

# Vad er lege artis inom endodontien?

**D**ette tema skulle våre tre svenske kolleger, klinikchef Thomas Kvist, Göteborg, professor Kerstin Petersson, Malmö, og professor Claes Reit, Göteborg, behandle på landsmøtets første dag. Kvist begrunnet spørsmålene, og Petersson vurderte den vitenskapelige evidens mens Reit var mer filosofisk i sine betraktninger. En «lege artis» behandling betyr å behandle etter kunstens regler. Man kan si det er det samme som å arbeide etter vitenskapelig prinsipper og erkjent erfaring. Et annet krav kan være at behandlingen skal være evidensbasert. Et uavklart spørsmål er hvordan tekniske ferdigheter skal vurderes i henhold til lege artis prinsippet. Slike ferdigheter er oftest ikke nedtegnet eller nedtegnbare. En teoretisk tilnærming kan være å si at man skal benytte praktisk klokhet, dvs. å gjøre det rette ved det rette tidspunktet. Men hva dette innebærer i praksis; det besvarte foredragsholderne ikke.

Behandling av pulpitt i vital pulpa og apikal periodontitt som følge av en nekrotisk pulpa er sentralt innen endodontien. Mikroorganismer spiller en viktig rolle ved utviklingen av pulpitt og apikal periodontitt, og uten mikroorganismer vil en skadet pulpa kunne leges. Hva er så lege artis i denne sammenheng. Foredragsholderne valgte å belyse dette gjennom å diskutere fem spørsmål:

## *Skal man bruke kofferdam?*

Det er ingen studier som har vurdert effekten av kofferdam/ikke kofferdam ved endodonti. Men indirekte er det holdepunkter for at bruk av kofferdam bedrer behandlingsresultatet. Kofferdam anses å være nødvendig for å ivareta en aseptisk behandling. Flere studier har vist at prognosen er bedre om man kan unngå bakterier i rotkanalen; mellom 7 og 18% bedre vellykkethet om dette oppnås. Selv om bruken av kofferdam varierer blant kolleger, og

blant de nordiske landene, er fagmiljøene klare i sin anbefaling om kofferdambruk.

## *Kan man gjøre pulpaoverkapping?*

Eksperimentelle studier har vist at pulpaoverkapping med Ca(OH)<sub>2</sub> blir vellykket i friske tenner. Resinbaserte adhesjonssystemer og kompositt er ikke å anbefale som dekking av en pulpaeksponering. Ved pulpaeksponering i forbindelse med ekskavering av kari- es er prognosen for pulpaoverkapping mindre god, og med tiden blir prognosen dårligere. Eksempelvis 37–85% vellykket etter 5 år og 13–73% etter 10 år. Men den mest kostnadseffektive behandlingen er kanskje ikke den med best prognose. Utrensing og rotfylling er mer kostbart enn pulpaoverkapping, og siden ikke alle tenner hvor det er gjort pulpaoverkapping, får behov for mer omfattende endodonti, kan det ved små perforasjoner være formålstjenlig med pulpaoverkapping, og så vente og se hvordan det går.

## *Hvordan bestemme korrekt rensedybde?*

Diskusjonen gikk på om bruk av elektrisk lokalisering av foramen gav like godt eller bedre resultat enn bruk av røntgenbilde. For å bestemme rensedybden med hjelp av røntgen, må man anvende parallellteknikk. Foredragsholderne var av den oppfatning at bruk av elektriske instrumenter var godt egnet til å bestemme rensedybden, men at man fikk det beste resultatet ved å kombinere begge teknikker.

## *Kan en tann renses og rotfylles i samme seanse?*

Dersom tannen har en ikke-infisert, vital pulpa, eventuelt med pulpitt, så bør tannen renses og rotfylles i samme seanse. Det er bare noen få og små kliniske studier som har vurdert dette for tenner med nekrotisk pulpa, og her



Malmöprofessor Kerstin Petersson flankert av Göteborgskolleger, klinikchef Thomas Kvist (t.v) og professor Claes Reit, etter et vellykket og interessant symposium.

finner man ingen forskjell i prognosen om tannen er behandlet i én eller to seanser. Denne konklusjonen trekkes i de tilfeller der pulpahulrommet er rensset og blitt bakteriefritt. Gjenværende bakterier i pulpa reduserer sjansen for at behandlingen skal bli vellykket. Som fordel ved å benytte én seanse ble nevnt:

- ikke behov for å huske karakteristika til hjelp for innførselsretning, karakteristika for renselendebestemmelse osv.
- slipper provisorier som kan være tidskrevende å lage skikkelig
- ingen kontaminering av kanalen mellom behandlinger
- redusert total klinikketid og pasienten slipper å komme tilbake.

Som ulempe ved en seanse ble anført

- ikke mulig med langvarig medikamentell behandling (mellom seansene)
- lang behandlingsseanse (både tannlege og pasient kan bli trette).

Det ble påpekt at bakteriefri kanal var en viktig forutsetning for et godt resultat. Studier har vist at 5% jod-jodkalium skylling i en seanse gav like godt resultat som innlegg med  $\text{Ca(OH)}_2$  mellom to seanser. Referenten vil påpeke at jod-jodkalium skylling vil kunne redusere bindingen til metakrylatbaserte rotfyllingssystemer. Det er også viktig å merke seg at de publiserte erfaringen fra en seansers behandlinger kommer fra spesialist-tannklinikker, og at resultater fra allmennpraksis kanskje ville falle ut noe forskjellig.

*Skal man vente å se om tannen tilheler før annen behandling påbegynnes?*

Dette fikk vi ikke noe helt klart svar på, og det er det vel heller ikke mulig å gi. Omfanget på den videre behandlingen og den rotfylte tannens rolle

i dette må tas med i vurderingen. Er den rotfylte tannen siste pilar i en stor bro eller skal det settes ned en stift, kan man kanskje se utviklingen litt an. Med ett var sikkert, kvaliteten på restaureringen som dekker den rotfylte tannen, er av stor betydning for om den endodontiske behandlingen skal bli vellykket. Provisoriske restaureringen blir sjelden tette, og således er det et argument for å restaurere tannen permanent så raskt som mulig. Første tegn på tilheling kommer først etter tre måneder og etter ett år synes det sikkert om prosessen tilheler eller ikke.

*Tekst og foto: Jon E. Dahl*