



Det er trolig bare under NTFs landsmøte at det kan samles så mye solid og variert spesialkompetanse på ett brett. Fra venstre: Ole Iden (endodonti, TkVest og TkMidt), Anja Nilsen Nyland (oral kirurgi og oral medisin, UiB og Haukeland universitetssjukehus), Ida Haukåen Stødle (periodonti, UiO), Margareth Kristensen Ottersen (kjeve- og ansiktsradiologi, UiO), Ragnar Bjerling (kjeveortopedi, privat praksis og LKG Rikshospitalet), Trine Bjelke-Holtermann (oral protetik, privat praksis Kjeller), Sonja Yr Løken (pedodonti, UiO og TkRogaland).

Bred spesialistkunnskap på rekke og rad

De ulike odontologiske spesialistforeningene forvalter mye spesialkunnskap og erfaring. Representanter for syv spesialiteter ga innblikk i et bredt utvalg av problemstillinger innen de respektive fagfeltene.

 NILS ROAR GJERDET

CBCT i endodontisk sammenheng

Hovedtemaet til Ole Iden var bruk av CBCT (cone beam computerized tomography) som kan være nyttig innen mange endodontiske problemstillinger, blant annet der det er overprojeksjoner av strukturer.

Iden viste mange kaseeksempler på kliniske situasjoner, slik som rotresorpsjoner og sementpåleiringer, vanskelig rotanatomi, dentikler og dens invaginatus. Dessuten ble det vist relasjon til retinerte tenner, til mandibularkanal og foramen mentale eller bihule. Det ble vist et tilfelle av antatt lengestående kjeveosteomyelitt der det fremkom benfragmenter på CBCT. Det var nødvendig med narkosebehandling der oralkirurgen skrapte ut og endodontisten rotspissamputerte slik at det etterhvert blir grunnlag for tannrestaurering.

CBCT er ikke alltid entydig eller nødvendig og den radiologiske informasjonen må uansett sammenholdes med kliniske funn som beslutningsgrunnlag for behandlingsopplegg.

Osteomyelitt i underkjeven hos barn

Osteomyelitter er utfordrende, ikke bare klinisk, men også fordi det er brukt mange begreper, fortalte Anja Nilsen Nyland, spesialistkandidat i oral kirurgi og oral medisin. Grovt sett kan det være bakteriell og ikke-bakteriell (ideopatisk) osteomyelitt. Det ble advart mot å forholde seg til gammel litteratur og terminologi fordi mye har endret seg de siste årene.

Akutte infeksjøs osteomyelitter har kliniske tegn som smerter, hevelse, puss og ofte fistler. Hvis de har vart i mer enn fire uker betegnes det sekundær kronisk osteomyelitt, kanskje kan det nå observeres røntgenforandringer.

De ikke-infeksjøs versjonene, uten puss, er sjeldnere. De er vanskelige å diagnostisere, og det er ikke spesifikke tester. Tilstandene ble belyst med fire kasus, som er publisert i Tidsskrift for den norske legeförening (februar 2022). Ett eksempel var en pasient som hadde infeksjøs osteomyelitt og ble behandlet med kirurgi og langvarig (månedsvís) antibiotika. Et annet kasus illustrerte ikke-infeksjøs kjeveosteomyelitt som trolig hadde årsak i generell immunsvikt, med lesjoner også andre steder i kroppen.

Osteomyelitt er sjeldent, men må være i bevisstheten, spesielt hvis man ikke kommer i mål med vanlig infeksjonsbehandling.

Sammenhenger mellom systemisk sykdom og periodontitt

Et tilsynelatende uutømmelig tema er studier om sammenheng mellom periodontitt og systemiske tilstander. Ida Haukåen Stødle arbeider med generelle helseregisterdata sammenholdt med odontologiske forhold.

HUNT, Helseundersøkelsene i Trøndelag, er en gjentakende tverrsnittundersøkelse der det er registrert data fra spørreskjema for enkeltpersoner sammen med biologisk materiale, for totalt 240 000 personer

I HUNT 4 (2017-2019) ble det inkludert tannhelse for første gang. Nesten 5 000 personer ble undersøkt av tannleger og tannpleiere ved TkMidt. Det ble gjort en seksflaters undersøkelse (lommebybde, blødning, puss, mobilitet), og det ble tatt panoramarøntgen og bite-wing. For å undersøke samvariasjoner med andre helsevariabler ble den nye perioklassifikasjonen brukt, som klassifiserer periodontale forhold i stadium 1-4, der stadium 2 og over betegnes som periodontitt. Dataene kunne sammenholdes med opplysninger om generelle sykdommer (kardiovaskulære tilstander, diabetes, reumatologiske sykdommer, KOLS/emfysem), livsstil, BMI, røyking, diabetes og annet som er inkludert i HUNT-databasene.

De statistiske analysene viste at periodontitt er signifikant assosiert med kardiovaskulær sykdom, dårlig kontrollert diabetes og KOLS/emfysem. Sammenhengene økte med økende stadier av periodontitt.

Artrose i kjeveleddet hos eldre – Radiologiske karakteristika

Margareth Kristensen Ottersen har undersøkt data for personer i 65-årsalderen hentet fra to større studiepopulasjoner (Oslo Hånd Osteoartritt-studien og Oslo Munn-65-studien). Resultatene inngår i hennes doktorgradsarbeid innen kjeve- og ansiktsradiologi.

