

## KLINISK RELEVANS

Vital pulpabehandling kan være et alternativ til rodbehandling i tænder med pulpitis. Det er imidlertid stadig udfordrende at skelne mellem pulpaer, der er irreversibelt inflammerede, og pulpaer, der er i stand til at hele efter fjernelse af infektionen og genopretning af tandens integritet. Med hensyn til tandens overlevelse er det sikkert fornuftigt at vælge vital pulpabehandling, når dette er muligt. Rodbehandling bør udføres, så snart diagnosen nekrose er stillet, for at forebygge udvikling af apikal parodontitis, som vil forringe prognosen for rodbehandling.

## FORFATTERE

Sajad Rasen, Klinisk underviser, Department of Endodontics, Faculty of Odontology, Malmö University, Malmö

Victoria Dawson, Universitetslektor, ph.d., Department of Endodontics, Faculty of Odontology, Malmö University, Malmö

Helena Fransson, Førsteamanuensis, ph.d., Department of Endodontics, Faculty of Odontology, Malmö University, Malmö

Korrespondanceansvarlig forfatter: Helena Fransson.  
E-mailadresse: helena.fransson@mau.se

Accepteret til publikation den 2. december 2025. Artiklen er fagfællebedømt.

Artiklen er citeret som: Rasen S, Dawson V, Fransson H. Vitale pulpabehandlinger. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2026; 136: 374–383  
doi:10.56373/69f1d3a57d74a

Emneord: caries, tandpulpabelægning, tandpulpaeksponeering, pulpaektomi, pulpapotomi

# Vitale pulpabehandlinger

Sajad Rasen, Victoria Dawson og Helena Fransson

**Introduktion:** Epidemiologiske studier tyder på, at rodfyldte tænder har højere risiko for apikal parodontitis og ekstraktion end ikke-rodfyldte tænder, hvilket understreger vigtigheden af at foretage vital pulpabehandling, når dette er muligt på tænder med pulpitis. European Society of Endodontology (ESE) har udarbejdet retningslinjer for behandling af pulpitis, som vi i denne artikel beskriver og vurderer fra et skandinavisk perspektiv.

**Gennemgang af tilgængelig videnskabelig litteratur:** Retningslinjerne er baseret på tre systematiske oversigter om behandling af pulpitis. For tænder med pulpitis uden spontan smerte er evidensen utilstrækkelig i forhold til at kunne anbefale direkte pulpaoverkapning frem for pulpotomi eller selektiv/gradvis caries-ekskavering. I tænder med pulpaeksponeering som følge af caries viser direkte overkapning og pulpotomi sammenlignelige resultater på kort sigt. For tænder med diagnosen pulpitis, med eller uden spontan smerte, har pulpotomi og rodbehandling sammenlignelige resultater på kort sigt. Det anbefales at foretage rodbehandling, så snart diagnosen nekrose er stillet, for at forebygge udvikling af apikal parodontitis.

**Diskussion:** Vital pulpabehandling har visse fordele, men der er stadig usikkerhed om pulpas overlevelse på længere sigt og risiko for uopdaget sygdomsprogression. Retningslinjerne til ESE flugter med de skandinaviske, om end evidensgrundlaget er svagt for en afvejning af fordelene på kort sigt mod resultaterne på længere sigt. Dette understreger behovet for omhyggelig klinisk vurdering og mere forskning.

Den forventede levetid stiger i disse år, og dermed vokser også behovet for at opretholde en god oral sundhed og bevare et naturligt tandsæt [1]. Rodbehandling indebærer fjernelse af inflammert eller nekrotisk, inficeret pulpavæv og udfyldning af rodkanalerne

med sealer og guttaperka. Med andre ord forsøger man at skabe en fysisk barriere i stedet for den fysiologiske barriere, der findes i en vital tand. Epidemiologiske studier har vist, at rodfyldte tænder oftere udvikler apikal parodontitis end ikke-rodfyldte tænder [2][3], og at rodfyldte tænder også oftere ender med at blive ekstraheret [4] [5]. Der er derfor god grund til at undgå rodbehandling og i stedet søge at bevare det vitale pulpavæv ved at udføre en vital pulpabehandling på tænder med inflammeret pulpa, hvis dette er muligt.

Vital pulpabehandling er en central komponent i moderne tandpleje, og på det seneste er der sket en markant forbedring med fremkomsten af calciumsilikatbaserede cementer [6]. Det er stadig udfordrende at afgøre ud fra anamnese og klinisk undersøgelse, hvorvidt en tand har reversibel eller irreversibel pulpainflammation [7]. Det er med andre ord svært at forudsige med nogenlunde sikkerhed, hvilke tænder der er egnede til vital pulpabehandling. I Sverige er det dybden af carieslæsionen, der er den udslagsgivende faktor [8], mens man i mange andre lande fokuserer på, om patienten har spontane symptomer fra tanden eller ej. Overordnet set kan vital pulpabehandling inddeles i fire forskellige behandlinger med stigende grad af invasivitet: gradvis ekskavering, direkte pulpaoverkapning, partiel pulpotomi og komplet pulpotomi (tabel 1).

The European Society of Endodontology (ESE) har udgivet retningslinjer med bl.a. anbefalinger til behandling af pulpitis [9]. Vi vil i denne artikel præsentere nogle af disse retningslinjer vedrørende behandling af pulpitis og diskutere dem fra et skandinavisk perspektiv.

### Gennemgang af den tilgængelige videnskabelige litteratur

Retningslinjen S3 om behandling af pulpitis er baseret på tre systematiske oversigter, der besvarer en række spørgsmål vedrørende behandling. Spørgsmålene formuleres i henhold til følgende specifikke PICOT-skabelon:

- P = Population, angiver den specifikke gruppe, der undersøges,
- I = Intervention, angiver den behandling, der undersøges,
- C = Comparison, angiver den behandling, der sammenlignes med,
- O = Outcome, angiver det registrerede behandlingsresultat, og
- T = Time, angiver tidsrammen for behandlingen (valgfrit).

