årsager. Ønsker et pænere og sundere tandsæt. Har bemærket løsning af 2-2. Ryger 15-20 cigaretter dagligt. Knæklyde med forbigående låsning ved gabning og lukning. Læbefang 1+ (vigtig oplysning).

Klinisk ses fuldt betandet pt. alle 8’ere helretineret, dog 1-1 mistet til PA. Adskillige tænder løse rundt omkring i tandsættet. Fordybede pocher, blødning og fæstetab på alle tænder. Furkaturinvolveringer på flere molarer. 6+6 vitale, 6- avital. 1+ proklineret og løs 1. grad.

Radiologisk: generelt horisontalt knoglesvind, enkelte tænder med vertikal knoglesvind til apex (6+, +6). Insufficient fyldning og periapikal radiolucens 6-. Radiolucens til midterste 1/3 af dentin -7.2.

Overordnede diagnoser:

- Parodontitis stadium 4 grad C generaliseret

- Caries dentalis

- Functio Laesa aesthetica et masticatorica (sidste del var de dybt uenige i, detaljer incoming)

- Subluxatio ad anteriorem articulationis temporomandibularis (with intermittent locking)

Enkelttandsdiagnoser

- Parodontitis diagnoser på samtlige tænder

- CM -7.2

- Restauratio insufficiens et parodontitis apicalis 6-.14

Spørgsmål: Anne Havemose styrede 2/3 af samtalen, censor sagde ikke et ord. Egen case brugte de 25 min.

Anne H:

- Hun bad mig argumentere for stadium 4. Jeg nævnte traumatisk okklusion, fæstetab på 6 eller derover som årsag til stadium IV.

- Hun bad mig klargøre hvilke tænder var ubetingede (6+6) og betingede ekstraktioner (6-) og hvad de var betingede af.

- Hun spurgte hvorfor der endnu ikke var sket retraktion af margo gingiva, og hvornår det sker ved PA: svarede at det var pga. hævelse af ID papillerne, og at retraktion kunne ses efter PA behandling (MID + lapkir).

- Hun talte generelt meget om fikseringer, hvor de skulle placeres, hvad fordele og ulemper er ved de forskellige lokationer (altså facialt, okklusalt, oralt).

- Kan en tand være vital og have parodontitis apicalis? Svar: meget sjældent.

Klaus:

- Hvad vil du erstatte 1-1 med? Svar: Ætsbro. Så spurgte han hvor langt skal den strække sig? Svar: til de ikke-mobile nabotænder.

- Hvorfor ætsbro? Svar: billigere, tandbesparende og fikserer 2-2.

- Præparation ved ætsbroer på incisiver?

- Forklar hypomoklion effekt. Svar: ved tryk på ene bropille sker der træk på anden bropille.

- Vil du erstatte 6+6 efter ex? Svar: det kommer an på patientens behov. Så spurgte han om objektiv undersøgelser der kan afgøre mangel på tyggefunktion. Jeg svarede ift. funktionel okklusion og Käyser, bidregistrering med blåt papir etc., men så røg han ud i en lang historie om, at tyggefunktion kunne måles ved at lade patienten tygge på et æble og måle tyggetiden (han taler meget, bare lad ham tale, det trækker tiden ud). Han mente at vi har lært det, men kan slet ikke huske det tbh.

- Hvilken diagnose får 1+? Var helt blank, svarede functio laesa masticatorica, det var han uenig i. Han nævnte migratio dentis og functio laesa occlusionis (ja, den diagnose findes åbenbart).

- Hvad kan tab af fortænder føre til? Svar: Dårligere udtale. Hvad hedder diagnosen? Functio laesa phonetica

Egen case:

- Havemose var uenig i mine stadier, hun syntes at jeg havde overdiagnosticeret, da margo tallene ikke passede med det kliniske udseende af gingiva. Så lad vær at lave harakat med jeres margo tal.

- Klaus talte meget om den ekstensionsbro jeg har lavet, fordele/ulemper, prognose.

- Klaus spurgte om stiftbehandling, hvilke krav der er for forskellige opbygninger. Svar: resttandssubstans/antal vægge.