Artrose, spesielt håndartrose, er vanlig og økende blant eldre, og kvinner er mest utsatt. Diagnostikk for kjeveleddet bygger på kliniske funn, særlig krepitasjon og klikkelyder, men dette upresist. Radiologi regnes som «gullstandarden». Panoramarøntgen gir ikke god pålitelighet ved diagnostikk i kjeveledd. Det er CBCT som gjelder i påvisning av trekk som osteofytter, erosjon, avflating og subkortikal sklerose.

Funnene viste at det var vanlig (67 prosent) med CBCT-funn hos de med håndartrose. Det synes som om at kjeveleddsartrose er en del av generalisert artrose. Det var

35 prosent som hadde CBCT-funn i OsloMunn-utvalget. Likevel var det få i denne aldersgruppen som oppsøkte tannlege eller lege på grunn av plager. Når det er aktuelt å henvise er det viktig at det er gjort en helhetlig klinisk vurdering.

Kjeveortopediske retainere: Hvordan sjekke dem?

Retainere skal stabilisere bitt og tannstilling etter kjeveortopedisk behandling. Retainere kan være avtakbare eller fastlimte. Ragnar Bjering snakket om hvordan sjekke og eventuelt håndtere retainere som ikke er helt i orden.

Løsning eller fraktur i limte retainere kan medføre utilsiktet og ukontrollert tannforflytning. Klinisk undersøkelse av en pasient med retainer bør gjøres ved å ta et overblikk med tanke på karies og periodontale skader. Okklusjonen bør sjekkes i tre plan, og man bør dokumentere retainer og tannstilling med foto. Hvis det er løsning eller tegn på at retaineren er blitt aktiv bør tidspunktet klarlegges og man må sjekke om det er bevegelse i retaineren. En aktiv retainer kan man løsne fra tannen, kanskje fjerne hele retaineren, eventuelt henvisning. Hvis det er stramme kontakter kan man gjøre interproksimal reduksjon (IPR), men anatomien må beholdes i så fall.

Man kan lime en løsnet retainer igjen, men den må da være passiv. Man kan kutte retaineren og pusse endene glatte. Å skjote en retainer er for de mer erfarne. Hvis retaineren fjernes må pasienten bli gjort oppmerksom på at det kan oppstå endringer. Hvis det er aktiv retainer er det nok lurt å henvise.

Keramiske restaureringer – og spesielt om glasskeramer

Keramiske restaureringsmaterialer kommer i mangfoldige versjoner, både med hensyn til sammensetning og struktur, optiske og mekaniske egenskaper, framstillingsmetoder og sementeringsprosedyrer. Trine Bjelke-Holtermann illustrerte dette med eksempler med ulike materialer og materialkombinasjoner tilpasset pasientens forhold, både estetisk, funksjonelt og økonomisk.

Adhesive partielle restaureringer kan være alternativ i visse tilfeller siden klassisk retensjonsutforming ikke er avgjørende. Slike kroner har like god bruddseighet sammenlignet med fullkroner.

Skanning eller konvensjonelle avtrykk? De er trolig likeverdige forutsatt godt samarbeid med tanntekniker. Bjelke-Holtermann anbefalte å polere prepareringene før avtrykk.

CAD/CAM eller press-framstilling? Det synes heller ikke å være store forskjeller i det store og hele, men konvensjonelt framstilte glasskeramer synes å ha bedre tilpasning aksialt/okklusalt.

God rengjøring og bruk av silan er viktig for binding. Emalje bør etses og selvetsende primer brukes i henhold til produsentens anbefalinger. Kofferdam er absolutt nødvendig ved sementering, sa Bjelke-Holtermann.

Prognosen for posteriore glasskeramkroner (litium disilikat) viste overlevelse på over 96 prosent. Det var også like god overlevelse for glasskeramkroner sammenlignet med metall-keram etter fem år i funksjon.

Forebygging av karies hos barn: Hvordan fungerer det i praksis?

Kariesforekomsten (dentinkaries) er halvert siden 1985, og en liten andel av barna har en stor andel av kariesbelastningen. Dessuten ser det nå ut til å være mindre approssimalkaries og mer okklusalt. Dette var bakteppet for presentasjonen fra Sonja Yr Løken som representerte Norsk spesialistforening i pedodonti.

I det kariesforebyggende arbeidet for barn deltar tannleger, tannpleiere, tannhelsesekretærer og helsesykepleiere. Selv om forebyggende arbeid er lovfestet er det lite kunnskap om hvordan det faktisk fungerer.

Er forebyggende tiltak i samsvar med nasjonale retningslinjer og evidensbasert kunnskap? Hvordan er arbeidet fordelt mellom aktørene og hvordan er samvirkingen mellom tannhelsetjenesten og helsestasjon?

Når det gjaldt anbefalingen om bruk av fluortannkrem var det godt samsvar mellom yrkesgruppene ved at fluortannkrem ble generelt anbefalt. For fluortabletter, derimot, var det stor variasjon: bare 32 prosent av helsesykepleierne, men over 70 prosent av tannhelsesekretærene anbefalte tablett til over 50 prosent av pasientene. Altså, det formidles et uklart budskap.

Hvilke kunnskapskilder støttet man seg på? Tannhelsepersonell baserte seg på grunnutdanningen og kurs, mens helsesykepleierne hentet informasjon mest fra tannhelsepersonellet. Ingen baserte seg på utenlandsk faglitteratur. Helsesykepleiere var generelt fornøyd med samarbeidet, men henviste sjelden til tannhelsetjenesten.

Retningslinjer må utformes med konsistente budskap og bør være tydeligere med hensyn til oral helse og tverrfaglig samarbeid.