For at sikre at de inkluderede studier beskæftigede sig med behandlingsresultater, der anses for vigtige for både tandlæger, patienter og

**Tabel 1.** Fire principielle vitale pulpabehandlinger, som kan udføres, hvis anamnesen og den kliniske undersøgelse tyder på, at tanden er vital. Udarbejdet efter faglige oplæg fra The European Society of Endodontology [6].

#### Oversigt over pulpabehandlinger

<b>Gradvis ekskavering</b>	På bitewings ses profund caries, der nærmer sig pulpa, men med intakt dentinafgrænsning ind imod pulpa. Behandlingen indebærer ekskavering af caries til fast dentin perifert i kaviteten, efterladelse af blød caries over det pulpale område og efterfølgende anlæg af en tæt temporær restaurering. Tandens vitalitet revurderes 6–12 måneder efter indgrebet, og der forventes dannelse af tertiær dentin i mellemtiden. Kaviteten genåbnes, resterende caries ekskaveres til fast dentin, og en permanent restaurering lægges.
<b>Direkte pulpaoverkapning</b>	Klinisk undersøgelse viser profund caries, som på bitewing ser ud til at have nået pulpa. Hvis pulpa er eksponeret, indebærer behandlingen ekskavering af caries til hård dentin. Blødning fra pulpa bringes under kontrol, og der lægges et overkapningsmateriale direkte over den eksponerede pulpa, hvorefter der lægges en tæt permanent restaurering. Opfølgning indebærer vitalitetstest 3–6 måneder efter indgrebet.
<b>Partiel pulpotomi</b>	Klinisk undersøgelse viser profund caries, som på bitewing ser ud til at have nået pulpa. Hvis pulpa er eksponeret, foretages ekskavering til hård dentin. Ca. 1,5–2 mm pulpavæv fjernes med diamantbor under køling med fysiologisk saltvand. Efter at hæmostase er opnået, dækkes det resterende pulpavæv med overkapningsmateriale, og der lægges en tæt permanent restaurering. Opfølgning indebærer vitalitetstest 3–6 måneder efter indgrebet.
<b>Fuld pulpotomi</b>	Klinisk undersøgelse viser profund caries, som på bitewing ser ud til at have nået pulpa. Hvis pulpa er eksponeret, indebærer behandlingen ekskavering af caries til hård dentin. Derefter foretages oplukning og fjernelse af kronepulpa med diamantbor under køling med fysiologisk saltvand. Efter ophør af blødning fra kanalindgangene dækkes det resterende pulpavæv med overkapningsmateriale, og der lægges en tæt permanent restaurering. Opfølgning indebærer vitalitetstest 3–6 måneder efter indgrebet.

samfundet som helhed, iværksatte man en konsensusproces. I tabel 2 sammenfattes disse relevante behandlingsresultater.

En væsentlig forskel mellem S3-retningslinjen og de tilsvarende anbefalinger fra de skandinaviske lande ligger i afgrænsningerne af diagnoser og tilstande. Fx skelner S3 mellem pulpitis med spontan smerte og pulpitis med ikke-spontan smerte eller helt uden smerte. De danske og norske retningslinjer skelner på samme måde som ESE, mens de nationale svenske retningslinjer skelner mellem tilstandene (a) pulpa eksponeret via sund dentin og (b) pulpa eksponeret via carieret dentin. Den finske retningslinje anvender tilstanden irreversibel pulpitis som en diagnose og opererer desuden med tilstanden radiologiske tegn på infektion, såsom udvidet periapikalt parodontalligament [10]. Eftersom ESE og de forskellige skandinaviske retningslinjer/vejledninger anvender forskellige klassifikationer for pulpatilstande, kan det være vanskeligt at foretage direkte sammenligninger mellem anbefalingerne.

I dag forekommer det indlysende, at vital pulpabehandling bør være førstevalg ved traumatiske skader, hvor pulpa er involveret, men praktisk taget ikke inflammeret [11]. Studier har også påvist, at tænder med omfattende caries og en vital pulpa kan være i stand til at hele på trods af, at der er en inflammatorisk proces i en del af pulpa [12]. Det overordnede princip ved vital pulpabehandling er at fjerne den infektion, som forårsager inflammationen, og i visse tilfælde fjerne inflammeret pulpavæv og bevare sundt pulpavæv. Der hersker dog stadig uvished om, hvilken type af vital pulpabehandling der er mest effektiv. ESE og American Association for Endodontists (AAE) har haft forskellige holdninger til behandling af pulpitis, og der er stadig ikke konsensus. Hvor man i Skandinavien har en lang tradition for minimalt invasive behandlinger og lægger stor vægt på selektiv fjernelse af caries for at undgå eksponering af

pulpa [13], anlægger man i andre dele af verden en mere invasiv strategi med bevidst blotlæggelse af pulpa og fjernelse af inflammeret pulpavæv [14].

Nedenfor bringer vi resuméer af alle de tre systematiske oversigter og angiver, hvordan de efterfølgende anbefalinger i ESE's retningslinje S3 er formulerede.

#### *Effektiviteten af vital pulpabehandling ved behandling af ikke-traumatisk pulpitis med ikke-spontan smerte eller uden smerte (R2.1)*

En systematisk oversigt af Jakovljevic et al. [2], som er bestilt af ESE med henblik på udarbejdelse af retningslinjerne, besvarede tre PICO-spørgsmål, som præsenteres i tabel 3. Oversigten, som ideelt set skulle udgøre det videnskabelige grundlag for retningslinjens anbefalinger, fandt kun frem til tre studier, som var blevet publiceret i fire artikler [15]. Ingen af de inkluderede studier inddrog det mest kritiske behandlingsresultat »tandoverlevelse«. Alle studierne var randomiserede kontrollerede studier, men kun Bjørndal et al. gennemførte en omfattende opfølgning efter fire år [16]. På grund af det begrænsede antal studier i oversigten og studiernes metodologiske heterogenitet var det ikke muligt at gennemføre en metaanalyse.

