

Endodontisk nødhavn med komplikasjoner – en fiksjon

Av tannlege Sverre Aukland

Jeg er velsignet med en liten privat praksis i en idyllisk sørlandsby. Fra kontorvinduet kan jeg hele sommeren nyte seilbåtene som sakte glir inn på indre havn. De smekre seilbåtskrogene glitrer om kapp med krusningene rundt baugbølgen. Dreggen kastes, det fortøyes forut og fendere legges ut. Det er en egen ro og verdighet over seilerne sammenlignet med de mer motoriserte av havets omreisende.

Innimellom kommer noen av disse sjøfarende innom kontoret med et odontologisk havari. En PG-krone som har løsnet under krabbeklo-spising, eller et rekeskall som har kilt seg subgingivalt i underkjevens front. En dag kom en seiler innom og sa:

– Tannhalsen på 23 tåler ikke mer enn 10 knops vind før den iser! Slikt kan man søke nødhavn for i en doven sommeridyll som Risør.

Sist tirsdag skjedde det imidlertid noe som jeg sent vil glemme – noe som etterlot en infraksjon i min odontologiske selvfølelse.

Pasienter med akutt pulpitt er velkjente i enhver tannlegepraksis. Tilstanden er fryktet for sin evne til å skape kaos selv i en velordnet timebok, men samtidig er den en av de mest takknemlige behandlingsoppgaver. Pulpittpasienten opplever ofte en umiddelbar og total lindring ved korrekt diagnose og etterfølgende terapi. Dette er behandlingsseanser som gjør livet verdt å leve. Man tenker:

– Nei, det er ikke bare kosmetisk tannpleie på verdens rike minoritet jeg lever av, jeg driver også «livreddende» smertelindring.

Dagen startet som vanlig med revi-

sjon av gamle amalgamfyllinger med sekundærkaries; kariesfrie, unge recall-pasienter, depurasjon og rotplanning. Med andre ord; en helt vanlig dag. Kontordamen stikker hodet inn og sier:

– Jeg har satt opp en svensk turist med tannverk i «lunsjtimen». Forsatt en helt vanlig dag.

TIRSDAG KL.1200 LUNSJTID • Den svenske turisten var en kortvokst, men sterk mann, med Erik Damman-skjegg og ditto preg av hav og sol. Og ganske riktig, han var på seiltur med sin Vindø 50. På vei fra Nevlunghavn i retning Skagen fikk han tannverk. Han hadde seilt hele natten og var sliten og hadde det VONDT!

I journalen skriver jeg: Mann, svensk, 57 år. Generell anamnese var upåfallende. Navn: Gøran Koch. Pasienten har i noen tid hatt ubehag i venstre side av munnen, noe som har gjort at han automatisk har foretrukket å spise på høyre side. Ellers har dette ikke plaget ham. Smertene er nå mindre enn i natt. De er diffuse og vanskelig å lokalisere. Pasienten virker sliten og preget av nattens seilas. Ingen patologi på røntgenbildets venstre side. Ved elektrisk pulpatest reagerer alle tennene i over- og underkjeven. Ingen tenner er perkusjonsømme.

Ved klinisk undersøkelse finner jeg et velsanert tannsett. En liten fraktur av OD-amalgamfylling i 37 gir en liten spalte mellom tann og fylling.

Jeg forklarer først pasienten, at dette er det eneste «gale» som finnes, og han protesterer ikke.

Fyllingen fjernes. Jeg konstaterer en infaktur under distobuccale cusp.

Infraksjonsspalten dekkes med Dycal og en ny OD med cuspedekke over distobuccale cusp legges.

– God tur til Skagen!

TIRSDAG KL.14.30 • Pasienten står nok en gang i resepsjonen.

– Jæklar, det gjør ondt! klager han. Han smettes inn mellom to pasienter.

– Det måste være non ting pulpalt!, sier han. Jeg stusser over ordvalget, men iler videre. Pasienter som venter på venteværelset er det mest stressende jeg vet.

Symptomene er nå like ille som i natt. Han peker på 35 denne gangen.

– Den ær det! sier han bestemt.

Røntgen viser ingen patologi, men en dyp MOD i 35. Ingen tenner er perkusjonsømme. Jeg har ingen sikker diagnose eller lokalisering. Vi får vel se det an til i morgen, foreslår jeg. Da vil nok lokaliseringen være sikrere.

– Ikke tale om. Her må det gjøres noe straks. Hvilken tannlegeskole hadde jeg gått på?

Jeg føler meg med ett litt usikker.

Tankene gikk tilbake til Universitetet i Bergen og endoseminarer i diagnostikk. Hadde jeg glemt noe? Ja, noe viktig altså?

Jeg setter 1,8 ml Xylocain med adrenalin ved foramen mentale. Etter to minutter angir pasienten symptomlindring. Bedre til mote fjerner jeg MODen i 35. Ingen perforasjon. Jeg åpner til en tilsynelatende normal og blødende pulpa. Vel, pasienten har ikke vondt av det han ikke vet.

