

# EKSAMENS OPPGAVER med sensorveiledning 10.e semester

28. Maj. 2019.

**Generelt:** Det bør være sammenhengende, forståelige setninger. Enkelte steder er det naturlig å sette opp punkter, men det bør alltid være en tekst som forklarer hva som menes med et slikt oppsett, dvs. punktene må ikke stå alene. Løsrevet, uten forklaring. Sensor kan da bare gjette om kandidaten har forstått spørsmålet som er besvart.

Utenomstakk teller ikke positivt. Dersom det er en lite fullstendige besvarelse ellers, bør det heller telle negativt.

## Oppgave 1

Syv skolebarn kom til tannklinikken i dag.  
Hvilke barn bør henvises til kjeveortoped, og hvorfor?

7

## Sensorveiledning

Kasus 1: **Bør henvises. Kryssbitt med asymmetri/tvangsføring.** (3p)

Kasus 2: **Bør henvises. Stort overbitt og dypt bitt** (3p)

Kasus 3: **Bør henvises. Invertert fortann/plassmangel.** (3p)

Kasus 4: **Henvises dersom agenesi av premolar, ellers ikke. Infraokklusjon melkemolar/sekundært retinert.** (Distale hjørnet til tann 12 viser tendens til invertering, men for dette kan man avvente henvisning til 13 har eruptert). (7p)

Kasus 5: **Bør henvises. Invertering, to fortenner.** Kan også henvises for **plassmangel u.kjeve- front** med noe trangstillingsutvikling. (3p)

Kasus 6: **Henvises ikke. Ektopisk frembrudd, seksårsjeksell.** (kan behandles interceptivt, vurdere behov for plassholder). (4 p)

Kasus 7: **Bør henvises. Ektopisk hjørnetann i overkjeven.** (2p)

## Oppgave 2

Indikasjon for tiltak? Begrunn svaret.

### Sensorveiledning

Ikke behov for behandling per i dag, distale roten på 75 viser tegn på resorpsjon, her kan man forvente at 35 retter seg opp spontant og vi kommer å se en normal erupsjon av 35. Tannlegen følger med i rot utviklingen av 35. Tannlegen vurderer behov for ekstraksjon av 75. **(8poeng)**

## Oppgave 3

Anteriort kryssbitt med tvangsføring, dvs. kant-i-kant bitt er mulig når Mandibula er i "centric relation" (Pseudo class I).  
Bør pasienten henvises til kjeveortoped?

### Sensorveiledning

Henvises. **Tvangsført anteriort kryssbitt (?) /underbitt. Agnesi 12,** tann 13 er på 12 sin plass. Mulig agnesi av 22? Trolig skeletal (basal Angle kl III). Fordi det er såpass **dypt bitt** (vertikal overlapping), vil labialflatene på overkjeve-incisivene bli **atridert** og man mister tannsubstans (irreversible skader). Oppheve **tvangsføring for at unngå fremtidige TMD-problem. (10 p)**

## Oppgave 4a

Du har begynt som klinikkssjef i Tannhelsetjenesten og du har fått i oppgave å utforme en retningslinjer og rutiner for på best mulig måte å følge opp barn- og ungdomspasienters tannerupsjon:

Hvordan vil du utforme retningslinjer om hvordan overkjevehjørnetenner (**13, 23**) skal følges opp?

## Sensorveiledning

Systematisk undersøkelse av hjørnetenner skal gjennomføres på **alle** barn

- Anamnese
- Inspeksjon
- Mobilitet
- Palpasjon
- Plassanalyse

Hvis anamnese og kliniske tegn signalisere erupsjonsforstyrrelse av den permanent hjørnetannen, bør man gjøre en **radiologisk undersøkelse**.

**8-10 %** av barn >10 år er i behov av en radiologisk vurdering for at få tilstrekkelig informasjon om hjørnetannen lokalisasjon av hjørnetannen.

- **Inspeksjon:** Vurdere lateralens posisjon, Vanlig at laterale tippene er noe distalt, men obs hvis de er **proklinerte (markert tipping av kronen på den laterale incisiven)**. Man må se på antall erupterte permanente tenner. Se etter **asymmetrier i frembrudd** (erupsjon) mellom høyre og venstre side, og relatere dette til **pasientens alder og dental alder**.
- **Palpasjon:** Ved normal utvikling skal den permanente hjørnetannen være **palperbare i overgangsfolden regio 13,23 fra ca (9)-10 års alder, (1-2 år før frembrudd)** (viktig å vurdere dental alder). Man vil da kunne palpere en bulk langs alveolarprosessen som indikere en normalt eruperende hjørnetann. Hvis de **ikke er palperbare må man mistenke problemer med frembrudd av hjørnetannen og sjekke spesielt for å bekrefte eller avkrefte om det foreligger en feilposisjonering av hjørnetannen**. Ta apical-røntgen og el **peilerøntgen**. Skader på røtter til nabotenner er de store risikoene ved å ha en hjørnetann som ikke befinner seg på riktig sted.