#### **Direkte pulpaoverkapning eller pulpotomi (fuld/partiel) versus selektiv eller gradvis ekskavering**

Ingen studier levede op til oversigtens inklusionskriterier med hensyn til PICO 1 om sammenligning af effekten af blotlæggelse af pulpa i forbindelse med overkapning eller pulpotomi og effekten af selektiv eller gradvis ekskavering på pulpas sundhed og tandens overlevelse på langt sigt hos patienter med ikke-traumatisk pulpitis med ikke-spontan smerte eller ingen smerte. Da der ikke blev fundet nogen studier, måtte ESE konkludere, at vi ikke ved, om direkte overkapning eller pulpotomi (partiel/fuld) er lige så effektiv som selektiv/gradvis ekskavering. Derfor angav ESE på baggrund af en konsensusafgørelse blandt eksperter, at begge behandlingstyper kan overvejes (tabel 4) [9].


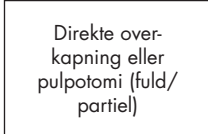


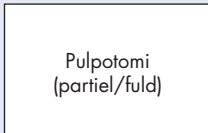


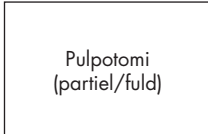

ESE beskriver i sin retningslinje, at klinikerer råder over forskellige behandlingsmuligheder med henblik på at bevare vitalt pulpavæv. En konservativ tilgang sigter på at undgå pulpaeksponering gennem selektiv eller gradvis ekskavering i asymptomatiske tænder, der vurderes til at have reversibel pulpitis. ESE citerer studier af Bjørndal et al. og Maltz et al. [16][17], som angiver, at 56–80 % af tænderne bevarede pulpas vitalitet (reaktion ved sensibilitetstests) og ikke udviste tegn på apikal parodontitis 1–3 år efter selektiv/gradvis ekskavering. I modsætning hertil tilstræber man ved direkte pulpaoverkapning eller pulpotomi (partiel/fuld) at behandle den inflammerede/inficerede pulpa og dække af med et bioaktivt

**Tabel 2.** Væsentlige behandlingsresultater i de tre systematiske oversigter om behandling af pulpitis.

#### **Behandlingsresultater**

Mest kritiske behandlingsresultat	Tandens overlevelse
Andre kritiske behandlingsresultater	Smerte, ømhed, hævelse, behov for lægemidler, tegn på udvikling af apikal opklaring, respons på pulpasensibilitetstest.
Andre behandlingsresultater	Tandens funktion, behov for yderligere behandling, bivirkninger (herunder forværring, restaureringens integritet, allergi), oral sundhedsrelateret livskvalitet (OHRQoL), fistel og radiologiske tegn på fortsat roddannelse.

**Table 3.** De tre PICO-spørgsmål, som Jakovljevic et al. formulerede i en systematisk oversigt [15].

R2.1	Befolkning	Intervention	Sammenligning	Resultater
PICO 1	Hos patienter med ikke-traumatisk pulpitis med ikke-spontan eller slet ingen smerte i færdigdannede og ikke-færdigdannede permanente tænder ... 	... er direkte pulpaoverkapning eller pulpotomi (partiel/fuld) ... 	... lige så effektiv som selektiv eller gradvis ekskavering af caries ...  Selektiv eller gradvis ekskavering	... når der ses på en kombination af kliniske resultater med »tandens overlevelse« som det mest kritiske resultat?
PICO 2	Hos patienter med ikke-traumatisk pulpitis med ikke-spontan eller slet ingen smerte i færdigdannede og ikke-færdigdannede tænder ... 	... er pulpotomi (partiel/fuld) ... 	... lige så effektiv som direkte pulpaoverkapning ...  Direkte overkapning	... når der ses på en kombination af kliniske resultater med »tandens overlevelse« som det mest kritiske resultat?
PICO 3	Hos patienter med ikke-traumatisk pulpitis med ikke-spontan eller slet ingen smerte i færdigdannede permanente tænder ... 	... er pulpotomi (partiel/fuld) ... 	... lige så effektiv som en pulpektomi ...  Pulpektomi	... når der ses på en kombination af pasientrapporterede utfallsmål og kliniske resultater med »tandens overlevelse« som det mest kritiske resultat?

**Table 4.** Anbefalinger vedrørende direkte pulpaoverkapning eller pulpotomi versus selektiv eller gradvis ekskavering på baggrund af evidens og ekspertkonsensus [9].

PICO besvaret i ESE-retningslinje

**R2.1 Evidensbaseret anbefaling 1**

<b>Anbefalingens styrke</b> Ingen studier inkluderet	Hos patienter med ikke-traumatisk pulpitis uden smerte eller med ikke-spontan smerte i færdigdannede og ikke-færdigdannede permanente tænder ved vi ikke, om direkte pulpaoverkapning eller pulpotomi (partiel/fuld) er lige så effektiv som selektiv eller gradvis cariesekskavering i forhold til pulpas eller tandens overlevelse på lang sigt
<b>Evidensens kvalitet</b>	(Jakovljevic et al., 2022) Ingen studier fundet eller inkluderet
<b>Styrke af konsensus</b>	Stærk konsensus (0 % af gruppens deltagere trak sig pga. mulig interessekonflikt)

**Anbefaling baseret på ekspertkonsensus 2.1**

Hos patienter med ikke-traumatisk pulpitis uden smerte eller med ikke-spontan smerte i færdigdannede og ikke-færdigdannede permanente tænder kan man overveje at anvende enten selektiv/gradvis ekskavering uden pulpaeksponering eller efter pulpaeksponering direkte pulpaoverkapning eller pulpotomi (partiel/fuld)

**Understøttende litteratur** Ekspertvurdering, Position Statement (ESE, 2019), Asgary et al., 2018; Bjørndal et al., 2010, 2017; Careddu & Duncan, 2021; Maltz et al., 2012; Marques et al., 2015)

**Evidensens kvalitet** Ekspertvurdering

**Anbefalingens styrke** Stærk

**Styrke af konsensus** Stærk konsensus (0 % af gruppens deltagere afstod fra at stemme pga. mulig interessekonflikt)

materiale. ESE refererer adskillige studier [18–22], som har vist, at 9–100 % af tænderne bevarede pulpasensibilitet, og/eller at de ikke viste tegn på apikal parodontitis efter 1–5 års opfølgning.

