

Når må vi ty til kniven?

Oralkirurgen og endodontisten diskuterer

Nesten alle tannleger rottyller, derfor er dette et kurs som passer for alle. Endodontisten og oralkirurg vil sammen bidra til å øke kunnskapen både om det bakteriologiske grunnlaget for infeksjoner og om de anatomiske og andre årsaker til at rottyllinger må revideres. Kanskje de finner ut at det er mest hensiktsmessig med et kirurgisk inngrep, som en rotspissamputasjon. Her blir det argumentasjon for både det ene og det andre, og kanskje spesialistene ender opp med å være uenige om hvordan problemene skal angripes og løses, selv om Gilberto Debelian og Petter O. Lind er vant til å samarbeide og stort sett var enige om konklusjonene den gang de var nære kolleger i samme praksis.

– Dette handler om endodonti og kirurgi, der dere er spesialister. Hvilke tannleger er dette kurset beregnet på – eller; blir dette bare teori eller vil dere snakke om inngrep og behandling som den allmennpraktiserende tannlegen kan utføre selv etter kurset, Petter O. Lind?

– Alle tannleger som rottyller, og det gjør nesten alle, vil kunne ha stort utbytte av dette kurset. De som ikke har fått med seg et kurs med Gilberto tidligere, bør absolutt benytte anledningen, synes jeg, og ellers ønsker vi alle som trenger en oppdatering innen det som har skjedd innen bakteriologi, endodonti og kirurgisk endodonti de siste årene spesielt velkommen.

Det er ingenting i veien for at alle tannleger skal kunne utføre kirurgiske inngrep, som for eksempel en rotspissamputasjon. Der er det faktisk ingen restriksjoner. Men jeg mener ikke at man skal gå i gang bare etter dette ene kurset. Her vil vi gi en innføring i hva som kreves, av steriliseringsrutiner, instrumenter og utstyr og også vise hvordan operasjoner foregår. Jeg vil hevde at en tannlege som skal utføre kirurgiske inngrep bør ha et visst



Petter O. Lind er oralkirurg og samarbeider nært med endodontisten i sitt daglige virke. På kurset i januar vil han sammen med Gilberto Debelian, som er spesialist i endodonti, diskutere seg frem til de beste løsningene for ulike pasienter.

volum for å opprettholde ferdighetene. Jeg kan også fortelle at jeg har hatt en god del tannleger som har hospitert i praksisen opp gjennom årene. Mange av dem har gjort masse kirurgi selv på

forhånd, og for noen av dem har hospiteringen ført til at de har gått over til å gjøre mindre selv og heller henviser mer. De har følt at barrieren både utstyrsmessig og tidsmessig er så høy at

de ikke har ønsket å fortsette å gjøre inngrepene selv. Andre har begynt å gjøre mer kirurgi etter at de har hospitert.

– Hvordan har dere tenkt å legge opp dette kurset?

– Vi kommer til å presentere en del kasus, gjerne grensetilfeller, der vi kan få litt argumentasjon og interessant diskusjon, kanskje også litt uenighet oss imellom om hvordan vi skal løse problemene. Problemstillingen vil være om det er hensiktsmessig å rotfylle først, eller om man skal gå rett på kirurgi. Helt konkret vil vi først diagnostisere, og da vil vi illustrere med røntgenbilder. Senere vil vi vise operasjonssekvenser på video, samtidig som vi forteller om det som skjer – kanskje i munnen på hverandre.

– Hva med utstyr, der er dere innovatører begge to, vil dere legge mye vekt på det i kurset?

– Vi vil selvsagt nevne de hjelpemidlene vi bruker, men ikke legge spesiell vekt på eller bruke mye tid på det. Det er riktig at jeg var den første i landet til å ta i bruk mikroskop midt på 90-tallet. Jeg har nemlig en kjepphest, som ganske enkelt dreier seg om at hvis du ser bedre så gjør du en bedre jobb. Det er den optiske siden av det. Så har vi ultralyd, som handler om å jobbe mye sikrere når man preparerer i kanalen. Et bør vil aldri kunne få riktig vinkel, jeg tenker da spesielt på når man jobber palatinalt, som er veldig kronglete. Boret vil også vanskelig kunne ta vekk nøyaktig riktig mengde, det blir gjerne for mye et sted og for lite et annet. Ultralyd tok jeg i bruk ennå tidligere enn mikroskop. Den gangen måtte jeg importere utstyret fra USA, siden ultralyd med den typen intensitet som det er snakk om her ikke var tilgjengelig i Norge. Etter hvert er det kommet helt håndfaste vitenskapelige bevis på at det er et mye bedre verktøy. Jeg vil si at når det gjelder det utstyret jeg har nevnt nå, snakker vi om to tidsaldre eller epoker; det er før og nå.

Kanskje det blir en før og nå opplevelse i endodonti og kirurgi for kursdeltakerne i januar også?

Tekst og foto: Ellen Beate Dyvi

404 00 09

Kirurgisk endodonti

Endodontisten og oralkirurgen utveksler erfaringer

Kursgivere

Tannlege Gilberto Debelian, Oslo
Spes. oral kirurgi og oral medisin
Petter O. Lind

I behandlingen av apikal periodontitt er kirurgisk behandling indisert når konvensjonell endodontisk behandling ikke fører frem. Den tradisjonelle hensikten med kirurgisk endodonti var å forsegle rotkanalen ved å legge en bakterietett retrograd fylling. I dag vet vi dessuten at apikale granulomer som ikke lar seg påvirke av konvensjonell endodontisk behandling, kan inneholde bakterier som opprettholder betennelsen uavhengig av om rotkanalen er infisert. I tillegg har nye optiske hjelpemidler og spesialutviklet apparatur gitt oss muligheten til å utnytte kunnskapene om rot- og kanal-anatomi, og utføre behandlingen på en sikker og forutsigbar måte.

I dette symposiet vil en endodontist og en oralkirurg diskutere valg av behandlingsstrategi, materialer og metoder ut fra forskjellige kasus. Presentasjonen vil i stor grad bli basert på kliniske videoopptak.

Målgruppe

Tannleger og spesialister

Kursplan

- * Historikk
- * Rotkanalenes anatomi
- * Patologiske tilstander i og rundt rotspissen
- * Nye metoder, optiske hjelpemidler og materialer i moderne og kirurgisk endodonti
- * Behandling belyst gjennom kasuistikker

Sted

Oslo Kongressenter, Folkets Hus,
Youngsg. 11, Oslo

Tid

Onsdag 7. januar 2004 kl. 0900–1600

Kursavgift

Kr 1 700 inklusiv lunsj og pausekaffe

Påmeldingsfrist

5. november 2003