

Åpne kanaler?

Galteland og medarbeidere presenterte i Tidende nr. 4 i år et dramatisk kasus der en nekrotiserende fasciitt med opphav i en periapikal abscess førte til en livstruende tilstand og senere et stort sequele. Dag Ørstavik uttrykker i et innlegg i Tidende nr. 11 en viss bekymring over at mange kolleger etter å ha lest nevnte presentasjon nå lar rotkanalene stå åpne mellom seansene for å unngå slike komplikasjoner. Han poengterer at en åpen rotkanal kan bidra til å slippe aggressive bakterier inn i vevet, og forfekter tett toppfylling i «praktisk talt alle kasus».

Nekrotiserende fasciitt er å anse som en sjelden tilstand. Haukeland universitetssykehus behandler mellom ti og tjue tilfeller på årsbasis. Av disse er det svært få som har odontogent utgangspunkt, selv om det av og til forekommer, også hos i utgangspunktet helt friske personer.

Ørstavik advarer i sitt innlegg mot å fravike veletablerte behandlingsrutiner på grunn av et ekstremtilfelle. Sett i forhold til det store antall endodontiske infeksjoner norske tannleger behandler daglig og med godt resultat slutter vi oss fullt og helt til dette. I de tilfeller det foreligger en abscess, noe som klart er tilfelle ved pussflod ut av kanalen, finnes det imidlertid allmenngyldige infeksjonsmedisinske prinsipper som tilsier at puss *skal* evakueres hvis mulig, og puss skal *følgelig aldri* stenges inne. Når puss evakuerer er diskusjonen om at evakueringsveien, det være seg rotkanaler, fistler eller incisjoner, også kan være en inngangsport for mikrober irrelevant. (Når pussfloden er stanset kan dette være et moment.) Dersom man legger en tett toppfylling over en pussfylt kanal eller ved en periapikal abscess bør man i så fall sørge for at pusset kan evakuere en annen vei, for eksempel gjennom en incisjon med dren (Figur 1).



34 år gammel tidligere fullt frisk mann med stor bløtvevsabscess utgående fra tann 36. Evakuering av puss på en eller annen måte er eneste mulighet for å få kontroll over en slik infeksjon (innfelt). Antibiotika er et uvurderlig hjelpemiddel, men er alene ikke kurativt (1).

Referanse

1. Ellison SJ. The role of phenoxymethylpenicillin, amoxicillin, metronidazole and clindamycin in the management of acute dentoalveolar abscesses – a review. *Br Dent J.* 2009; 206: 357–62.

Sigbjørn Løes
og Ketil Moen

Obligatorisk etterutdanning – en hastesak?

I 2004 vedtok representantskapet retningslinjer for etterutdanning. Anbefalingen var at NTFs medlemmer bør delta i 150 kurstimer i løpet av en femårsperiode. En lang prosess lå forut for vedtaket, og slik jeg har forstått det, var dette en myk tilnærming til obligatorisk etterutdanning.

Allerede tre år senere, da arbeidsprogrammet for 2008–09 ble vedtatt, kom det imidlertid inn et punkt om å «vurdere obligatorisk etterutdanning for tannlegene». Hovedstyret har fulgt opp ved å legge frem et forslag for årets representantskap. Saksfremlegget er kortfattet, men forslaget er desto mer «revolusjonerende» i og med at det går ut på at «NTF vil innføre obligatorisk etterutdanning for sine medlemmer». Det tilføyes riktignok at konsekvensene av det prinsipielle vedtaket skal utredes og legges frem for representantskapet om to år.

Hvorfor haster det slik? Ville det ikke være fornuftig å utrede *før* man fatter et prinsipielt

vedtak? TSE har vært i funksjon siden 2000, og våren 2009 hadde 3 300 deltakere gjennomført TSE-kurs. Mange har deltatt i flere moduler, så vi vet ikke hvor mange tannleger det dreier seg om. Retningslinjene har vært gjeldende i fem år – ville det ikke være interessant å vite hvordan denne anbefalingen har fungert for man eventuelt vedtar et obligatorium? En etterutdanningsundersøkelse blant medlemmene ble foretatt i 2000, altså før TSE og retningslinjene ble innført. Hva med å foreta en ny kartlegging i 2010?

Det står i saksfremlegget at fagnemnda har diskutert obligatorisk etterutdanning og «mener at tiden er moden for å konsekvensutrede modeller med henblikk på iverksetting i nær fremtid». Hvorfor er tiden moden nå? Uansett må det være bedre å utrede konsekvensene før man gjør et prinsippvedtak.

Reidun Stenvik