– Dette skal gå fort og greit, sier jeg med så mye selvsikkerhet jeg klarer å legge i stemmen. Bak kofferdamen er det vanskelig for ham å gjøre annet



Seilas med Vindö.

enn å grynte. Men det er ikke vanskelig å se at han er tydelig lettet over å være smertefri og over at noe blir gjort. Jeg renser kanalen etter standardisert metode, irrigerer med Dakins væske og legger inn Ca(OH)₂. Cavit som midlertidig fylling, kofferdammen av. Mannen er tydelig lettet.

– Var den vital? (Mannen må jo være tannlege! Gøran Koch; det lyder så kjent! Hva sier man til en kollega når man har ekstirperert en vital pulpa på hans 35?)

– Ja, den virket normal, sier jeg noe forsiktig.

Nok en gang ønsker jeg ham god tur til Skagen.

TIRSDAG KL.17.45 • Telefonen ringer hjemme. En etter hvert kjent svensk stemme forteller om store smerter. Kan jeg gjøre noe?

På kontoret kl.17.50 konstateres det at smertene nå kommer fra venstre overkjeve. Nye røntgenbilder avslører ikke patologi. Alle tennene i 2. kvadrant reagerer normalt på elektrisk pulpatest (akkurat som de gjorde kl. 12.00) Ingen er spesielt perkusjonsømmel, men pasienten klager over at hele siden er øm.

AHA! Sinusitis maxillaris! Min faglige selvfølelse stiger.

Jeg kjører stolen helt ned i liggende stilling. Forverring?

Pasienten får beskjed om å bøye hodet fort ned mellom knærne fra sittende stilling. Forverring? Nei. Håpet brast!

Røntgenbildene burde kanskje gi en pekepinn dersom diagnosen var Sinusitis maxillaris. Noe unilateralt, purulent utflod fra venstre nesebor var heller ikke fremkommet i anamnesen.

Jeg griper lommedybdemåleren. Marginal periodontitt? Kunne det være en mulighet? Nøye sondering gir intet resultat. Under arbeidet med lommedybdemåleren treffer luftpistolen 26 palatinalt, i blottet dentin mellom morrison-krone og gingiva: pasienten «letter» fra stolen. En serie med svenske banneord fyller det lille behandlingsrommet. Jeg krymper meg – og ser tydelig hvordan tilliten, som er helt nødvendig mellom tannlege og pasient, er i ferd med å fordufte.

– 26 er svært ømfientlig for kald luft mot blottlagt rotoverflate palatinalt, sier jeg med tvungen følelsesløs saktelighet. Jeg gjør ingen andre funn. Pasienten selv etterlater ingen tvil om hva han mener. Han forklarer i sakte tempo og uttaler hvert ord v-e-l-d-i-g t-y-d-e-l-i-g; at han er tannlege og at han rotfylte tenner mens jeg enda gikk

i sandaler til barnehagen, og at han, frem til nå, hadde hatt en viss faglig tillit til meg, og at dersom denne skulle opprettholdes måtte pulpa på 26 ekstriperes omgående, under en høy-tuber anestesi! Smerte kan få de hyggeligste mennesker til å vise nye sider!

Jeg holder på at vi IKKE har en sikker diagnose, men han insisterer på behandling.

– Jeg tar selv ansvaret, sier han. Jeg forlater ikke kontoret før 26 er ekstripert!

Jeg føler meg elendig. Min faglige selvfølelse kan på dette tidspunktet brukes til å nullstille skalaen. Jeg trenger hjelp.

– La meg se på røntgenbildet forlanger han. Mens han bøyer seg over røntgenbetrakteren med kikkerten, får jeg igjen følelsen av å ha sett denne mannen før! Som kursgiver?

Jeg avslår:

– Jeg renser ikke flere rotkanaler uten sikker diagnose, sier jeg bestemt. Demonstrativt slukker jeg operasjonslampen, hanskene vrenses av, munnbindet fjernes, og den skipbrudne tannlegen reiser seg motvillig fra stolen.

Han meddeler kort at seilturen er «forskjuten», han seiler ikke før denne historien er over.

Jeg rusler hjemover til kalde kjøttkaker, motløs og tung til sinns.

Jeg trenger endodontisk krisepsyki-

atrisk hjelp. En tanke slår ned, et lysglimt av håp. Min gamle endoprofessor – den urokkelige kilde av endodontisk visdom. Han er hjemme og han lytter. Hvilke andre differensialdiagnostiske overveielser står igjen? Sinusitis maxillaris, apikal periodontitt, marginal periodontitt og occlusalt traume er «sjekket ut». Psykogene smerter? Nei, dette var for spesifikt venstre side og dentalt. Trigeminius nevralfgi? Nepe, her var ingen «plutselige anfall av lynende, voldsomme smerter lokalisert til en av trigeminusgrenene».

– Nei, den erfarne klinikerer trøster;

– Dette er nok pulpa som har slått seg vrang, men i hvilken tann? Gå tilbake i anamnese. Hvor var det smerten debuterte? Be pasienten konsentrere seg om å finne hvilket sted smertene første gang dukket opp. Dette kan ofte være en god pekepinn.

