

Sensorveiledninger Fagprøven Høst 2022 - Skriftlig

Oppgave 1. Kasusvurdering

- a. Gi en overordnet beskrivelse av denne pasientens orale status basert på de foreliggende kliniske fotos og BW-røntgen, samt angi tentative diagnoser.

Pas har alle tenner, rel begr med restaureringer, to dype rest 17, 16 og 15, ellers uttalte erosjoner alle occl.flater, og spes 16, 26 pal. Graderes VEDE 4/5, gingivale retraksjoner med abrasjonsskader bucc, ok+/- renhold, med belegg ling ukj front. Noen sec.carieslesjoner, Noe festetap okj, tungebelegg, ling geogr. Overordnet: uttalte erosjonsskader

- b. Hvilke tilleggsundersøkelser vil du gjøre og hvorfor?

Grundigere anamnese, spes mht erosjoner og etterbeh av cancer (hvilken etterbeh.), regurg og ev kontakt med beh lege (fastlege). Pas opplevelse av slitasjeskadene og problemer med spising samt ising, ubehag. Finne ut hva pas selv opplever og ønsker for behandling. Når siste beh. Apikale rtg, spes 15, ev OPG, salivasjonstest om hyposalivasjon forverrer tilst. Tidligere rtg for å si noe om progr,

- c. Beregn denne pasientens karieserfaring basert på foreliggende fotos og røntgenbilder. Kan du si noe om denne pasientens kariesaktivitet?

DMFT ~10, kan eg ikke si så mye om aktivitet, lite grunnlag, men lesjoner tilgjengelig er mørke, dvs tilsynelatende liten kariesakt nå.

- d. Hva anser du som denne pasientens hovedproblem, og hva kan være mulige etiologiske årsaker til problemene?

Erosjonsskader, grave. Dyspepsi, regurg, magesyre, ref pal erosjonsskader i overkj, Kan ikke utelukke hyposal (pantoprazol og munntørrehet) og kosthold som modifierende faktorer.

- e. Skisser behandlingsalternativer og muligheter for denne pasienten som du vil diskutere med henne. Hvilken behandling vil du prioritere å starte med?

Beh må rettes inn mot det pas kommer for og opplysninger innledningsvis: op for mamma cancer, magesyre, skjøre tenner, misfarging og at de er vansker med å få maten ned. Vurdere så beh i samråd med pas, ønsker og forventninger. Vurdere aktiviteten i erosjonsskadene, Forebygging om progresjon, grundig info om beh.-behov og mulige årsaksfaktorer, og om pas er klar over skadene. Må gå inn på fargeforandringer som nevnt i innledningen. Innledende period beh (perio, tannstein og belegg i ukj), skifte fylling 14, vurdere først ev bondede kompositt restaureringer. Bittheving er neppe aktuelt her. Vurdere årsaker til tungebelegg.

Fotos, ev modeller for dokumentasjon av slitasjeskader

Oppgave 2. Kasusvurdering – Kariologi.

- a. Hvordan vil du undersøke og utrede denne pasientens smerte?

Spesiell anamnese, varighet av sympt, når osv. Ytterligere rtg, perk og palp test samt vittesting Is og el.

- b. Hva er tentative diagnose(r)?

Pulpitt, symptomatisk pulpitt, reversibel pulpitt.

- c. Skisser behandlingsalternativer som foreligger.

Selektiv ekskavering til læraktig dentin, 2-trinns ekskavering til soft dentin eller 1-trinns selektiv ekskavering til soft dentin

- d. Angi punktvis den behandlingen du vil foreslå i dette kasus (tann 46), begrunn valget, og hvilke momenter vil du vurdere før du iverksetter en eventuell behandling?

Eks. 2-trinnvis ekskavering og kriterier for denne beh: (dentinbro, ingen pulpittsymptomer og apikalt intet å bemerke rtg. Normalt vital tann

- e. Hvorfor kan trinnvis ekskavering eventuelt benyttes ved behandling av dyp karies og hva er kriteriene?

