

Annerledestannleger?

Etter foredraget ble det spurt fra salen om disse tannlegene skal være annerledes eller om det bare er undervisningsprosessen som skal være annerledes. Harald M. Eriksen sa, godt supplert av Anne Merete Aass, at selv om studiet skal være orientert mot Den offentlige tannhelsetjenesten, skal tannlegene fra Tromsø kunne gå inn over alt i tannhelsetjenesten i likhet med dem som er utdannet i Bergen og Oslo. – Det er ingen konkurranse, og jeg tror vi

nærmer oss på sikt, sa Aass som la vekt på bruk av IKT og at studiet legges opp for å tilfredsstille kravene fra kvalitetsreformen.

Et spørsmål om kvalitetssikring av den eksterne kliniske tjenesten fikk ikke noe konkret svar utover at lærerne skal knyttes til universitetet og at de skal kalibreres.

Framdrift

Forslaget til statsbudsjett for 2004 inneholder en sum på vel 17 mill. til tannlege-

utdanningen i Tromsø, men det høres ut som småpenger i en slik sammenheng. Det viser seg at dette beløpet ikke omfatter nødvendige byggeprosjekter. Troms fylke skal bygge både universitetsklinikk og nytt kompetansesenter (med noe støtte fra de øvrige fylkene?), og det er prosjektert nytt bygg under medisin som også skal ha lokaler for odontologi.

Reidun Stenvik

Akuttbehandling innen endodonti

Før behandlingen starter, må man ha en diagnose – det er ikke tilstrekkelig at pasienten har smerter. Det var universitetslektor Michael Ahlquist og overtannlege Fredrik Erhardt enige om i foredragene på landsmøtet.

Smerter må ikke nødvendigvis ha sitt opphav i en tann. Selv om et røntgenbilde avslører en apikal lesjon, kan smertens opphav være et annet sted. De fleste apikale periodontitter er nemlig symptomfrie. Vær også oppmerksom på at en tann kan ha flere diagnoser. Odontologiske differensialdiagnoser til tann smerter er marginal inflammasjon, perikoronitt, kjevelledsbesvær og spenninger i plastfyllinger. Andre årsaker til smerte i kjeve-regionen er maksillær sinusitt, nevralgier og nevrologisk-psykiatrisk lidelse. I sistnevnte fall må man være tilbakeholden med odontologisk terapi.

Diffuse tann smerter kan være en spontan akuttisering av en kronisk pulpitt eller iatrogen utløst smerte i forbindelse med pågående endodonti. Betennelsesreaksjoner i pulpa kan være lokale, og reversible om det ikke er bakterier tilstede. Pulpa kan infiseres av bakterier via frakturer, karies, utett fylling og sprekker. Er pulpa først infisert, vil det på sikt gi pulpanekrose og apikal periodontitt med resorpsjon og granulassjonsvevsdannelse. Både reversi-

ble og irreversible pulpitter kan gi symptomer eller være asymptomatiske.

Smerteanamnesen er viktig, når og hvor er det vondt, smertens karakter og intensitet. Skarp, isende og kortvarig smerte som ikke lar seg undertrykke, kommer fra A-nervefibre i pulpa, og disse ligger nærmest odontoblastlaget. Dunkende, pulserende, diffus og langvarig smerte kommer fra C-fibre dypere i pulpa, noe som tyder på at inflammasjonen er mer utbredt i pulpa. Reagerer tannen på kulde, tyder det på en tidlig pulpitt, mens reaksjon på varme tilsier at prosessen har pågått en tid. Elektrisk vitalitetstest måler reaksjon – ikke reaksjon og sier ikke noe om graden av sensibilitet.

Når diagnosen er stillet, kan tannen behandles. Det er ønskelig å bevare pulpas vitalitet, og dette må være en ledetråd i behandlingen. I så måte må anestesi uten karkontraherende midler benyttes for å ikke kompromittere blodtilførselen. Første trinn i behandlingen av pulpitt er å fjerne fylling og karies, legge på sinkoksid-eugenol, og vente en uke. Er pulpa skadet, må den fjernes. Hvis det ikke er tid til fullstendig behandling, kan man fjerne kronepulpa helt ned til rotåpningen, og legge på sinkoksid-eugenol, samt slipe tannen ut av bitt. I nær 100 % av tilfellene vil dette gi smertefrihet. Ved akutt apikal periodontitt og tidsnød er det bedre å gi

pasienten smertestillende og sette opp tilstrekkelig tid til pasientene senere. Man skal unngå å rense kanaler i tidsnød, dette kan lett gi iatrogene skader og gjøre vondt verre.

Ved akutte inflammasjoner kan det være problemer med tilstrekkelig anestesi. Ledningsanestesi, intraligementær anestesi, eventuelt intrapulpal gjennom en liten åpning til pulpacavum eller i rotkanalen kan forsøkes. Noen ganger vil ikke anestesen ta, man må da vurdere nytt besøk med premedisinering med sedativa.

Jon E. Dahl