

Roar Gommæs, Tore Johansen, Kaare Mathiesen, Marin Miosku, Helge Myrhaug, Thomas Myrhaug, Hans Preus og Elin Øyen:

TSE – teori og virkelighet

Seks tannleger i alderen 30–60 traff hverandre på TSE-kurs i protetik våren 2004. Hensikten med Tannlegeforeningens systematiske etterutdanning (TSE) er å oppgradere kunnskap til dagens nivå, dvs. dagens «lege artis» fra våre læresteder. Kurset bestod av forelesninger og gruppearbeid hvor vi skulle diagnostisere kasus og gi flere mulige behandlingsforslag.

Våre forventninger ble ikke helt innfridd. Vi synes kurset bar preg av at kursholderne arbeider i studentklinikk. Vi følte en avstand i forhold til vår hverdag. Det ble tatt for lite hensyn til pasientens økonomiske situasjon og enkelte temaer ble for dårlig belyst. Kasusene vi fikk utdelt var til dels mangelfullt utredet, samt at tilbakemeldingene på besvarelsene virket noe overfladiske. Vi savnet mer praktisk rettet undervisning, særlig innen implantologi. Vår gruppe ønsket å følge et implantatkasus gjennom hele prosessen fra planlegging til ferdig behandling. Derfor tok vi selv initiativet til dette etter at kurset var avsluttet.

Pasienttilfellet

Vi får henvist en pasient som ønsker implantater, hvor henvisende tannlege mener vi får et kasus for hel implantatbro i overkjeven. Pasienten er en kvinne på 55 år med bro i 2. kvadrant som har løsnet flere ganger. Broen er nå sementert provisorisk. Vi får tilsendt OPG og røntgenstatus av overkjeven (Fig. 1 og 2).

Pasienten har mange protetiske erstatninger og flere endodontisk behandlede tenner. Det var tenner som var sterkt svekket (spesielt 14 og 27) og det var karies ved flere pilartenner. Det fremgikk av henvisningen at pasienten har hatt regelmessig tannbehandling.

Ved konsultasjon fremgår det av anamnesen at pasienten har hatt høyt kolesterol på ca. 9 mmol/l, men går på Zocor 1 x 40 mg og verdien har sunket

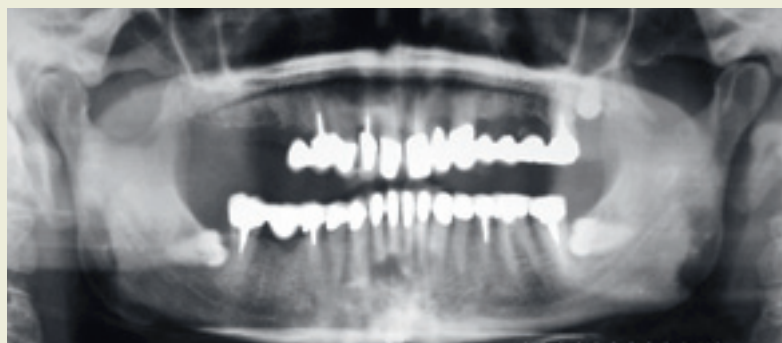


Fig. 1. OPG-røntgen av 55 år gammel kvinne henvist for implantatbro i overkjeven.

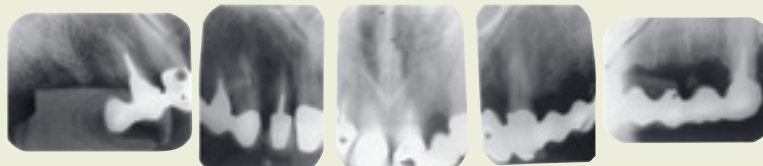


Fig. 2. Supplerende røntgenbilder av overkjeven på samme pasient. Fra henvisende tannlege.

til 5,6. Hun røyker ca. 10 sigaretter per dag, men virker motivert for å slutte. Pasienten opplyser at hun lider av fibromyalgi og har smerter i skuldre og hofter og tar Ibux 600 mg etter behov. Vi fikk inntrykk av at det var relativt ofte. Hun tar videre Imovane for å sove. Pasienten føler at allmenntilstanden er generelt ganske bra, men plages av smertene i skuldre og hofter. Hun er ikke plaget av mye allergi, men reagerer på egg. Hun oppgir å ha blødning i tannkjøttet og føler seg munntørr. Hennes største plage er broen i 2. kvadrant som løsner og gjør henne utrygg. Hun ønsker en fast løsning med pene tenner.