- **Melketannens mobilitet:** Melketennene 53,63 bør alltid testes for mobilitet. Hvis melkehjørnetannen «står helt fast», kan det bety at den permanente hjørnetannen har kommet ut av sin erupsjonsvei. Melkehjørnetannen **bør vise mobilitet ved 9-10 års alder.**
- **Plassanalyse:** vurderer plassen for 13,23. **Plassoverskudd** (ex tapptann 12,22 eller agenesi 12,22) i fronten kan ses ved ektopiske hjørne tenner, eller vurderer plassmangel.
- **Anamnes:** - **Familiær historie med ektopiske hjørnetenner.** Forekomst av andre dentale anomalier. Eksempel på dette kan være agenesi av 2.premolar, og/eller tapp tanns form på lateralene, agenesi 12,22 og/ eller ektopiske første molarer, infraokklusjon av melkemolarer, distoangulering av ueruptert mandibulær 2. premolar. alle informasjon fra ANAMNESE som bør lede til utredning av hjørnetennene **(32 p)**

#### Oppgave 4b

Hva er behandlingen for en maxillær hjørnetann som har ektopisk frembrudd?

- Tidlig behandling.
- Prognose.
- Sen behandling.

#### Sensorveiledning

- Ved ektopisk hjørnetann, **tidlig ekstraksjon av 53, 63 (symmetrisk ekstraksjon).** Henvise til kjeveortoped. Følg med i utviklingen for å se om 13,23 responderer gunstig på fjerningen av melkehjørnetennene, ta periapical rtg (peilerøntgen) **ca 3 mnd etter ekstraksjon av 53,63.** Om oppfølgingen av 13,23 skulle vise en ugunstig eller ingen endring i posisjon av tennene, vil det være behov for **kirurgisk blottlegging av 13,23.** Det vil da vurderes om det ska være en **lukket** (med feste av sleper for aktiv fremføring), eller **åpen fremføring.**
- Ekstraksjon av 53,63, i kombinasjon med headgear (HG), og **ekstraksjon også av første melkemolar 54,64,** øker sjansen for at hjørnetannen retter seg opp. Ekstraksjon av 53,63 i kombinasjon med **RME (rapid maxillæri ekspansjon)** øker også sjansen for at hjørnetannen retter seg opp.

Prognosen for oppretting av 13,23 forverres jo lenger mot midtlinjen og jo mer horisontalt 13,23 ligger (9p)

## Oppgave 5

Krysse av på de utsagn du er enig i.

### **Gutt 8 år med et horisontalt overbitt på 11mm, mobbet, leppedysfunksjon, dypt bitt med påbitning i ganen**

- a.  **X** Gutten bør henvises tidlig til en kjeveortopedisk konsultasjon, for å starte med en såkalt ortopedisk fase for å styre veksten i ønsket retning.
- b.  **X** Gutten bør henvises tidlig for eventuelt sette inn tiltak for en underleppe som ligger bak overkjeveincisivene vil ved svelging utøve en kraft som kan proklinere overkjeveincisivene og retroklinere underkjeveincisivene ytterligere.
- c.  **X** Den ortopediske apparaturen (aktivator, maxillator etc. ) må brukes 10-12 timer i døgnet for å ha god effekt. Varigheten av denne behandlingen er avhengig av hvor stort overbittet er og hvor mange timer pasienten bruker platen.
- d.  **X** Dersom pasienten har et stort overbitt, vil det være fornuftig å modifisere veksten over lengre tid; det bedrer prognosen (8 p)

## Oppgave 6

Hvilke ulike årsaker kan ligge til grunn for midtlinjeforskjyvning, og hvordan diagnostisere dette?

### **Sensorveiledning**

Momenter: Plassmangel med resorpsjon av to melketenner med skjevt frembrudd til den ene siden. Tanntap, agenesi/patologi (cyste etc.), asymmetri, fingersugning med deviasjon av tannbuen, eventuelt smal overkjeve med transversalt cuspebitt og tvangsføring til unilateralt kryssbitt, asymmetrisk vekst spesielt av kondylene (hypo- og hyperplasi). Diagnostiseres ved: at avslappet underkjeve føres inn i terminal okklusjon (RP).

Rtg/OPG aktuelt ved diagnostikk av patologi, asymmetrisk vekst av kondylene.

For øvrig direkte inspeksjon, telle tenner (8 poeng)