Trinnvis ekskavering reduserer risikoen for aksidentell perforasjon til pulpa ved dype kariøse angrep som ikke går til pulpa. Risikoen reduseres som følge av at:

- Dentintubuli nær pulpa obliterer ved at det påleires peritubulærdentin. Det dannes en sklerotisk sone mellom angrepet og pulpa som gjør dentinet mindre permeabelt.
- Det dannes sekundærdentin fra pulpasiden ved at udifferensierte celler (mesenchymale celler eller fibroblaster) omdannes til hårdvevsdannende (odontoblastlignende) celler. Avstanden til pulpa øker.
- Eventuelle gjenværende bakterier får dårlige livsbetingelser, og demineralisert dentin har mulighet til å remineralisere.

Oppgave 3. Kasusvurdering – Kariologi og Epidemiologi.

- a. Beskriv BW-røntgenbildene. samt registrer og grader karieslesjoner.

BW rtg 17/47 til 13/43, ser delvis 18, 23/33 til 27/37 delvis 28, kompositt fyllinger 17,26,27,37 og 47 dype 17,27 og 37, ok marginale forhold, rel vide pulpae (ung pas?)

17-Karies grad 1 M
16- Karies grad 2 D
47- karies grad 1 M
46-karies grad gr 2 D, 2/3 M
45- Karies grad 1 M
24- Karies O er usikker, må klin inspiseres
26 – Karies gr 1 D
27- Karies grad 2 M
36- karies grad 3 D, occl fylling?

Ikke marginal bentap. Må påse at kand ikke overreg, grad 1 / 2 er vanskelige å skille.

b. Hva ligger i begrepet «diagnostisering»?

... å registrere (eks karieslesjonene), og klassifisere (eks. gader og ev. aktivitet) samt si noe om årsakssammenheng og etiologiske faktorer.

c. Skisser her hvilke lesjoner du vil behandle non-operativt og hvilke operativt.

Skal nok her bare vurdere fylling i 36 d,, kan observere 46 og 27, alt etter info om kariesakt og pasientens oppfølging.

d. Hva er populasjonsbasert og risikogruppebasert kariesforebyggelse? Forklar begrepene kort og gi noen eksempler.

Populasjonsbasert forebyggelse er rettet mot hele befolkningen, dvs.alle individer, uansett om de har aktiv sykdom eller ikke, uansett livsstil og bruk av tannhelsetjenester

Eksempler: all form for tannhelseinformasjon, anbefalinger om bruk av fluortannkrem, fluor i drikkevann, begrenset tilgjengelighet av sukkerholdig mat og drikke (for eksempel på skoler), politiske tiltak (sukkeravgift).

Risikogruppebasert forebyggelse er rettet mot grupper i befolkningen som har mye karies/økt risiko for karies, istedenfor å bruke ressurser på alle. Det forutsetter at man har presise metoder for identifisering av risikoindivider.

Eksempler: Fluorlakk pensling, fissurforsegling, forskjellige inkalingsintervaller.

e. Hvorfor er det viktig å ha epidemiologisk kunnskap om karies og dentale erosjoner?

Epidemiologi er viktig for

- kartlegge sykdomsforekomst og behandlingsbehov i befolkningen, samt variasjon i disse i forhold til alder, kjønn, sosio-økonomisk bakgrunn.
- identifisere risikofaktorer for karies/erosjoner, slik at man kan bruke kunnskapen for å planlegge forebyggende tiltak.