Retningslinjerne gør endvidere opmærksom på, at nonselektiv cariessekskavering indebærer en forøget risiko for pulpaeksponeering, som er potentielt skadelig. De kliniske beslutninger vanskeliggøres imidlertid af, at man ikke har objektive metoder, der kan vurdere graden af pulpainflammation, og at der mangler sammenlignende studier af de vitale pulpabehandlingers fordele og ulemper.

ESE anbefaler på baggrund af ekspertkonsensus og evidensbaserede undersøgelser, at man anvender kofferdam, antimikrobiel skylning og hydrauliske calciumsilikatcementer, når man foretager pulpaoverkapning eller pulpotomi (partielfuld).

#### Direkte pulpaoverkapning versus pulpotomi (fuld/partiel)

To af de inkluderede studier vedrørende PICO 2 vurderede effektiviteten af pulpotomi (partielfuld) sammenlignet med direkte pulpaoverkapning [16][18][19] på patienter med ikke-traumatisk pulpitis uden smerte eller med ikke-spontan smerte og pulpaeksponeering i færdigdannede tænder (tabel 3). I Bjørndal et al.s randomiserede kontrollerede studie blev der ikke fundet nogen signifikant forskel i succesrate mellem partiel pulpotomi og direkte pulpaoverkapning efter 12 eller 60 måneder. Der blev ikke påvist nogen forskel mellem de to behandlinger. Ved opfølgning efter 12 måneder blev ca. 1/3 af tænderne vurderet som vellykkede, men efter 60 måneder var dette tal faldet til 1/10 eller mindre. En betydelig andel af patienterne i begge grupper udgik af studiet inden opfølgningen, primært pga. smerter eller behov for yderligere endodontisk behandling [16][19].

Det andet studie af Asgary et al. bedømte den overordnede succesrate for fuld pulpotomi, partiel pulpotomi og direkte pulpaoverkapning efter tre og 12 måneder. Der blev ikke fundet nogen forskel mellem behandlingerne: Succesraten lå omkring 80 % efter tre måneder og faldt til 40–60 % efter 12 måneder. Ligesom i Bjørndals studie var der et betragteligt frafald af patienter inden opfølgningen [18].

På baggrund af den tilgængelige evidens for PICO-spørgsmål 2 kunne ESE give en evidensbaseret anbefaling, som konstaterer, at såvel direkte pulpaoverkapning som pulpotomi (partielfuld) kan overvejes i disse tilfælde (tabel 5).

ESE tager imidlertid også behandlingernes omkostningseffektivitet i betragtning og bemærker, at det ikke er muligt at forudse udgifterne til ikke-vellykkede tilfælde af fuld pulpotomi, da rodbehandling kan vanskeliggøres af forkalkninger i kanaludmundingerne. ESE's retningslinje omhandler kun tænder uden spontan smerte, og teoretisk set kan spontan smerte hænge sammen med fremskreden inflammation i pulpa. I sådanne tilfælde kunne fuld pulpotomi, hvor inflammeret væv fjernes mere radikalt, tænkes at være mere effektiv end direkte pulpaoverkapning. Direkte pulpaoverkapning kan indebære en højere risiko for efterladelse af irreversibelt inflammeret væv, hvilket potentielt kan kompromittere behandlingsresultatet på langt sigt. Denne hypotese lader sig ikke teste i ESE's skabelon, og der er således et hul i den aktuelle evidens. De svenske nationale retningslinjer sidestiller også pulpaoverkapning og partiel pulpotomi [8]. De finske retningslinjer giver mere detaljerede anbefalinger: pulpaoverkapning bør foretrækkes ved små eksponeringer (< 2 mm), mens partiel eller fuld pulpotomi er

**Tabel 5.** Evidensbaseret anbefaling vedrørende direkte pulpaoverkapning versus pulpotomi (partielfuld) [9].

#### PICO besvaret i en ESE-retningslinje

#### R2.1 Evidensbaseret anbefaling 2

<b>Anbefalingens styrke</b> Åben (⇌)	Hos patienter med ikke-traumatisk pulpitis uden smerte eller med ikke-spontan smerte i færdigdannede permanente tænder <b>kan man overveje</b> enten direkte pulpaoverkapning eller pulpotomi (partielfuld)
<b>Evidensens kvalitet</b> Postoperativ smerte: Meget lav ⊕⊖⊖⊖	Understøttende litteratur (Jakovljevic et al., 2022) 1 RCT* (n = 218 patienter) 2 RCT'er (n = 276 patienter)
<b>Kliniske og radiologiske tegn på udvikling af periapikal opklaring:</b> Meget lav ⊕⊖⊖⊖	Andre behandlingsresultater, herunder tandoverlevelse, er ikke rapporteret
<b>Styrke af konsensus</b>	Konsensus (2,1 % af gruppens medlemmer afstod fra at stemme pga. mulig interessekonflikt)

\*RCT – Randomiseret klinisk studie

indiceret, hvis man ikke kan opnå hæmostase under et forsøg på overkapning, eller hvis eksponeringen er større end 2 mm [10].

