

Periodontalkirurgi i praksis

på antikoagulantia, krever dette sykehusbehandling. Bruk av resorberbart hemostatikum som eventuelt kombineres med behandling med fibrinolysehemmer i 2–3 dager gir god effekt. Hemostatikumgelen kan også dynkes med fibrinolysehemmeren for å øke effekten.

Premedisinering med tanke på å heve pasientens smerteterskel og berolige pasienten, kan være god forebyggelse hos risikopasienter. Tannleger kan i dag forskrive alle preparater som er nødvendig for tannbehandling, også beroligende midler. Oxazepam (15 mg om kvelden og 15 mg en time før behandling) eller diazepam (10–15 mg om kvelden og 10–15 mg en time før behandling) anbefales for å gi pasienten en god natts søvn i tillegg til ro under inngrepet.

En anafylaktisk reaksjon kan komme selv etter mange gangers eksponering. En rekke organsystemer som sirkulasjon, respirasjon, hud og mage/tarm involveres i symptombildet. Sirkulatoriske symptomer som varme og rødme kommer først, deretter hjertebank, blekhet og kaldsvette, og blodtrykksfall og hjertestans kan inntre. Som respiratoriske symptomer opptrer nysing, hoste, larynxspasmer («klump i halsen»), astma, tungpustethet, cyanose og respirasjonsstans. Kløe, utslett og ødem i huden, samt kvalme, brekninger, kolikkmerte og diaré er andre symptomer. Pasienten legges med bena høyt, ambulanslege tilkalles og pasienten gis adrenalin 0,5–1 mg intramuskulært normalt i en ekstremitet, men for oss tannleger kan injeksjon i tungen også være anvendelig. Eventuelt gis dyp subkutan injeksjon. Adrenalininjeksjon kan gis med 5–20 minutters intervaller om tilstanden igjen forverrer seg.

Nødvendig utstyr på et tannlegekontor hvor risikopasienter behandles er adrenalin (Epi-pen autoinjektor 0,3 mg er anvendelig, bør da ha minst to), oksygen, resorberbart hemostatikum og fibrinolysehemmende medikament.

Jon E. Dahl

Mange tannleger i Norge gjør lite periodontalbehandling, sa spesialtannlege Ivar Hoff som ønsket å øke motivasjonen blant oss kolleger da han foreleste på landsmøtet. Periodontal kirurgi fjerner ikke sykdommen slik mange pasienter tror, men skal benyttes til å skaffe bedre adkomst for depurasjon, lette pasientens eget renhold av tennene, gi tilgang for regenerasjonsbehandling og bedre mulighetene for inspeksjon. I tillegg kan periodontal kirurgi bedre estetikken etter kjevortopedisk behandling og til å frilegge subgingivale kaviteter og prepareringsgrenser.

Gingivektomi, lappoperasjon eller en kombinasjon av disse kan benyttes. Alle pasienter som kan ha nytte av periodontal kirurgi må gjennom en hygienefase med instruksjon, motivasjon og depurasjon. Kirurgi utføres dersom det etter en slik fase er lommer som krever bedre rengjøring basert på klinisk undersøkelse (sondering/blødning). Kontraindikasjoner for periodontal kirurgi er nedsatt generell helsetilstand, infarktpasienter (minst 6 måneders latens), blødere og nedsatt helsetilstand i periodontiet (for eksempel akutte betennelser). Dårlig pasientkooperasjon og uvilleg pasienter er andre grunner til ikke å operere. Dessuten er det viktig å vurdere nytten av inngrepet i relasjon til kostnader og plager for pasienten.

Pasienten må gi grundig informasjon før inngrepet om hensikten, eventuelt alternative behandlinger, prosedyre inkludert pakning og suturering, postoperative forhåndsregler og problemer, etterbehandling, problemer med estetikk og hypersensitivitet samt kostnader og tryggestøtte. I mange tilfeller kan både gingivektomi og lappoperasjon benyttes, og Hoff anbefalte at man benyttet den metode man selv behersker best. I fronttannsområdet ville likevel lappoperasjon gi det estetisk beste resultatet.

Det anbefales å ha en kirurgikassett med de nødvendige instrumenter. Mange benytter skalpell også til gingivektomi,

men spesielle gingivektomikniver anbefales. Disse må imidlertid holdes skarpe, noe som krever regelmessig sliping. Prose-dyre ved gingivektomi begynner med adrenalinholdig anestesi, oftest er infiltrasjon tilstrekkelig, blødningdpunkter avsettes, eventuelt kan skjema med god avmerking av lommer benyttes, og snitt skrånende mot det koronale legges hele veien. Snittet går opp to ganger, det løsnes godt approksimalt, og hele lappen fjernes. Det depureres, skylles, inspiseres, og legges på en pakning. Pakningen skal ligge i minst en uke og antibakterielt skyllevann benyttes. Når pakningen tas bort, fjernes eventuelt granulassjonsvev og rester av tannsten. Ta kontroll etter noen uker og deretter en etter nok noen uker. Lappoperasjon kan i mange tilfeller erstatte en gingivektomi. Man bør gjøre en lappoperasjon når man ønsker å bevare gingiva, ved dype benlommer og ved regenerasjonsforsøk. Snittet legges litt fra tannen, og man bør tilstrebe å bevare mest mulig av papillen. vertikale hjelpesnitt kan legges hvis nødvendig. Lappen løsnes fra, det depureres, skylles, lappen trimmes og sutureres. Lag enkeltsuturer i syntetisk monofilament-tråd som fjernes etter 7–14 dager. Pasienten må være forsiktig med tannbørsting, og ikke gjøre interdentalt renhold de første 14 dagene. Antibakterielt skyllevann brukes i stedet. En lappoperasjon krever lengre oppfølging enn gingivektomi.

Jon E. Dahl