- Klaus sluttede af med at spørge om hvorfor jeg ikke har inkluderet en tand med stift i min brokonstruktion. Svar: det forøger risiko for komplikationer ved stift grundet hypomoklion: retentionssvigt, rodfraktur, stiftfraktur.

Jeg sluttede med at takke dem, og fortælle dem at det var en meget behagelig oplevelse. Det skal siges at nogle gange var jeg blank ift. PA og fikseringer, og havde fejl i klassifikation af min egen case, men fik en fin karakter alligevel. Så der er plads til fejl 😊

Vis dem hvad I kan, I har den👏🏻

————————————————————————

Rana

Egen case: TA/KIR/REHAB (samme som foroven)

Ukendt: TA/KIR

Kom ind til Marie (kir) og Azam (TA)

48 årig mand som ikke har været til tandlæge i 8 år og kun kommer til tandlæge i forbindelse med smerte. Han er desuden ked af misfarvede fyldninger på fortænderne men dem snakkede vi ikke om. Han fik konstateret begyndende PA for 8 år siden men har ikke fået behandling for det. Skulle desuden have haft orto behandling som barn men takkede nej. Pt har maxillært overbid og har slået fortænderne, som iøvrigt stritter i facial retning og der er læbefang og mobilitet af 2. Grad på +2. Ingen smerter ved henvendelse. Stort fæstetab, mange dybe pocher, mobile tænder og furkaturinvolveringer. En enkelt avital tand 6- tror jeg det var. Ikke rigtig noget caries men ellers et par insufficiente fyldninger. Mange apikale opklaringer men det er PA og ikke endo læsioner. Der var ikke kød på TA delen så Azam spurgte primært ind til PA - hvorfor patienten havde så mange mobile tænder (malokklusion, læbefang af +2 mobiliserer den, traumatisk okklusion på samtlige tænder også i forbindelse med maxillært overbid) og hvorfor der er så stort fæstetab på så mange af tænderne, her er PA aggraveret af patientens tandstilling og bid som følge af manglende orto behandling. Derudover spurgte hun hvorfor pt havde negative papiller, hvortil jeg svarede traumatisk okklusion og det var hun tilfreds med. PA diagnose: parodontitis stadie IV grad B. Udover PA delen brugte jeg de første 20 min på at gennemgå anamnesen da han spiste meget kulhydrater, is, chokolade og drak 1/2 L sodavand dagligt, og her blev jeg stoppet af Azam meget undervejs og spurgt hvorfor det var relevant, her snakkede vi om caries risiko, caries processen og kritisk pH mm. Derudover spurgte azam ind til om man kunne se nogen konsekvenser af patientens syreindtag hvortil jeg svarede at 1+1 fremstår matte (aktiv erosion) sammenlignet med 6+ fx som fremstår blank.

Kir delen bestod primært af hvilke tænder der skulle ekstraheres ubetinget og 8-8 tætte relation til canalis, samt hvordan man vurderer om der er tæt relation og hvad alternative behandlinger kan være samt om man ville tage et CBCT for at vurdere nerverelationen ift. tanden. Her ville Azam og Marie ikke udføre koronektomi på 8- fordi der var patologiske pocher.. og de ville iøvrigt heller ikke tage et CBCT 😅 Generelt var Marie meget stille og spurgte kun ind til KOF diagnoser idet pt havde været udsat for traume og havde bilateralt knæk ved åbne og lukke bevægelser samt intermitterende låsning —> sagde subluxatio men Marie foretrækker anterior discusdisplacering med reduktion. Så spurgte hun hvad behandlingen ville være og om det var noget man ville henvise for til Rigshospitalet, sagde at man ville udføre retruderende gabeøvelser men hun virkede ikke enig, synes hun var svær at læse. Derudover spurgte hun ind til hvilke tænder der skulle ekstraheres og risici som tidligere nævnt. Censor sagde intet udover at hun gerne ville gå videre til min egen case efter 30 min og at vi var tidspresset. Det var primært Azam der snakkede, meget mystiske spørgsmål og fiskede efter meeeeget specifikke svar. Derudover informerede hun mig om at hun gerne ville stille et lille snyde spørgsmål og spurgte om man kan behandle en aktiv media læsion med kavitet facialt på en 2’er på andre måder end operativt fordi jeg havde ekskaveret den og fyldt den da den var til gene for patienten rent æstetisk. Her fiskede hun efter at man behandler den med duraphatlakering… der var generelt mange af den type azam spørgsmål jeg ikke kunne gennemskue svaret på. Desuden var det utroligt stille udover azam-musen