### Fuld (partiel) pulpotomi versus pulpektomi

I relation til PICO 3 (tabel 3) sammenlignede Galani et al. effektiviteten af fuld pulpotomi versus pulpektomi hos patienter med ikke-traumatisk pulpitis uden spontan smerte, men med pulpaeksponering i færdigdannede permanente tænder. De fandt efter 18 måneder en generel succesrate på 82 % for fuld pulpotomi og 78 % for pulpektomi. Vellykket behandling blev defineret ved en kombination af kliniske (fravær af smerte, hævelse og fistel samt tilstedeværelse af en intakt restaurering) og radiologiske parametre. Forskellen i succesrate var ikke statistisk signifikant [23].

ESE anbefaler, at man i sådanne tilfælde overvejer enten fuld pulpotomi eller pulpektomi. Endvidere bemærkes det, at der aktuelt ikke er tilstrækkeligt grundlag til at afgøre, hvorvidt partiel pulpotomi er lige så effektiv som pulpektomi, da der ikke findes studier, som sammenligner resultaterne efter partiel pulpotomi og pulpektomi (tabel 6).

### Effektiviteten af pulpotomi sammenlignet med rodbehandling ved ikke-traumatisk pulpitis med spontan smerte (R2.2)

Tænder med spontan smerte udgør et andet behandlingsområde. I Skandinavien er pulpotomi aktuelt den rutinemæssige nødbehandling af tænder med meget dybe carieslæsioner, som har fået diagnosen symptomgivende pulpitis og typisk ofte ledsages af spontan smerte [9]. Som tidligere nævnt hævdes det ofte, at spontan smerte er lig med irreversibel inflammation i pulpa, men evidensen mangler [7]. I et studie af Ricucci et al. påviste man med histopatologiske

metoder, at infektion og inflammation ofte begrænser sig til kronepulpa, mens den radikulære del af pulpa ikke udviser patologiske tegn – selv i tilfælde med pulpitis og spontan smerte [24].

Disse fund giver anledning til et væsentligt spørgsmål: Kunne pulpotomi være en endelig behandling af pulpitis med spontan smerte? I bekræftende fald ville dette være et mindre invasivt og mere konservativt alternativ til konventionel rodbehandling, som desuden er teknisk vanskelig og tidskrævende og svækker tanden pga. omfattende instrumentering af tanden. Dertil kommer, at rodbehandling på længere sigt kan prædisponere tænderne for komplikationer som frakturrisiko og recidiverende caries eller infektion. Det er derfor særdeles interessant at udforske det PICO-spørgsmål, som stilles i tabel 7.

I en bestilt systematisk oversigt af Tomson et al. [25] blev der inkluderet fem publikationer [26–30]. Fire af dem omhandlede forskellige aspekter af det samme multicenterstudie, hvor der blev foretaget sammenligninger af postoperativ smerte og langtidssuccesrater ved henholdsvis pulpotomi og rodbehandling i én seance [26–29]. I det femte studie vurderede Eghbal et al. postoperativ smerte efter pulpotomi med anvendelse af en calciumberiget blanding eller mineral trioxid aggregat sammenlignet med rodbehandling i én seance [31].

En metaanalyse viste ikke nogen statistisk signifikant forskel mellem fuld pulpotomi og rodbehandling med hensyn til postoperative smerteniveauer efter 24 timer og syv dage [25]. Med hensyn til kliniske resultater på langt sigt fandt gruppen omkring Asgary & Eghbal sammenlignelige kliniske og radiologiske succesrater på over 97 % for både pulpotomi og rodbehandling et og to år efter behandlingerne. Heller ikke efter fem år var der nogen statistisk

**Tabel 6.** Evidensbaseret anbefaling vedrørende pulpotomi versus pulpektomi [9].

#### PICO besvaret i en ESE-retningslinje

### R2.1 Evidensbaseret anbefaling 3

#### Anbefalingens styrke

Åben (⇒)

Hos patienter med ikke-traumatisk pulpitis uden smerte eller med ikke-spontan smerte og pulpaeksponering i færdigdannede permanente tænder **kan man overveje** enten fuld pulpotomi eller pulpektomi.

Vi ved ikke, om partiel pulpotomi er lige så effektiv som pulpektomi

#### Evidensens kvalitet

Postoperativ smerte: Meget lav ⊕⊖⊖⊖

Understøttende litteratur (Jakovljevic et al., 2022)

1 RCT\* (n = 54 patienter)

Kliniske og radiologiske tegn på udvikling af apikal opklaring: Meget lav ⊕⊖⊖⊖

1 RCT (n = 54 patienter)

Tandoverlevelse og andre behandlingsresultater er ikke rapporteret.

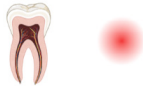



Der blev ikke fundet studier, som sammenligner partiel pulpotomi med pulpektomi

#### Styrke af konsensus

Konsensus (2,1 % af gruppens medlemmer afstod fra at stemme pga. mulig interessekonflikt)

\*RCT – Randomiseret klinisk studie

**Tabel 7.** PICO-spørgsmål formuleret i den systematiske oversigt af Tomson et al. [26].

R2.2	Befolkning	Intervention	Sammenligning	Resultater
PICO	I permanente tænder med pulpitis og spontan smerte vil ... 	... pulpotomi (partiel eller fuld) ... 	... sammenlignet med rodkanal-behandling ...  	... medføre højere patient- og klinisk rapporterede resultat ved forskellige tidsintervaller?

signifikant forskel, idet succesraterne var 78 % for pulpotomi og 75 % for rodbehandling [26–29].

På baggrund af fundene i den systematiske oversigt kunne man give den evidensbaserede anbefaling, at såvel rodbehandling som fuld pulpotomi kunne anvendes ved permanente tænder med ikke-traumatisk pulpitis og spontan smerte (tabel 8).

Disse resultater flugter med Ricucci et al.s histologiske fund, der tyder på, at infektion og inflammation ved symptomgivende pulpitis overvejende er lokaliseret til kronepulpa, og at partiel fjernelse af pulpavæv kan være tilstrækkeligt til at opnå effektiv smertelindring uden behov for fuldstændig pulpaeksstirpation [24].

