

EKSAMENS OPPGAVER med sensorveiledning 10.e semester

29. mai 2018. Kl 14.30-16.30

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.

Alle oppgavene teller likt, dvs 25 %

1a. **Hvordan vil du overvåke frembruddet av de maxillære hjørnetennene?**

Sensorveiledning:

- **Inspeksjon:** Vurdere lateralens posisjon, Vanlig at lateralene tipper 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:** vurdere plassen for 13,23. Plassoverskudd (ex tapptann 12,22 agenesi 12,22) i fronten kan ses ved ektopiske hjørne tenner.
- **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

1b. **Hva menes med ektopisk frembrudd av hjørnetennene?**

Definisjon? Prevalense? og Etiologi?

Sensorveiledning:

Definisjon: Med ektopisk frembrudd menes hjørnetenner med feil frembruddsretning og/eller avvikende aksestilling.

Prevalense: 2-3% prevalens for ektopi av hjørnetenner. De fleste (60-80 %) ligger palatinalt. 8-10 % trenger røntgenundersøkelse (peilebilder, aksialbilder, og i noen få tilfeller CBCT). Ofte plassmangel ved labialt retinerte hj. tenner.

Etiologi: lang erupsjonsvei, feil posisjon av av tannanlegget, arvelige orsaker, ektopiske hjørnetenner kommer ofte sammen med andre dentale anomalier (Ektopisk 1.e molar kan være et første tegn på øket risk for ektopisk hjørnetann, ofte plassoverskudd som agenesi/tapptenner av lateralene ved retensjon av palatinalt beliggende hjørnetenner. agenesi av andre premolar,

c. **Hva vil du gjøre når en maxillær hjørnetann har ektopisk frembrudd?**

Sensorveiledning:

Ved palatinalt ektopisk hjørnetann, tidlig ekstraksjon av melkehjørnetann. 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. **Henvise til kjeveortoped** 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. Samt Ekstraksjon i kombinasjon med RME (rapid maxillæri ekspansjon). Prognosen forverres jo lenger mot midtlinjen og jo mer horisontalt hj.tannen ligger.

2. **Hvordan vil du informere pasient/foresatte om mulig behandling ved diagnostisert agenesi av 35 og 45 hos et 10 år gammelt individ med:**

- a. Angle kl I, normal HoB og VoB, jenv fine buer.
- b. Angle kl I, plassmangel i begge kjever
- c. Angle kl I, 36 og 46 er sterkt affisert av MIH"

Sensorveiledning:

Henvise til kjeveortoped for konsultasjon og behandlingsplan og behandlings tidspunkt fra et kjeveortopedisk ståsted (2a-2c)

- a. -Ved gode røtter på 75 og 85, og ingen andre indikasjon for behandling, beholdes 75,85.
Ingen behandling, vurderer Autotransplantasjon
- b. -Ved plassmangel i begge kjever er ex 2 premolarer i overkjeven og 75, 85 med -- kjeveortopedisk lukning aktuelt eller Autotransplantasjon.
- c. – Autotransplantasjon til 35,45 sin plass fra 15,25 feks, eller ingen behandlingVurder plassforhold, trangstilling/plassoverskudd, fortanns bitt, særlig dypte bitt,

Ved alle kasus: Vurder plassforhold, trangstilling/plassoverskudd, fortanns bitt, særlig dypte bitt, bimaxillær proklinasjon.

Ulike behandlingsalternativ

- 1. Autotransplantasjon** Autotransplantasjon ofte aktuelt, særlig ved store overbitt og god plass i underkjeven, dypt bitt.
- 2. kjeveortopedisk lukelukking** Ved moderat overbitt og plassmangel i underkjevens front, kan ex 14, 24 og 75, 85 være aktuelt. Kjeveortopedisk lukelukking
- 3. -Ingen behandling, behold melkemolarer 75,85**

4. Interseptiv (hemiseksjonering)

3. Seks-årsmolarenes innstilling. Beskriv de forhold som er med på å etablere en nøytral relasjon fra frembrudd til det permanente tannsett er etablert.

Sensorveiledning:

- **Betydning av terminalplanet**

-**Early mesialshift**

Mesialt step: første molar erupterer direkte inn i nøytral relasjon (

Rett avslutning: To muligheter:

1) Lukning av primatluker ved frembrudd av første molar. Mesialt press fra første molar. Mesial forskyvning av ukj. tannrekke er mer uttalt enn for okj. tannrekke fordi primatlukene er lokalisert lengre distalt (primatlukene i okj. lukkes på et noe senere tidspunkt i forbindelse med frembrudd av incisivene.

2) Melketannsett uten luker. Første molarer bryter frem i kuserelasjon.

-**Late mesialshift** Angle klasse I kan etableres når melkemolarene felles og premolarene bryter frem (Lee-way space større i ukj. enn i okj.)

Distalt step: Distalrelasjonen vil oftest beholdes.

-**Noe vekst**

4. Sekundær retensjon av melkemolarer.

- a. Definisjon,
- b. Prevalens
- c. Behandling

Sensorveiledning:

- a. Tann som har vært i full okklusjon og som ikke følger med de andre tennenes vertikale vekst og til slutt blir i infraokklusjon.
«Erupsjonen stanser opp etter at tannen er brutt frem».
Tilstanden er progressiv. Kan ramme både melke- og permanente tenner, vanligst med andre melkemolarer (75,85) i underkjeven. Kan diagnostiseres fra 7-8 års alder. Ved sekundærretensjon er det sjans for agenesi av den permanente tannen og melkemolaren er vanligvis ankylosert.
- b. **Prevalensen er 8-14 %**
- c. -I tilfelle hvor **det er anlegg for 35 og 45** fører sekundærretensjon vanligvis ikke til forsinket felling, og tilstanden kan i de fleste tilfellene observeres.
-I tilfelle hvor det er ektopiske 35 og 45, kan melketennene vurderes og ekstraheres for å lede frembruddet av 35,45. Rotutviklingen på de permanente tennene bør være halvveis kommet før ekstraksjon. Bruk av plassholder etter ekstraksjon av 75,85 bør også vurderes. Ved tendens til tipping av 36,46 og overerupsjon av antagonist kan det legges kompositt på okklusalflaten til 75,85 for å hindre videre forstyrrelser i okklusjonen.

Ved agenesi av 35,45 (henvis til kjeveortoped)

ved normal skeletal og dentoalveolær relasjon:

-**Interseptiv behandling.** Slipe 75,85 ved 8-9 års alder, deretter ekstraksjon av 75,85 (Hemiseksjonering)

-**Autotransplantasjon** av premolarer fra overkjeven

-Kjeveortopedisk luke-lukking