————————————————————————

Aya

Egen case: TA/KIR/REHAB

Ukendt: TA/KIR/REHAB

Undervisere: Lars Bjørndal og Marie fra kir (føles som, at Lars var den eneste i lokalet 😊)

Ukendt case: 41 årig mand. Henvender sig med ønske om at få lavet en ny bro i OK front, få lavet sine huller og behandling for sine isninger. Ingen akutte smerter. Broen i OK fronten er en ætsbro fra 2+ til +1 lavet på KTS for 15 år siden.

Medicin og helbred: astma -> 2 slags beta 2 agonister og binyrebarkhormon herfor. Desuden ryger 25 cigaretter om dagen og føler sig mundtør efter rygning.

Overordnede diagnoser:

Caries dentalis

Functio laesa aesthetica

Xerostomi

Censor lød til at overveje en PA diagnose (stadie 1, grad A, lokaliseret)

Spørgsmålet lød på at diskutere de endodontiske behandlinger i UK og kirurgi hos patienten. Vi kom nærmest ikke ind på noget rehab overhovedet. Marie havde nærmest ingen spørgsmål til kir ud over forventet lejring af 8- ud fra OPet og hvordan den skal fjernes.

Lars spurgte ind til

- cariesangrebene, som han mente var inaktive (der var ikke noget caries registeringsskema, så det er ud fra de kliniske fotos primært, da læsionerne ses helt gingivalt på facialflader)

- indikation for orto/retrograd revision

- hvorfor rodbehandlinger har drillet. At kanalen nok deler sig

- grunde til isninger

- forskel på en gradvis ekskavering og en diagnostisk ekskavering. Han synes ikke, man bør udføre diagnostiske ekskaveringer og det er en forældet metode

- overkapning

- hvis i har lavet endo, så går han ind og kigger på røntgen+kontinuation. Han synes, vi havde taget for mange røntgenbilleder undervejs

- Lars synes ikke, at min egen pt. skal få en RFS skinne for at forhindre yderligere attrition

Det var generelt svært at aflæse dem, men det gjorde ikke noget. Jeg forventede på forhånd, at Lars kan være svær at aflæse. Marie nikkede engang imellem og censor var mega sød. Stemningen var god og det var en virkelig hyggelig eksamen. Er sikker på, at i alle klarer det så fint. Det fungerer nærmest som en journalgennemgang eller de faglige diskussioner på klinikken. Ønsker de resterende en god eksamen 😊🤞🏽

————————————————————————

Maha

Egen case: TA/REHAB/KIR

Ukendt: Endo/REHAB

Merete Markvart og Alireza

Case: 29-årige kvinde, præcis samme case som emil.

De forskellige smerter blev diskuteret, og de spurgte blandt andet om hvor smerterne kunne stamme fra i VS, da der både var profund læsion i +6 og -7. Vi snakkede om de forskellige CP diagnoser, vitalitetstest og hvad man ellers kunne gøre ift. de kliniske undersøgelser for at finde ud af om der var +6 eller -7. Apikalt på -7 mellem rødderne, var der en radiopak område, der nærmest fusioneret med roden. De spurgte om sådan en reaktion kunne ske hvis pulpa var irriteret (grundet profund læsion) - det kunne den godt.

Diskuteret frem og tilbage om -5 skulle bevares, herunder prognosen.

Herefter snakkede vi om HS. Der var der også profunde læsioner, der snakkede vi om nødbehandlinger af pulpitis irreversibilis.

Ift. Rehab der snakkede vi om at hvis -5 skulle bevares, hvad kræver det så. Vi snakkede om at der vil være 0 vægge, dermed støbt opbygning og stift, krone.

