

Tannslitasje – årsaker og protetisk rehabilitering

Overtannlege og spesialist i oral protetik, Simon Dahlgren fra Linköping, delte erfaringer fra klinikk og foreleste om årsaksforhold og ulike aspekter ved behandling av pasienter med tannslitasje.

Dahlgren viser til viktigheten av å utrede årsakene til tap av tannsubstans før man starter en rehabilitering av tannsettet. Slitasjen av tennene kan være forårsaket av et surt miljø i munnhulen (erosjon) der bakenforliggende kilder kan være sure oppstøt/silent reflux/GERD, spiseforstyrrelser, og syre i mat og drikke. Slitasjen kan oppstå med en svekket tannsubstans (amelogenesis imperfecta og dentinogenesis imperfecta), eller være grunnet tyggefunksjon/bittforhold og parafunksjoner (attrisjon). Abrasjon er også en årsak til slitasje der friksjon mot fremmedlegeme gir tap av tannsubstans. Geografiske forhold og arbeidsmiljø kan også spille en rolle, nevner Dahlgren.

Foreleseren refererer til Johansson et al. (2008, J Oral Rehab) og slår fast at



Overtannlege og spesialist i oral protetik, Simon Dahlgren, ga en innføring i behandlingsprinsipper ved tannslitasje. Foto: Kristin Aksnes.

det ikke finnes vitenskapelig litteratur som gir evidens for protetisk rehabilitering forårsaket av tannslitasje. Kliniske kasus ble brukt for å illustrere kompen-

satorisk vekst av alveolarkammen/eksostoser, ustabile bitt med kombinasjon av parafunksjoner og erosjoner (short dental arch) og kasus med store behov for økning av vertikal bitthøyde. I møte med slike kasus i klinikken er Dahlgrens råd å stille spørsmålene «Hva er behandlingsmålet?», «Hva skal vi velge av behandlingsalternativer?» og «Hva er prognosen for det valgte behandlingsalternativet?».

Dahlgren anbefaler følgende behandlingsprinsipper; korrigerer bittplan med kompositt, arbeid tett med teknikker og bruk tenikkerfremstilte temporære broer ved behov, ved bimaxillær behandling bør den ene kjeven ferdigstilles før antagoniserende kjeve følges opp, fremstill single kroner og korte broer i rehabiliteringen (så små enheter som mulig), 2 mm økning av vertikal bitthøyde kan aksepteres, vurder kompensatorisk vekst av alveolarkammen, og fremstill bittskinne ved behov.

Jørn A. Aas