Oppgave 4. Periodonti

1. Det er foreslått en toveis sammenheng mellom diabetes og periodontitt, altså at diabetes øker risikoen for periodontitt, og omvendt. Epidemiologiske studier har vist at dårlig kontrollert diabetes er en risikofaktor for periodontitt, og periodontitt er blitt kalt «den sjette komplikasjonen av diabetes». Periodontitt og diabetes mellitus er begge kroniske inflammasjonsbaserte sykdommer, der vertens inflammatoriske reaksjoner antas å være underliggende mekanisme for de fleste av de påvirkbare risikofaktorene i begge tilstander; dvs endret immunrespons (dårlig kontrollert diabetes -> hyperglykemi -> AGE/RAGE -> lokal immunologisk dysfunksjon, cytokin ubalanse -> periodontal vevsødeleggelse, redusert regenerasjonsevne, svekket sårtilheling -> forverring av periodontitt.
(Periodontitt påvirkning på diabetes er foreslått -> systemisk inflammatorisk tilstand -> forverring av diabetes)
2. (Gingivitt, generell (> 30% av «sites» = flater, lokalisert (< 30%))
 - A) Periodontitt, generell (> 30% av tenner), lokalisert (< 30% av tenner) Ikke lenger kronisk, marginal eller aggressiv etc
 - B) Periodontitt som manifestasjon av systemiske sykdommer (Den underliggende tilstanden/sykdommen er årsak til periodontitten)
 - C) Nekrotiserende periodontale sykdommer (nekrotiserende gingivitt, nekrotiserende periodontitt, nekrotiserende stomatitt)
3. Stadier (1,2,3,4) som beskriver utbredelse og alvorlighetsgrad og Grader (A,B,C) som beskriver pasientens risikoprofil.
4. Inflammasjons(frihet)/-kontroll

Oppgave 5. Protetikk

a.

- 15 Ekstraksjon. Hvis tannen ønskes erstattet kan det gjøres med implantatretinert krone eller bro (2- eller 3-ledds). Pga. relativt liten fylling i 16 er implantatretinert krone førstevalget.
- 25 Endodontisk behandling (hvis avital).
- 25. Fremstilling av støpt stiftkonus (hvis ikke tilstrekkelig tannsubstans til å kunne forankre en krone) og krone. Det kan fremstilles direkte fremstilt stiftkonus hvis det etter endodontisk behandling viser seg at det er for lite gjenværende tannsubstans til at man tror at det holder med kun fylling, men det er en nødløsning som sjelden trenger å benyttes.
- 25 Restorativ behandling med MODL kompositt.

b.

MK-bro:

- Fordeler; velkjent metode, kan avsluttes med knivskarp egg
- Ulemper; estetisk (hvis ikke dyktig tanntekniker).

Zirkoniumdioksid-bro:

- Fordeler; estetisk (hvis dyktig tanntekniker), metallfritt

- Ulemper; krever kraftigere dimensjonerte «loddepunkter», kan ikke avsluttes med så tynn kant som MK, finnes det langtidsstudier av nettopp det materialet som blir valgt i dette tilfellet?

c.

- Fordeler; besliper kun en tann (mindre biologisk kostnad), billigere
- Ulemper; risiko for pilarfraktur eller løsning pga. hevstangsprinsipp eller horisontal belastning.
- Kan lages; 11/21 med hengende 12/22, 13/23 med hengende 12/22, 16/26/36/46 med hengende 15/25/35/45 og 43/33 med hengende 42/32.
- Kan i utgangspunktet ikke lages noen andre steder, f.eks. 15 med hengende 16 eller 14 med hengende 13. I utgangspunktet ikke distale ekstensjoner, men unntak for 11/21 med hengende 12/22

d.

- Retensjonsform: den formen som gir feste mot løsning langs innføringsretning på prepareringen
- Motstandsform: den delen av prepareringen som hindrer kronen i å vippe av eller rotere når den blir utsatt for horisontale krefter

d) Motstandsform- Form som unngår løsning av protetisk arbeid (krone/bro) på grunn av krefter i axial retning.

Retensjonsform: Form som unngår løsning av protetisk arbeid(krone/bro)på grunn av krefter i innførselsretning.

Oppgave 6. Pedodonti – Traumatologi

- Skisser kort hvilke undersøkelser du vil gjøre, samt angi punktvis akuttbehandlingen som er nødvendig.
 - Hva er prognosen for tann 21?
 - Hvilke rettigheter har denne pasienten i Den offentlige tannhelsetjenesten?
-
- Klinisk us, grundig anamnese, rtg, se etter skader ut over tann 21, vit.testing, registrere som skoleskade.
Ev sårbeh, suturer om nødv, smertestillende, anestesi, reponering, fixering, infortmasjon om muligheter og videre beh, etterkontroller
 - Usikker endo, ok for tann
 - Dekket gjennom DOT, siden dekket offentlig gr. Skoleskade gjennom HELFO ref.