Det er hvad jeg husker, der var sikkert også flere ting, men kan simpelthen ikke huske mere. Nogle gange vil de gerne have specifikke svar, og det kan være lidt svært at finde ud af, hvad de fisker efter.

Der var desuden også tid til at få snakket om sin egen case. Det er censoren som holder øje med tiden.

Alt i alt, så var det en okey oplevelse, og man kan sagtens komme igennem selvom man ikke kan svare på alle spørgsmål! Alt held og lykke til jer andre, det skal nok gå så fint🎉

————————————————————————

Mojtaba

Egen case: TA/REHAB/KIR

Ukendt: PA/TA/KIR/(KOF)

Samme case som Mehmet og Rana.

Undervisere: Azam og Marie

(sidstnævnte var der bare for viben - under hele eksaminationen stillede hun kun et enkelt symbolsk spg. 🥴)

48-årig mand.

Har kun været til tdl. ved smerter siden 18-års-alderen grundet økonomi, dovenskab og frygt. Fik at vide at han har parodontitis for 8 år siden, har ikke modtaget behandling indtil videre. Pt. har mistet 1-1 og ønsker erstatning af æstetiske årsager. Ønsker et pænere og sundere tandsæt. Har bemærket løsning af 2-2. Ryger 15-20 cigaretter dagligt. Knæklyde med forbigående låsning ved gabning og lukning. Læbefang 1+ (vigtig oplysning).

Klinisk ses fuldt betandet pt. alle 8’ere helretineret, dog 1-1 mistet til PA. Adskillige tænder løse rundt omkring i tandsættet. Fordybede pocher, blødning og fæstetab på alle tænder. Furkaturinvolveringer på flere molarer. 6+6 vitale, 6- avital. 1+ proklineret og løs 1. grad.

Radiologisk: generelt horisontalt knoglesvind, enkelte tænder med vertikal knoglesvind til apex (6+, +6). Insufficient fyldning og periapikal radiolucens 6-. Radiolucens til midterste 1/3 af dentin -7.2.

Overordnede diagnoser:

- Parodontitis stadium III, grad B, generaliseret

- Caries dentalis

- Functio laesa aesthetica

- Subluxatio ad anteriorem articulationis temporomandibularis (with intermittent locking)

Enkelttandsdiagnoser

- Parodontitis diagnoser på samtlige tænder

- CM -7.2

- Restauratio insufficiens et parodontitis apicalis 6-.14

Overordnet opg:

- Redegør for det cariologiske behov.

- Redegør for dine kirurgiske overvejelser omkring ekstraktion af modne tænder og visdomstænder.

- Diskuter risici og prognose.

Azam styrede hele samtalen. Vi kom hverken ind på det kirurgiske eller risici og prognose.

- Hun spurgte ind til læbefang og hvordan det kan forklares. Her tog jeg studiemodellerne og gav udtryk for maksillært overbid, hvilket hun blev glad for.

- Hun spurgte ind til, hvad jeg ‘tror’ patientens overordnede ønske var. Svar: forbedret æstetisk behov.

- Hvorfor 1-1 var tabt. Svar: parodontalt betinget. Nævn fæstetab på nabotænder.

- Hun spurgte til hvorfor man kan se det der ligner noget a la en opklaring på 6+. Svar: total parodontitis. Drag igen nytte af pocheregistreringer.

- Hun (Azam?) spurgte ind til kir angående 8’erne i UK. Svar: intim relation til canalis mandibulae og hvordan det kan forklares.

- På OP’et spurgte hun ind til de radiopake strukturer bilateralt. Svar: spytkirtelforkalkninger.

- Vi snakkede om erosioner (azam søger specifikke definitioner, feks “initialt tab af overfladestruktur”)

Så snakkede vi også en helt masse om andet som i realiteten var ligegyldigt ift casen, men husker ikke hvad præcist. Vi kom ikke rigtig ind på RI og eller den apikale opklaring på 6-.

Censor var i godt humør og jokede lidt, men stillede ellers ingen spørgsmål.

