

# Tanntraumer er mangfoldige

Den ene langsesjonen på lørdag formiddag handlet om tanntraumer i alle avskygninger. Tre kursgivere fra Universitetet i Bergen, Marit Midtbø, Asgeir Bårdsen og Torgils Læg Reid, hadde en tverrfaglig tilnærming til temaet. Presentasjonene var basert på mange og varierte kasus, der publikum deltok med mentometeravstemming om beslutninger og prosedyrer.

**T**annskader av ulik alvorlighetsgrad er vanlige blant barn og unge, første leveår og første skoleår er kritiske tidspunkter. Sentralene i over-

kjeven er hyppigst affisert, og spesielt utsatt er personer med stort horisontalt overbitt. Opp mot 20 prosent i den aktuelle aldersgruppen har vært utsatt for en eller annen tanntraume.

## Klassifikasjon av tanntraumer

Innledningsvis ble det gitt en klassifikasjon av tanntraumer med henvisning til nettstedet [www.dentaltraumaguide.org](http://www.dentaltraumaguide.org). Milde skader er skader som lett lar seg håndtere, slik som kronefrakturer, med eller uten pulpaeksponering, mens subluktasjon og ekstrusjon er mer krevende. Ved mer omfattende traumer ser man gjerne flere skadetyper samtidig.

## Skader i melketannsettet

Ved skader i melketannsettet er sensfølgene for de permanente tennene mest kritisk. Det kan oppstå skade på follikkelen, mineraliseringsforstyrrelser, morfologiske endringer og transposisjon av permanent tann og mulige erupsjonsproblemer. Går den permanente tannen tapt, er resultatet tap av kjevemkam som kan vanskeliggjøre fremtidige restaureringer. Endret frembruddsmønstre kan være en følgetilstand etter tannskader i primære tannsett. Her er det viktig å følge med på forventet frembruddstid, rekkefølgen i tannfrembruddet og at frembrudd skjer symmetrisk. Mer enn fire måneders forskjell på kontralateral tann bør indikere behov for røntgenundersøkelse.

## Tannfrakturer

Ved kronefraktur i det permanente tannsettet skal man se etter frakturfragmentet – det kan være i bløtvevet. Man kan gjerne lime på fragmentet for senere å gjøre mer permanent behandling, ofte etter mange år. Ved pulpaeksponering må man vurdere partiell eller fullstendig pulpektomi. Sikker vitalitet er nødvendig dersom man ønsker å bevare deler av pulpa. De nyere silikat-baserte produktene, for eksempel Biodentine og TotalFill, egnet til å dekke pulpa, deretter limes fragmentet på eller det legges en fylling. Kofferdam er nødvendig, men klammer bør ikke settes på en traumatann.

Ved mistanke om rotfraktur er det ofte nødvendig med flere røntgenopptak fra ulike vinkler for å friprojisere frakturen, eventuelt CBCT (Cone beam computed tomography). Tannen settes tilbake i posisjon og fikseres i fire uker. Sublukterte tenner reponeres og fikseres i syv til ti dager med avlastning i bittet. Klorheksidinskylling



Fra venstre: Asgeir Bårdsen, Marit Midtbø og Torgils Læg Reid snakket om de mange aspektene ved tanntraumer. Via mentometer-avstemming ble også publikums vurdering tatt inn i presentasjonene. Foto: Nils Roar Gjerdet.

anbefales. Ved intrusjon av rotlukkede tenner avventes spontan erupsjon, og tannen rotfylles etter et til tre uker. Ved alvorlig intrusjon kan kjeveortopedisk eller kirurgisk ekstrusjon være indisert.

Pulpa i traumetenner kan oblitireres som i utgangspunktet er et positivt tegn på en vital pulpa. Oblitirerte tenner skal ikke rotfylles profylaktisk, men det er viktig å merke seg at pulpavevet er svakt og ikke alltid tåler omfattende terapi, heller ikke omfattende kjeveortopedisk behandling.

### Helt utslåtte tenner

Eksartikulerte tenner bør snarest mulig replaseres. I mellomtiden kan de oppbevares i saliva (i munnen) eller melk. Eventuell rengjøring av tannen overlates til tannlegen. Ved replasering skal alveol og område rengjøres, tannen skylles forsiktig i saltvann og plasseres i alveolen, eventuelt med tetanusprofy-

lakse og antibiotikabehandling. Kontroller plassering og det fikseres i to uker. Det er som regel behov for rotbehandling, som initieres etter syv til ti dager. Utslåtte tenner som er oppbevart tørt eller i annet medium enn saliva og melk i mer enn 60 minutter bør ikke replaseres, og pasienten henvises til kjeveortoped.

### Erstatningsresorpsjon – Ankylose

Ved all traumeterapi må man ha fremtidige løsninger i tankene ved første behandling. Ser man at implantatbehandling vil bli aktuelt i fremtiden, er det viktig å beholde tannen lengst mulig for å unngå tap av kjeveben. Det ble flere ganger understreket at tap av ben er kritisk, og vertikal bendimensjon er vanskelig, kanskje umulig å gjenvinne. Samtidig skal man være oppmerksom på erstatningsresorpsjon og ankylose som medfører at den ankyloserte tan-

nen og benet rundt ikke følger med i pasientens videre kjevevekst. Ved mistanke om ankylose skal det gjøres en kjeveortopedisk vurdering.

### Må tenke langsiktig

Alvorligere tannskader hos barn og unge krever vurdering med langt tidsperspektiv. Disloserte tenner kan reguleres på plass, mens tenner med erstatningsresorpsjon og ankylose som kommer i infraokklusjon kan ikke reguleres kjeveortopedisk og kan ødelegge muligheten for senere erstatninger. Hos slike pasienter kan autotransplantasjon være en mulighet, noe som alltid krever restorativ behandling for å tilpasse estetiske forhold.

*Nils Roar Gjerdet og  
Jon E. Dahl*