Anamnesen var for dårlig! Jeg hadde glemt å eksaminere nøye nok om pasientens første symptomer!

Jeg glemmer å nevne pasientens navn.

ONSDAG MORGEN KL.07.30 • Pasienten ringer til kontoret. (Skal dette ingen ende ta?) Han har hatt fryktelig tannpine i natt. Legevakten som ble tilkalt hadde gitt ham Paralgin Forte, som allikevel ikke hadde gjort søvn mulig.

Pasienten er askegrå, dratt i ansiktet og har nesten noe apatisk over seg.

(Han virker så kjent denne mannen! Kan jeg ha sett ham på kurs på Riksstämman i Stockholm?) Er du fra Stockholm, smetter jeg inn?

– Nei, Jönköping, sier han mutt.

25 er nå svært perkusjonsømt! Elektrisk pulpatest: avital!! Blottet for enhver motforestilling griper jeg turbinen, men blir stanset.

– Hva med anestesi? Nei, tentativ diagnose er pulpapød og akutt apikal periodontitt 25. Ganske riktig. Avital pulpa. Jeg rotbehandler etter standardisert teknikk.

Han føler seg lettere straks. Vi kvikner til begge to. Jeg kan se ham i øynene og si: 25 var avital. (Jeg tenker tilbake med takknemlighet på min besluttsomhet vedrørende 26.)

– Når jeg tenker meg om, sier han, så var det i den tannverken startet! (NÅ sier han det! Svensker!)

Vi blir enige om kontroll neste dag, klok av skade.

TORS DAG KL. 08.45 • Han stiller brunbarket og spenstig i dongeri-bermudashorts struttende av glede over tilværelsen som om ikke de to siste dagene hadde skjedd! Som om ikke en endofil hadde krysser hans vei!

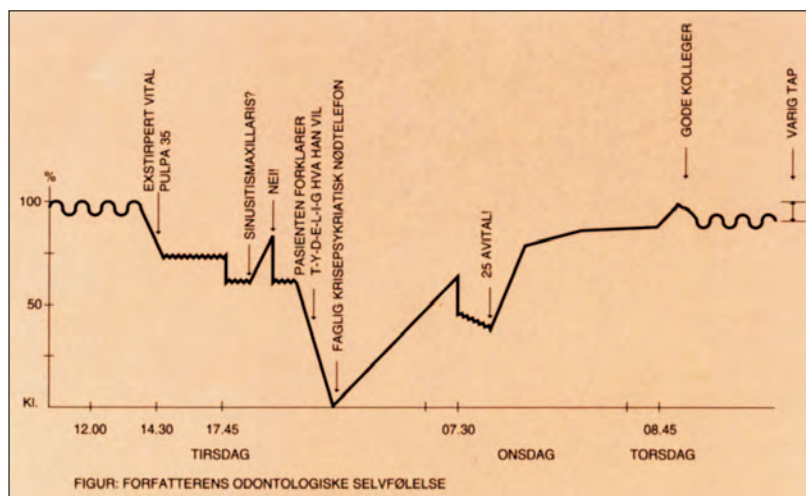
Det blir en ladet avskjed. Han rister min hånd lenge. De siste par dagers hendelser hadde brakt oss sammen som skulle vi ha krysset Skagerrak sammen i full storm – og nådd Skagen havn med spjæret forseil, men med liv og lemmer i behold.

Og slik var det jo også på et vis. En endodontisk seilas i brottsjø av «referred pain» og vindrokker av pulpittsmerter. Men det finnes ingen satellittnavigator innenfor vårt fag. (Kan hende det var en idé? Å sende profesorene Tronstad og Molven opp i en stasjonær bane i stratosfæren?)

Han takker og ønsker «hjärtlig velkommen til FDI-kongressen i Göteborg.

– Jag skal være der, sier han.

Han insisterer på å betale, noe jeg selvfølgelig avslår. Sånn skal det være mellom kolleger.



Og for første gang siden tirsdag kl. 12 var det igjen godt å være tannlege.

Referanser og inspirasjon:

1) Gammelgaard, Lars. Akut pulpitis – vanskelig tilfælde i praksis. Tandlægebladet 84(20): 694–7, 1980

2) Kølsen Petersen, Jens. Kommentarer til Gammelgaards pulpitis-tilfælde. Tandlægebladet 84(20)694–7, 1980.

(Første gang publisert i Colgates magasin Tannhelse 1993.)



Hvem er Gøran Koch?

Professor Gøran Koch har vært redaktør for et stort antall lærebøker og har selv skrevet adskillige kapitler i disse bøkene. Han har publisert over 200 vitenskaplige artikler og forelest over hele verden.

Professor Koch har vært ordførande (president) i Svenska Pedodonti-Sällskapet og i European Academy of Paediatric Dentistry. I seks år var han

ordförande (president) i Sveriges Tandläkarförbund og i 17 år for Svenska Tandläkare-Sällskapet. Koch har vært redaktør for The Swedish Dental Journal i over 35 år, og han er fortsatt knyttet til Odontologiska Institutionen i Jönköping på deltid.