*Effektiviteten af rodbehandling for vital pulpa sammenlignet med nekrotisk pulpa med eller uden tegn på periradikulær sygdom (R2.3)*

Efter vital pulpabehandling er der risiko for, at pulpa i nogle af de behandlede tænder kan blive nekrotisk, og måske vil nogle af de

mislykkede vitale pulpabehandlinger blive opdaget ved, at tanden viser tegn på udvikling af apikal parodontitis. Det er derfor relevant at vide, om det er vigtigt at identificere disse tænder, inden pulpa er blevet nekrotisk, og der måske kommer tegn på periradikulær sygdom. Denne problematik tages op i det PICO-spørgsmål, som præsenteres i tabel 9.

I en bestilt systematisk oversigt af Rossi-Fedele og Ng inkluderede man i alt 28 studier, som alle var kohortestudier. Ingen af studierne fandt forskel mellem tænder med vital pulpa og tænder med nekrotisk pulpa med hensyn til tandoverlevelse eller postoperativ smerte efter behandling. I 19 af studierne undersøgte man forekomst af radiolucens efter rodbehandling [31]. Seks af de 19 studier viste, at pulpas status ikke havde nogen signifikant indflydelse på den periapikale sundhed efter behandlingen, medmindre tænder med nekrotisk pulpa havde apikal parodontitis før indgrebet [32–37]. De øvrige studier konkluderede, at pulpas initiale status ikke havde nogen indflydelse på den periapikale sundhed efterfølgende [31].

**Tabel 8.** Evidensbaseret anbefaling vedrørende pulpektomi versus fuld pulpotomi [9].

PICOS addressed by a SR

**R2.2 Evidensbaserede anbefalinger**

<b>Anbefalingens styrke</b> Svag (⊖)	Hos patienter med ikke-traumatisk pulpitis med spontan smerte i færdigdannede permanente tænder <b>foreslår vi</b> enten pulpektomi eller fuld pulpotomi
<b>Evidensens kvalitet</b> Postoperative pain: Lav: ⊕⊕⊖⊖ Radiologisk healing 1 år efter behandling: Lav: ⊕⊕⊖⊖	Understøttende litteratur (Tomson et al., 2022) 2 RCT-er (n = 769 patienter) 1 RCT* (n = 407 patienter) Tandoverlevelse og andre behandlingsresultater er ikke rapporteret
<b>Styrke af konsensus</b>	Konsensus (21,2 % af gruppens medlemmer afstod fra at stemme pga. mulig interessekonflikt)

\*RCT – Randomiseret klinisk studie

**Table 9.** PICO-spørgsmål formuleret i den systematiske oversigt af Rossi Fedele og Ng [33].

R2.3	Befolkning	Intervention	Resultat	Sammenligning
<b>PICO</b>	Vil rodkanalbehandling af permanente tænder ...	... med vital pulpa ...	... medføre højere patienttilfredshed og bedre kliniske resultater ...	... sammenlignet med tænder med pulpanekrose (avitale) med eller uden radiologiske tegn på periradikulær sygdom?

Rossi-Fedele og Ng konkluderede, at eftersom der ikke er nogen signifikant forskel i behandlingsresultatet for vitale og nekrotiske pulpae efter rodbehandling, undtagen hvis der er apikal opklaring ved den nekrotiske tand, kan de to tilstande behandles ens. Behandlingen bør imidlertid ikke udskydes, når først diagnoserne irreversibel pulpitis eller nekrose er stillet, da det er mere effektivt at forebygge apikal parodontitis end at behandle tilstanden [31].

ESE har givet en svag evidensbaseret anbefaling om at foretage rodbehandling på avitale pulpae, så snart diagnosen er sikret (tabel 10) [9].

Evidensen bag denne anbefaling viser, at tænder med apikal parodontitis har signifikant lavere succesrater end tænder uden apikal parodontitis, og det er derfor, man anbefaler påbegyndelse af rodbehandling hurtigst muligt, efter at diagnosen avital pulpa er stillet. Dette stiller klinikerne over for et vanskeligt valg. Selvom der er mange store fordele ved vital pulpabehandling, såsom bevarelse af pulpas vitalitet og fortsat roddannelse ved ikke-færdigdannede tænder, er der også væsentlige forbehold. Evidensen tyder på dårlige

overlevelseshæfter for pulpa på langt sigt i ikke-traumatiske tænder efter vital pulpabehandling [9]. Eftersom de fleste tænder med apikal parodontitis er asymptomatiske, kan man argumentere for, at tænder efter vital pulpabehandling kan nekrotisere og efterfølgende udvikle apikal parodontitis, uden at det opdages i klinikken. Da tænder med apikal parodontitis har dårligere prognose efter rodbehandling end tænder uden apikal parodontitis, og da tænder med tidligere vital pulpabehandling kan udvise en mere kompleks kanalanatomi, må man nøje overveje, om det er en god idé at foretage vital pulpabehandling, og i hvert enkelt tilfælde afveje de kortsigtede fordele mod de mulige langsigtede komplikationer. Disse betragtninger rækker langt ud over det enkelte tilfælde, og de har også betydelig indvirkning på den generelle folkesundhed.

### Konklusion

Vitale pulpabehandlinger, fra minimalt invasiv selektiv cariesekskaivering til mere invasive pulpotomier, har til formål at sikre vitalitet i hele eller dele af pulpa, at bevare tandstrukturen og undgå de kom-

**Table 10.** Evidensbaserede anbefalinger vedrørende gennemførelse af rodkanalbehandling på tænder med avital pulpa, så snart diagnosen er stillet [9].