Alt i alt gik det super godt på trods af, at jeg følte Azam grillede mig til tider 😅 hun erkendte, at hun kom med en del tricky spørgsmål for at teste mig, men havde det med i sine overvejelser til voteringen. Marie, Jaa, hun stenede bare i en time 🤣

Held og lykke til alle jer der mangler - hold hovedet koldt, tag jeres tid og husk det er ok, at man ikke kan svare på alt 💪🙏🤩

————————————————————————

Cindy

Egen case: PA/kir/rehab

Ukendt: PA/TA/rehab

Johanne og Klaus

Begge ønskede at snakke så de kæmpede lidt om ordet, hvilket gjorde at jeg nogle gange bare sad og ventede på at de blev færdige (hvilket var fint nok) ☺️

En 54-årig kvinde med slidgigt, kommer primært grundet kosmetik ønsket om PA-behandling, samt isninger, pt tog NSAID grundet slidgigt, hvilket kunne forklare at der ingen smerter var.

Hun havde fyldninger i nærmest alle tænder, samt multiple endodontiske behandlinger (mange insufficiente)

PA stadium 3, grad b

Functio laesae aestetica

Derudover snakkede vi virkelig meget om PA, insufficiente rodfyldninger og meget lidt om fiksering, sammenloddede kroner samt nivelering af tænderne da det var lidt kaotisk i fronten 🤣🫣

Et spøjst spørgsmål fra Johanne var hvordan jeg ville diagnosticere en PA totalis ude i ørkenen? (Svaret var mål med pochemåler… men hvem fanden tager en pochemåler med i ørkenen)

Et spørgsmål fra Klaus var hvor der svandt mest knogle(facialt-palatinalt eller vertikalt… svaret er i bredden) derudover hvor stor procentdel der forsvinder vertikalt, og det er ca. 50% hvor det kun er 1-2% i bredden 🤷‍♀️ vi talte om en OK-tand

Derudover snakkede vi ubetinget/betinget ex, PA-beh, samt protetisk beh.

Havde 5 min til egen case.. så vi nåede ikke at diskutere den kun at chokere censor 😝🦷

Det var super dejligt at få det overstået! ♥️🇩🇰🎉 jeg kunne ikke svare på alt og ja jeg kom igennem.. held og Lykke til jer alle.. i bliver fantastiske tandlæger!!🦷

————————————————————————

Zack

Egen case: PA/TA/Rehab

Ukendt case: PA/Rehab(TA/KOF)

Undervisere: Anne Havemose og Klaus Gotfredsen

Samme case som Mehmet.

Jeg fik næsten lov til at fremlægge hele den ukendte case før jeg blev afbrudt; så mere fremlæggelse end samtale for mig. Jeg nåede ik at lave den protetiske behandlingsplan til forberedelsen, fordi jeg dvælede for længe ved om (+hvornår) jeg ville exe 7+7. Fandt aldrig frem til et svar, men de var tilfredse med overvejelser om hvilke forhold der kunne få mig til at ekstrahere. Jeg spurgte efter eksaminationen hvilke tænder AH ville have exet på casen, og det ville hun ikke selv definitivt sige ud fra materialet. Så no sweat hvis man ikke er 100%!

Spørgsmål til ukendt case:

- Fiksering med hvilke materialer og hvorfor. (AH var meget begejstret for aftagelig skinne pga stor udstrækning)

- Hvornår ville jeg give en akryl PP (AH og KG var uenige om før/efter MID, så jeg kunne kun svare rigtigt, haha)

- Var der overensstemmelse mellem patientens PA ud fra foto, mål og rtg? (lang diskussion, AH og KG var tit uenige undervejs)

- Hvilken type malokklusion havde pt og hvordan det påvirkede pts funktion og behandlingsvalget (klasse II, og det gjorde ætsbro UK front meget oplagt)

Vi nåede ikke at tale prognoserne eller rehabilitering i OK - Klaus gik mest op i sin elskede ætsbro. Min egen case fyldte 50% og det var også mest fremlæggelse. De sidste 15 minutter spurgte de ind til lidt af hvert, med en del teoretiske spørgsmål (bl.a. RDP-fremstilling og tilpasning) men også "hyggespørgsmål" som hvad jeg havde lært fra patientforløbet 🙂

Jeg fik ros for at selektere meget i oplysningerne. Jeg følte jeg brugte ekstremt kort tid på hvert slide, og brugte mere tid på at fortolke/kommentere, men det kunne de åbenbart godt li, og derfor fik jeg ikke så mange spørgsmål.

