

Resorpsjoner – fortsatt en fare for traumatiserte tenner

– Permanente tenner har en egen evne til å motstå resorpsjon, sa professor Martin Trope, USA, på årets landsmøte. Et godt eksempel er apikale lesjoner hvor det er benet som i de fleste tilfeller resorberes. Et intakt odontoblastlag forhindrer intern resorpsjon, mens sementlaget virker beskyttende mot ekstern resorpsjon.

De fleste interne resorpsjoner er feildiagnoser for eksterne resorpsjoner. For å få en rotresorpsjon må det være en betennelsesreaksjon samtidig som det beskyttende laget (odontoblast/ement) er ødelagt. Når inflammasjonsstimuli fjernes, går inflammasjonsprosessen over i en tilhelingsfase. Tilheling kan være fordelaktig ved at det dannes ny sement, eller ufordelaktig ved at resorbert tann erstattes med benvev. Det er ikke mulig å påvirke hvilken retning en tilheling skal ta.

Traumatiserte tenner har større risiko for å bli utsatt for resorpsjonsprosesser. Størst risiko løper tenner med intrusjonskader, fulgt av eksartikulasjon, lateral luksasjon, ekstrusjon, subluksasjon og konkusjon. En eksartikulert

tann som replasseres 5–10 min etter skaden, har god sjanse for å tilhele uten resorpsjon. Er tannen ute av alveolen mer enn 45 minutter, vil tannen initiere en inflammasjonsprosess.

Behandling av eksartikulerte tenner

Traumer må behandles så raskt som mulig. Utslåtte tenner som ikke kan replasseres umiddelbart, må oppbevares i overgangsfolden til pasienten eller i melk. Tennene bør rengjøres noe, men rask replassering er viktigere enn omhyggelig rengjøring for et godt sluttresultat. Lag en funksjonell forankring til nabotenner, men unngå at fikseringen retinerer matrester. Kirurgiske buer er ikke å anbefale. Trope anbefalte bruk av tetracycliner dosert over 7–10 dager for å slå ned infeksjon og hemme resorpsjon av tannen. Han antok at det skulle være uproblematisk å gi barn over 7 år tetracycliner. (I Norge tilrådes man å bruke tetracycliner bare unntaksvis og på klare indikasjoner på barn under 12 år.) I tillegg bør man skylle tannen i et kortikosteroidmiddel før replassering, da dette skulle redusere lokal inflammasjon. Systemisk administrert kortikosteroider hadde ingen effekt og er således ikke anbefalt. For

tenner som hadde vært ute av alveolen mer enn én time, ble det i stedet anbefalt å skylle tannen i en fluoridløsning eller i en løsning av emaljematrisproteiner (Emdogain). I sistnevnte tilfelle kunne det være fordelaktig å fjerne periodontalmembranen på tannen med en syre, og fylle alveolen med en løsning av emaljematrisproteiner. Bare rotåpne tenner vil kunne revaskulariseres; andre tenner skal rotfylles 7–10 dager etter traumet. Her skal det benyttes to-trinnsprosedyre.

Oppfølging av lukserte tenner

Vitalitetstesting av pulpa er verdiløst rett etter en luksasjon. Etter hvert er bruk av kulde det beste for å teste vitalitet. Man skal også vente med pulpaterapi inntil man er sikker på at pulpa er nekrotisert. Følg opp med røntgenkontroll med økende lengde på intervallene: ta røntgenbilde på skadedag, i 1., 3., 6., 10., 15., 21. uke osv. Påse at røntgenbildene tas fra samme vinkel hver gang. Lukserte tenner har en tendens til å sklerotisere i pulpa, men er ofte asymptomatiske.

Jon E. Dahl