### PICO besvaret i ESE-retningslinje

#### R2.3 Evidensbaserede anbefalinger

<b>Anbefalingens styrke</b> Svag (1)	<b>Vi foreslår</b> , at man påbegynder rodkanalbehandling på tænder med avital pulpa, så snart diagnosen er stillet  28 kohortestudier blev inkluderet
<b>Evidensens kvalitet</b> Tandoverlevelse: Moderat ⊕⊕⊕⊖	Understøttende litteratur (Rossi-Fedele & Ng, 2022) 5 studier
Postoperativ smerte: Moderat til høj ⊕⊕⊕⊖	7 studier
Radiologisk heling et år efter behandling: Moderat til høj ⊕⊕⊕⊖	16 studier  Andre udfald ikke rapporteret
<b>Styrke af konsensus</b>	Stærk konsensus (23 % af gruppens medlemmer undlod at stemme pga. mulig interessekonflikt)

plikationer, der ikke sjældent ses ved rodbehandling. Vital pulpabehandling har visse fordele, selvom der kan være udfordringer med hensyn til pulpas overlevelse på længere sigt og uopdaget sygdomsprogression, som i sidste instans kan blive diagnosticeret som apikal parodontitis. ESE's retningslinjer flugter med de skandinaviske,

om end den videnskabelige evidens er svag. Man er nødt til at afveje de kortsigtede fordele mod behandlingsresultatet på længere sigt, hvilket understreger behovet for grundig klinisk vurdering og mere forskning.

---

## ENGLISH SUMMARY

Rasen S, Dawson V, Fransson H

### **Vital pulp treatments**

Nor Tannlegeforen Tid. 2026; 136: 374–383

*Introduction:* Epidemiological studies indicate that root filled teeth exhibit higher rates of apical periodontitis and extraction compared to non-root filled teeth, underscoring the importance of vital pulp treatment (VPT) when feasible in teeth with pulpitis. The European Society of Endodontology has established guidelines for treatment of pulpitis, which this article evaluates from a Scandinavian perspective.

*Review of available scientific literature:* The guidelines are based on three systematic reviews on pulpitis management. For teeth with pulpitis without spontaneous pain, evidence is insufficient to favour direct pulp capping over pulpotomy or selective/stepwise caries removal. In teeth with pulp exposure due to caries, direct pulp capping and pulpotomy show comparable short-term outcomes. For teeth diagnosed with pulpitis, with or without spontane-

ous pain, pulpotomy and root canal treatment demonstrate similar short-term effectiveness. Root canal treatment is suggested to be performed on teeth as soon as the diagnosis necrosis is confirmed to prevent apical periodontitis.

*Discussion:* VPT offers advantages, though concerns persist regarding long-term pulp survival and undetected disease progression. ESE's guidelines are in line with the Scandinavian's, though evidence is weak concerning balancing short-term benefits against long-term outcomes, emphasizing the need for careful clinical judgment and further research.

Keywords: dental caries, dental pulp capping, dental pulp exposure, pulpectomy, pulpotomy