Det kommer nok an på underviser, men eksamen blev meget styret af hvad jeg selv lagde vægt på - så jeg kunne sagtens styre udenom ting jeg ikke nåede til forberedelsen! Så ikke bliv modløse hvis I ikke når alt til forberedelsen! Jeg kan berolige jer med, at man sagtens både kan have en halvfærdig behandlingsplan, sige "det ved jeg ikke" et par gange og have overset væsentlige fund i casen (host host.. stor caries) uden at det trak ned overhoved! Det var en mega god oplevelse, og jeg håber det bedste for resten af jer <3

————————————————————————

Freja

Egen case: PA/TA/REHAB

Ukendt: PA/TA/REHAB (samme case som Cindy tror jeg)

UV: Johanne og Mandala (staves?? 😆)

Midaldrende kvinde (54 år tror jeg) ønsker PA og æstetisk beh. Har desuden isninger ellers ingen smerter. Økonomi 150000 kr. Har fulgt BUT men har efterfølgende ikke gået regelmæssig til tdl i 10 år. Derefter gået regelmæssig til tdl. Mener selv hun har fået lavet alle de nødvendige cariesbehandlinger. Slidgigt og får NSAID mod dette.

Hele tandsættet er restaureret med plast eller SA-fyldninger bortset for UK-front (misfarvninger af fyldninger). Næsten lige så mange rodbehandlede tænder som ikke rodbehandlede og flere af utilstrækkelig kvalitet. Særligt i OK-front ses rodbehandlede tænder med store plastfyldninger facialt og approximalt (plastfacade lignede) som udtryk for tidligere traume tidligere (spørg pt. Om hub har oplevet traume tidligere). Der stod intet om rygning men spørg om rygning.

Rtg: flere vertikale defekter, knoglesvind >1/3, furkatur involveringer mv.

Spg. Om hvor der ses vertikale detekter, parodontitis totalis, tegn på traume, traumatisk okklusion.

Spg om der var mistet tænder pga PA

Spg ift. ubetingede ekstraktioner, hygiejnefase, negative papiller.

Johanne spurgte kun lidt om den overordnet PA diagnose ift stadium.

Klinikassistenterne sagde “vi ses i næste uge Mandala”, så tænker hun kommer igen haha.

Vi talte ikke super meget om REHAB og spg. fra Mandala var overhovedet ikke specifikke.

Tror vi brugte 35 min på ukendt og 25 min på egen case

Kunne ikke svare på alt og svarede også forkert på nogle spg. men det gik meget fint alligevel.

Hvis nogle ønsker mere uddybende eller specifikke svar, så må I lige skrive privat ellers bliver det en lang roman her.

HELD OG LYKKE 🍀

————————————————————————

Iqra

Egen case: PA/TA/REHAB

Ukendt: PA/TA

Underviser: Christian Damgaard og Diana

Midaldrende mand, jeg tror han var 63 år.

Ønsker mere at tygge med. Begrænset økonomi. Har gået regelmæssigt til tandlægen.

Tandsættet er restaureret med plast og SA-fyldninger. Et par rodbehandlede tænder af dårlig kvalitet.

Medicinsk anamnese: psoriasis

Ryger 15 cigaretter dgl.

- Obs forarmen incisivum på rgt

- Hemisektion af 6-

Diagnoser :

Caries dentalis

Parodontitis stadie III, grad b generaliseret.

Functio laesa masticatorica

Rtg: Horisontalt knoglesvind >1/3, furkatur involveringer, profund caries på flere tænder

Spørgsmål om parodontitis klassifikation, kæbeled (forskel på aktiv og kronisk atrose og om man kunne se det på rgt).

Spg ift. ubetingede ekstraktioner, prognose, vitalitetstest osv.

Tror vi brugte 35-40 min på ukendt og 20 min på egen case

Svarede ikke på alt og svarede også forkert på nogle spg. men det gik alligevel.

Ønsker de sidste held og lykke!🤲🏾🦷