Klinisk og røntgenologisk (Fig. 3) finner vi mange kariesangrep, og nesten samtlige kronekanter i underkjeven har karieslesjoner. Vi screener for bakteriell eller soppinfeksjon, og bakterielle prøver blir sendt til mikrobiologisk

laboratorium (Telelab). Vi får hjelp av spesialist i periodonti i vurderingen (professor Hans Preus).

Pasientenes periodontale status gir ikke grunnlag for trygderefusjon. Vi ser videre ingen tungtveiende sammenheng mellom medikamentforbruk og hennes karieslesjoner. Heller ikke det protetiske behandlingsbehovet har forankring til trygdellovgivningen.

Kasus diskuteres og man finner at implantatterapi kan bli aktuelt. Det er grunnlag for å ta vare på de fleste av tennene i overkjeven, men det var stor usikkerhet om tann 27 kunne brukes som pilar for en ny bro. Vi blir anbefalt å konsultere spesialutdannet protetiker (spes. utd. tannlege Roar Gommæs). Våre konsulenter (Preus og Gommæs) understreker at det er et overordnet mål at prinsippet om at egne tenner bør

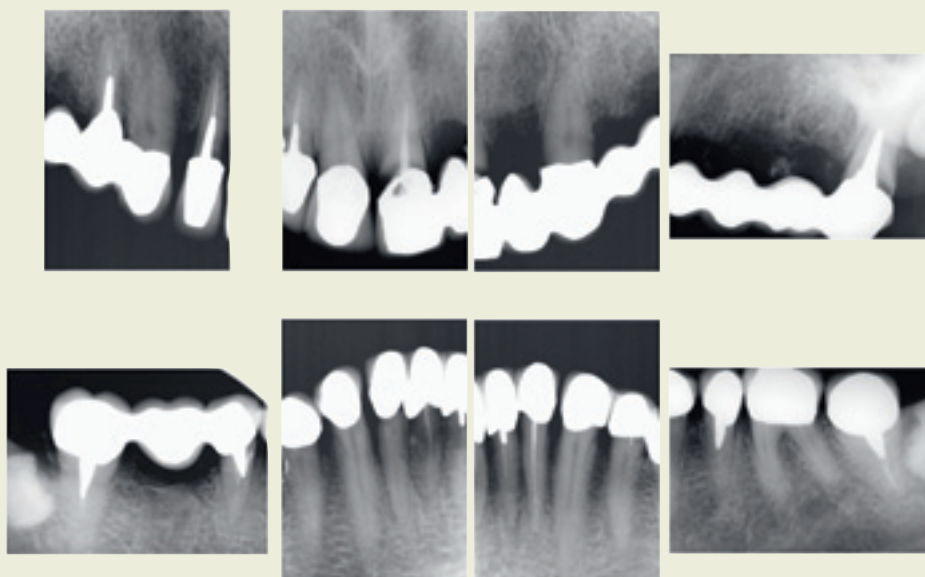


Fig. 3. Røntgenstatus tatt i forbindelse med undersøkelsen.

bevares der det er mulig. Vi ble anbefalt følgende:

Tann 27 er ikke egnet som pilar og bør ekstraheres. Dessuten bør retinert 28 fjernes pga. sannsynlig kommunikasjon med munnhulen og fare for infeksjon. Vi ble anbefalt å fjerne eksten-sjonsleddet i 1. kvadrant så raskt som mulig fordi en rotfylt endepilar ikke tåler belastningen med distale eksten-sjonsledd. Den okklusale, vertikale dimensjon er redusert og bør økes med 2,5 mm.

Mulige løsninger

Følgende alternativer ble vurdert som akseptable løsninger, uten at det er en prioritert liste:

1. Ekstraksjon av alle tennene i overkjeven. 6 fiksturer og 12-ledds bro.
2. Fiksturer i regio 15, 16 med sammenloddede kroner. Bro 14 til 23. 3 fiksturer i regio 24, 25, 26 med sammenloddede kroner.
3. Ny bro fra 14 til 23 med Intralock-fester for partiell protese.
4. Ekstraksjon av 14, 12 og 21. Konusbro
5. Hel overkjeveprotese.
6. Vanlig støpt partiell protese.

Her må pasientens ønsker og behov legges til grunn for valg av behandling og pasienten får behandlingsforslagene skriftlig med prisoverslag. Etter samtale med pasienten velges alternativ 2. Det

ble tilbudt å sette inn fiksturer til offentlige takster, og det protetiske arbeidet kunne bli utført til en gunstig pris. Implantatfirma var villige til kostnadsfritt å bidra med fiksturer og komponenter.

Det ble funnet gjærsopp i de mikrobiologiske prøvene, og hun blir satt på en mycostatinkur, samtidig som hygienien blir oppgradert og scaling gjennomført. Vi tar inn pasienten og kutter broen distalt for 14.