## REFERANSER

1. WHO. Global Health Observatory. Life expectancy at birth (years). [Internet]. [Hentet desember 2025]. Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years))
2. Jakovljevic A, Nikolic N, Jacimovic J, Pavlovic O, Milicic B, Beljic-Ivanovic K, et al. Prevalence of apical periodontitis and conventional nonsurgical root canal treatment in general adult population: an updated systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies published between 2012 and 2020. *J Endod.* 2020;46(10):1371–1368.e8.
3. Tibúrcio-Machado CS, Michelon C, Zanatta FB, Gomes MS, Marin JA, Bier CA. The global prevalence of apical periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *Int Endod J.* 2021;54(5):712–735.
4. Eckerbom M, Magnusson T, Martinsson T. Reasons for and incidence of tooth mortality in a Swedish population. *Endod Dent Traumatol.* 1992;8(6):230–4.
5. Caplan DJ, Cai J, Yin G, White BA. Root canal filled versus non-root canal filled teeth: a retrospective comparison of survival times. *J Public Health Dent.* 2005;65(2):90–6.
6. Duncan HF, Galler KM, Tomson PL, Simon S, El-Karim I, Kkundzina R, et al. European Society of Endodontology position statement: management of deep caries and the exposed pulp. *Int Endod J.* 2019;52(7):923–934.
7. Donnermeyer D, Dammaschke T, Lipski M, Schäfer E, et al. Effectiveness of diagnosing pulpitis: A systematic review. *Int Endod J.* 2023;56(Suppl 3):296–325.
8. SOCIALSTYRELSEN. Nationella riktlinjer för tandvård – Stöd för styrning och ledning 2022. [Internet]. [Hentet desember 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/190c9a-3676e24d86812fc91e26fb71c1/2022-9-8114.pdf>
9. Duncan HF, Kirkevang LL, Peters OA, El-Karim I, Krastl G, Del Fabbro M, et al. Treatment of pulpal and apical disease: The European Society of Endodontology (ESE) S3-level clinical practice guideline. *Int Endod J.* 2023;56(Suppl 3):238–295.
10. Fransson H, Stangvaltaite-Mouhat L, Croft K, Bletsa A, Bjørndal L. Vitale pulpabehandlinger i tænder med profund caries. *Tandlægebladet.* 2023;127:36–44.
11. Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, red. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 5. utg. Oxford: Wiley-Blackwell; 2018.
12. Cushley S, Duncan HF, Lappin MJ, Tomson PL, Lundy FT, Cooper P, et al. Pulpotomy for mature carious teeth with symptoms of irreversible pulpitis: A systematic review. *J Dent.* 2019;88:103158.
13. Innes NPT, Frencken JE, Bjørndal L, Maltz M, Mantou DJ, Ricketts D, et al. Managing carious lesions: consensus recommendations on terminology. *Adv Dent Res.* 2016;28(2):49–57.
14. American Association of Endodontists. AAE Position Statement on Vital Pulp Therapy. 2021. [Internet]. [Hentet desember 2025]. Tilgjengelig fra: [https://www.aae.org/wp-content/uploads/2021/05/Vital-PulpTherapyPositionStatement\\_v2.pdf](https://www.aae.org/wp-content/uploads/2021/05/Vital-PulpTherapyPositionStatement_v2.pdf)
15. Jakovljevic A, Jačimović J, Aminoshariae A, Fransson H, et al. Effectiveness of vital pulp treatment in managing nontraumatic pulpitis associated with no or nonspontaneous pain: a systematic review. *Int Endod J.* 2023;56(Suppl 3):340–354.
16. Bjørndal L, Reit C, Bruun G, Markvart M, Kjældgaard M, Näsman P, et al. Treatment of deep caries lesions in adults: randomized clinical trials comparing stepwise vs. direct complete excavation, and direct pulp capping vs. partial pulpotomy. *Eur J Oral Sci.* 2010;118(3):290–7.
17. Maltz M, Garcia R, Jardim JJ, de Paula LM, Yamaguti PM, Moura MS, et al. Randomized trial of partial vs. stepwise caries removal: 3-year follow-up. *J Dent Res.* 2012;91(11):1026–31.
18. Asgary S, Hassanizadeh H, Torabzadeh H, Eghbal MJ. Treatment outcomes of 4 vital pulp therapies in mature molars. *J Endod.* 2018;44(4):529–535.
19. Bjørndal L, Fransson H, Bruun G, Markvart M, Kjældgaard M, Näsman P, et al. Randomized clinical trials on deep carious lesions: 5-year follow-up. *J Dent Res.* 2017;96(7):747–753.
20. Careddu R, Duncan HF. A prospective clinical study investigating the effectiveness of partial pulpotomy after relating preoperative symptoms to a new and established classification of pulpitis. *Int Endod J.* 2021;54(12):2156–2172.
21. Kundzina R, Stangvaltaite L, Eriksen HM, Kerosuo E. Capping carious exposures in adults: a randomized controlled trial investigating mineral trioxide aggregate versus calcium hydroxide. *Int Endod J.* 2017;50(10):924–932.
22. Marques MS, Wesselink PR, Shemesh H. Outcome of direct pulp capping with mineral trioxide aggregate: a prospective study. *J Endod.* 2015;41(7):1026–31.
23. Galani M, Tewari S, Sangwan P, Mittal S, Kumar V, Duhan J. Comparative evaluation of postoperative pain and success rate after pulpotomy and root canal treatment in cariously exposed mature permanent molars: a randomized controlled trial. *J Endod.* 2017;43(12):1953–1962.
24. Ricucci D, Loghin S, Siqueira JF Jr. Correlation between clinical and histologic pulp diagnoses. *J Endod.* 2014;40(12):1932–9.
25. Tomson PL, Vilela Bastos J, Jacimovic J, Jakovljevic A, Pulikkotil SJ, Nagendrababu V. Effectiveness of pulpotomy compared with root canal treatment in managing non-traumatic pulpitis associated with spontaneous pain: a systematic review and meta-analysis. *Int Endod J.* 2023;56(Suppl 3):355–369.
26. Asgary S, Eghbal MJ, Ghoddsu J, Yazadani S. One-year results of vital pulp therapy in permanent molars with irreversible pulpitis: an ongoing multicenter, randomized, non-inferiority clinical trial. *Clin Oral Invest.* 2013;17(2):431–9.
27. Asgary S, Eghbal MJ, Ghoddsu J. Two-year results of vital pulp therapy in permanent molars with irreversible pulpitis: an ongoing multicenter randomized clinical trial. *Clin Oral Invest.* 2014;18(2):635–41.
28. Asgary S, Eghbal MJ, Fazlyab M, Baghban AA, Ghoddsu J. Five-year results of vital pulp therapy in permanent molars with irreversible pulpitis: a non-inferiority multicenter randomized clinical trial. *Clin Oral Invest.* 2015;19(2):335–41.
29. Asgary S, Eghbal MJ. The effect of pulpotomy using a calcium-enriched mixture cement versus one-visit root canal therapy on postoperative pain relief in irreversible pulpitis: a randomized clinical trial. *Odontology.* 2010;98(2):126–33.
30. Eghbal MJ, Haeri A, Shahrvan A, Kazemi A, Moazami F, Mozayeni MA, et al. Postendodontic pain after pulpotomy or root canal treatment in mature teeth with carious pulp exposure: a multicenter randomized controlled trial. *Pain Res Manag.* 2020;30:5853412.
31. Rossi-Fedele G, Ng YL. Effectiveness of root canal treatment for vital pulps compared with necrotic pulps in the presence or absence of signs of periradicular pathosis: a systematic review and meta-analysis. *Int Endod J.* 2023;56(Suppl 3):370–94.
32. Chugal NM, Clive JM, Spångberg LS. A prognostic model for assessment of the outcome of endodontic treatment: Effect of biologic and diagnostic variables. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001;91:342–52.
33. Hoskinson SE, Ng YL, Hoskinson AE, Moles DR, Gulabivala K. A retrospective comparison of outcome of root canal treatment using two different protocols. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;93(6):705–15.
34. De Chevigny C, Dao TT, Basrani BR, Marquis V, Farzaneh M, Abitbol S, et al. Treatment outcome in endodontics: the Toronto study – phase 4: initial treatment. *J Endod.* 2008;34(3):258–63.
35. Ng YL, Mann V, Gulabivala K. A prospective study of the factors affecting outcomes of nonsurgical root canal treatment: part 1: periapical health. *Int Endod J.* 2011;44(7):583–609.
36. Ricucci D, Russo J, Rutberg M, Burleson JA, Spångberg LSW. A prospective cohort study of endodontic treatments of 1,369 root canals: results after 5 years. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011;112(6):825–42.
37. Sigurdsson A, Garland RW, Le KT, Woo SM. 12-month healing rates after endodontic therapy using the novel GentleWave system: a prospective multicenter clinical study. *J Endod.* 2016;42(7):1040–8.