

NTFs landsmøte 2020:

Hva er problemet med protetik på endotenner?

 JØRN AAS

Spesialist i endodonti Thomas Myrhaug og spesialist i oral protetik Hans Jacob Rønold ga en systematisk gjennomgang av faglige vurderinger som inngår før valg av protetiske løsninger på endodontisk behandlede tenner.

Rønold understreker viktigheten med en god behandlingsplanlegging. Vi kan dele opp planleggingen i ulike faser, hvor vi starter med å samle informasjon om pasienten. På dette stadiet inngår også smertelindring hvis det er behov for det. Videre trenger pasienten god informasjon om den aktuelle behandlingen og de ulike behandlingsalternativene. Neste steg vil være å eliminere patologi og fjerne tapte tenner i tannsettet. Rønold dreier nå fokus inn på aktuelle pilartenner. Her er det en rekke faktorer som må vurderes før oppstart av behandling: Vitalitet på tennene, mengde tannsubstans, posisjon i tannbuen, okklusjon/artikulasjon, antall tenner i tannbuen, lengde på aktuelle tenner/røtter, bennivå, koronal forsegling, eventuell revisjon av tidligere endodontisk behandling, periodontale lommer, og frakturer i tenner. Disse nevnte faktorene påvirker prognosen for tannen. Hvis vi ønsker å inkludere tenner uten vitalitet, vil overkonstruksjonen være helt avhengig av en god endodontisk behandling av roten.

Thomas Myrhaug tar over og går i dybden på endodontisk prognose. Prognosen er avhengig av periapikal diagnose, morfologi, aseptikk, renselengde, skyllemidler, størrelsen på avsluttende diameter på fil, og pasientens

generelle helse som kan ha betydning for tilheling av ben. Prognosen på behandling ved primær og revisjonsbehandling uten apikal periodontitt har god prognose. Ved apikal periodontitt faller prognosen på vellykkethet både for primær- og revisjonsbehandling. Epidemiologiske studier (Eriksen et al) viser at 40 prosent av rotfylte tenner har apikal periodontitt. Her har vi en jobb å gjøre, maner Myrhaug, før han bruker kliniske studier til å konkludere med at toppkonstruksjonen er helt avgjørende for prognosen på rotfylte tenner.

Når må vi revidere endodontisk behandlede tenner? Myrhaug nevner apikal radiolucens på røntgenbilder forenlig med apikal periodontitt, karies til guttaperka, eksponert guttaperka, og dårlig eller usikker gammel endodontisk behandling. Her oppfordres det til revisjon før etablering av apikal periodontitt hvis mulig. Husk å forsegle med IRM-plugger i kanalinnngangene når du avslutter endodontisk behandling!

Hvor ofte forårsaker protetiske arbeider endodontisk behandling på pilartenner? Rønold viser til flere kliniske studier hvor resultatene spriker. En av studiene legger vekt på hvilken sykdoms- og behandlingshistorikk tannen har før fremstillingen av protetiske arbeider starter. Pilartenner som er vitale uten tidligere restaureringer kommer naturligvis godt ut av det.

Med protetisk løsning på plass kan endodontisk behandling by på ulike utfordringer. Tilgjengeligheten til

pulpakavum og kanalinnngangene bør begrenses for å spare på koronal tannsubstans. Konstruksjonen blir svekket med endodontisk behandling, men her gjelder det å være skånsom for å begrense skader på pilartannen og toppkonstruksjonen. Nye og egnede bor, høy hastighet og vannavkjøling er anbefalt for å redusere skade på porselen. Myrhaug har plukket ut noen store kliniske studier som viser at endodontisk behandlede tenner har lavere overlevelse enn vitale tenner.

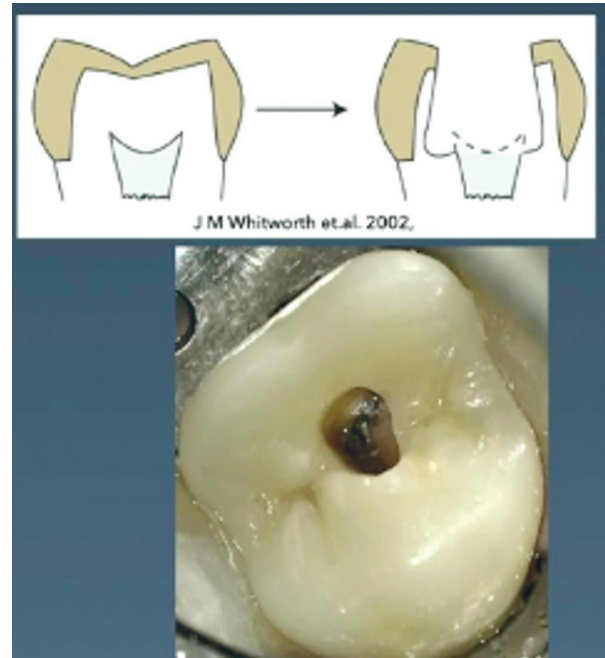
Rønold kommer videre med noen gode råd i forbindelse med ekstensjonsbroer. Siste pilar før ekstensjonsledd må ha vitalitet. Tenk bittkrefter og plasser ekstensjonsledd så langt frem i tannbuen som mulig.

Stift eller ikke?

Det avgjørende spørsmålet er om vi kan få tilstrekkelig retensjon med gjenværende tannsubstans. Alternativt kan vi utføre kroneforlenging eller ekstrusjon av roten for å oppnå dette. Preparering av ferrulebånd er essensielt og gir en gunstig kraftoverføring fra okklusjonskreftene ned til ferrulebåndet. Ferrulebåndet har en avgjørende effekt, det har ikke en stiftkonus. Ferrulebåndet rundt tannen bør ha 2 mm høyde i tannsubstans, noe som øker retensjonsformen. Konvergensvinkelen tilstrebes så liten som mulig. Indikasjoner for stiftkonus vurderes ut ifra gjenværende tannsubstans og antall vertikale vegger på tannen. Ved lite gjenværende tannsubstans og ingen vertikale vegger er det behov for økt retensjon. Stiftens hovedoppgave er å retinere konusen. Konusen gir tannen økt motstandskraft. Stiftkonus bør kun brukes der det ikke finnes andre muligheter for retensjon. Ved valg av type stiftkonuser lener Rønold seg til fakultetet i Oslo sine anbefalinger. Ved to gjenværende solide kavitetsvegger velges en prefabrikkert fiberstift. Ved en eller ingen kavitetsvegger anbefales en støpt individuell stiftkonus.

Myrhaug går videre og påpeker at endodontistene kan være behjelpelige med å forberede rotkanalen til stiftkonus hvis dette fremgår av henvisningen. Sterk oppfordring om å beskrive hvilken toppkonstruksjon som er tiltenkt tannen i henvisningen. Ulike sealere har ulik herdetid og dette er avgjørende for når man kan starte prepareringen for en stiftkonus.

Avslutningsvis slår Rønold et slag for endokroner. Endokroner har god prognose på molarer. Med endokroner utnytter man arealet i kavum for retensjon, men husk også her betydningen av ferrulebåndet.



Figur 1. Endodontisk behandling gjennom krone.



Figur 2. Endokrone.