Kostnadsrammen er ca. kr 80 000

Sammen med våre konsulenter begynner vi planleggingen. Det ble presisert at det er protetikerens som i utgangspunktet skal bestemme fiksturenes antall, dimensjon og posisjon. Vår pasient har bra med bensubstans, det er indikasjon for implantater. Vi stiller krav til henne om å slutte å røyke for at vi skal gi henne behandling, noe hun aksepterer.

Det blir laget stent for plassering av fiksturer. Det er viktig at en stent blir utformet med «tenner» for å kunne bestemme fiksturposisjonen eksakt. Eller sagt med andre ord: En stent er en endelig beskjed fra protetiker om at kirurgen nå kan sette i gang. Man ønsker ikke å bore gjennom stenten pga. fare for kontaminasjon av operasjonsåret med akrylpartikler. Stenten utformes slik at man får plass til å sette ned fiksturen, gjerne med føringsspor.

Protetikerens ønsker 2 fiksturer i 1.

kvadrant og 3 i 2. kvadrant. Vi spør om man kunne valgt henholdsvis 1 og 2 fiksturer, men protetikerens viser til forskning, statistikk og fysikk: Det bør velges 5 fiksturer for at konstruksjonene skal bli solide nok. Dessuten bør de 3 fiksturene i 2. kvadrant ikke stå på en rett linje, for å øke styrken. Dette var nytt for oss, og ikke nevnt på TSE-kurset i protetik.

Vi er nå kommet så langt at vi bestemmer tid for fiksturoperasjon.

Men så...

Pasienten ringer og sier at hun ikke vil ha behandling likevel! Har vi

gjort noe galt?

Vår oppfatning er at vi har gitt henne et meget bra tilbud både kvalitets- og prismessig. Pasienten kan få utført behandlingen med hjelp av to dyktige spesialister til sterkt redusert pris. Pasienten mener at behandlingen blir for kostbar. Tydeligvis har pasienten forventninger om at behandlingen skal bli mye rimeligere.

Vi tenker tilbake

Da hun ble henvist til oss var det som ledd i vår undervisning. Behandlingen av pasienten hadde intet annet siktemål enn at vi skal lære komplisert behandlingsmetodikk. Vår styrke er at vi kan tilby anerkjente spesialister og at implantatkomponenter fremskaffes fra fiksturleverandører som ser en markedsverdi i sine ytelser. Vår prisramme var nær halvparten av hva behandlingen ville ha kostet på det frie marked.

Vi må ta selvkritikk på at vi burde ha unngått fagdiskusjoner med pasienten tilstede. Kanskje tolket hun våre diskusjoner som usikkerhet? For eksempel brukte vi mye tid foran pasienten med å diskutere om vi kunne bruke tann 27 eller ikke: Her ble det en konflikt mellom våre behov for læring, og pasientens behov for en definert løsning. Vi har forhåpentligvis lært mye om pasientkommunikasjon.

Selv om vi alle var skuffet over utfallet synes vi at denne kliniske situasjon har gitt oss ny lærdom og nye erfaringer.

ger. Det har vært spennende å være med i dette teamet: Vi fikk belyst kasus fra flere vinkler enn vi var oppmerksomme på fantes, og vi har gått gjennom en inspirerende læringskurve.

Takk

Vi takker Tannlaboratoriet i Oslo for utvist velvilje og Astra og Nobel Biocare som var villige til å gi aktuelle komponenter kostnadsfritt.

Forfattere

Tannlegene Tore Johansen, Stovner Tannlegesenter, Stovner Senter 7, 0985 Oslo. tore.jo@frisurf.no

Kaare Mathiesen, OscarsBorr, Oscartsgt. 28b, 0352 Oslo. kaare@legemiddelsteden.no

Marin Miosku, THT Oslo KF ,Tøyen tannklinikk, Kolstadg. 16, 0652 Oslo. marinmi@online.no

Helge Myrhaug, Stovner Tannlegesenter, Stovner Senter 7, 0985 Oslo. hmyrhaug@online.no

Thomas Myrhaug, Stovner Tannlegesenter, Stovner Senter 7, 0985 Oslo. hil-mamy@online.no;

Elin Øyen, Rødbergvn. 18, Tonsenhagen senter, 0591 Oslo. elko@online.no
Spes.protetikk Roar Gommæs Ekebergvn. 237, 1166 Oslo.
roargomn@online.no

Professor Dr.odont Hans Preus, Odontologiklinikkene, Geitmyrsv. 71, 0455 Oslo.
hpreus@odont.uio.no