



BARNTANDLÄKARBLADET

SVENSKA PEDODONTIFÖRENINGENS MEDLEMSBLAD

NUMMER 1-2006/ÅRGÅNG 19

TRAUMA

Västra sektionen granskar trauma från ovan

Barntandläkarbladet

ISSN 1400-6324

Organ sedan 1989 för
Svenska Pedodontiföreningen
Swedish Society of Paediatric Dentistry



Svenska Pedodontiföreningen 2006

Styrelsen

Ordf. Gunilla Klingberg
Skr. Margareta Grindefjord
Kassör Karin Ridell
Anna-Lena Erlandsson
Sven-Åke Lundin
Georgios Tsilingaridis
Christer Ullbro

Norra sektionen

Ordf. Hans Forsberg
Christina Stecksén-Blicks
Anna-Lena Erlandsson
Carin Pilebro
Catarina Kieri
Ylva Britt Wahlin

Södra sektionen

Ordf. Berit Söderholm
Gunilla Magnusson
Elisabeth Lager
Åsa Hasselblad Larsson
Margareta Borgström

Västra sektionen

Ordf. Joanna Malinowski
Britt Alander
Gunilla Klingberg
Tobias Nilsson
Johanna Norderyd
Marianne Rythén

Östra sektionen

Ordf. Christina Tidbeck
Kerstin Carlstedt
Lena Permert
Margareta Lundberg
Ewa Bergman

Innehåll:

Styrelser.....	3
Från redaktionen	4
Nästa nummer.....	4
På gång.....	4
Stipendier att söka.....	5
Orföranden har ordet.....	6
Traumaöversikt på vårmötet.....	8
Sektionerna rapporterar.....	10
Två replantationer – olika resultat..	11
Exartikulerad tand – replanteras eller väljas inplanterad.....	12
Traumakurs i Uddevalla.....	13
Traumakongress i Reykjavik.....	14
Olika lidokain/prilokain.....	15
Var finns anvisning om bästa behandling?.....	15
Blivande kolleger i Västsverige.....	16
Boktips.....	17
EPG-plattor.....	18
Unika tandtekniker.....	19
Behandling med gomplatta.....	20
Skillnader mot svensk tandvård.....	22

Omslagsbild

Längst västerut i den mellersta bohusländska skärgården ligger dessa bilfria öar. Den husbeklädda Gullholmen är ett av västkustens äldsta skeppar- och fiskesamhällen.

Här kan man bl.a. besöka Skepparhuset från 1800-talet med rum och inventarier i ursprungligt skick.

Utanför ligger Hermanö som, förutom den östra bebyggda delen, är ett naturreservat med en arkitektonisk flora och med ett berg fyllt av spännande gångar och grottor.

Foto:
Gunbritt Crona-Larsson

Från redaktionen

Nya tag och nytt nummer från oss i västra sektionen. Vi tackar den södra sektionen för deras arbete och hoppas att ni alla där ute hjälper till att fylla vårt medlemsblad med ett bra och intressant innehåll.

En åtta personer stark redaktion väl utspridd i den västra regionen har försökt att kommunisera och arbeta med detta nummer.

Arbetet har tidvis varit tungt och stressande. Vi i redaktionen blev relativt nöjda. Resultatet har du nu i din hand – hoppas också du blir nöjd.

Jan Berdén

Redaktionen 2006/2007

Jan Berdén	Karlstad
Gunbritt Crona-Larsson	Uddevalla
Bengt Olof Hansson	Jönköping
Inger Jönsson	Skövde
Ted Lundgren	Göteborg
Joanna Malinowski	Göteborg
Tobias Nilsson	Mölnadal
Mari Louise Odersjö	Borås

På gång....

8-11 juni 2006	EAPD Amsterdam, Nederländerna
8-13 juni 2006	IAPD München, Tyskland
28 juni-1 juli 2006	IADR Brisbane, Australien
23-26 aug. 2006	IADH Göteborg
5-6 sept. 2006	Tandläkarförbundet planerar två dagar i samarbete med SoS & HSAN - Patientsäkerhet - Regler
26-28 sept. 2006	Barntandvårdsdagar, Jönköping
26-28 okt. 2006	Riksstämman, Stockholm
21-24 mars 2007	IADR New Orleans, USA
12-14 jan. 2008	IADT Nagoya, Japan

Nästa nummer:

Artiklar, insändare och bidrag insändes till redaktionen senast 1 oktober 2006.

Materialet bör bifogas i mail i rtf-format eller som Word-fil. Redaktionen förbehåller sig rätten att redigera och korta insända texter.

Bilder bör insändas i JPG-format med en upplösning på minst 300 dpi. (cirka 1024x1280 bildpunkter)

Material sänds till Jan Berdén (jan.berden@liv.se)



Så här glad kan man vara vid efterkontroll efter extraktion av 51, 61 pga trauma, om omhändertagande och sedering fungerat

Stipendier att söka

Stiftelsen Barntandvårdsdagars stipendium för forskning och utveckling

Stipendium på 5 000 kronor för forskning och utveckling inom barn- och ungdomstandvården förklaras här med till ansökan ledigt.

Stipendiet kan sökas av alla inom tandvården som arbetar med barn och ungdomar och kan utdelas till en eller flera personer.

OBS detta stipendium kan sökas direkt via webben på www.spf.nu

Stipendiet utdelas i samband med Barntandvårdsdagarna 28–29 september 2006.

Det åligger stipendiaten att lämna rapport av forsknings- eller utvecklingsprojekt till Stiftelsen Barntandvårdsdagar samt för publicering i Barntandläkarbladet.

Stiftelsen Barntandvårdsdagars stipendium för nyblivna specialister i pedodonti

Stipendium på 5 000 kronor att användas till resa för deltagande i kurs eller vetenskaplig kongress med intresse för specialister i pedodonti förklaras härmed till ansökan ledigt.

Stipendiet kan sökas av tandläkare som under det senaste året erhållit bevis på specialistkompetens i pedodonti av Socialstyrelsen.

Resan skall genomföras inom en tvåårsperiod efter stipendiets erhållande. Det åligger stipendiaten att inom tre månader efter resans genomförande skriva en reserapport för publicering i Barntandläkarbladet.

Till ansökan skall bifogas bevis om specialistbehörighet samt den sökandes curriculum vitae. Stipendiet utdelas i samband med Svenska Pedodontiföreningens Årsmöte 2006.

Arvid Syrrists rese- och forskningsstipendium

Rese- och forskningsstipendium på 10 000 kronor ur Arvid Syrrists fond för Internationellt samarbete förklaras härmed till ansökan ledigt. Stipendiet kan sökas av medlemmar i Svenska Pedodontiföreningen och kan utdelas till en eller flera personer. OBS detta stipendium kan sökas direkt via webben på www.spf.nu

Det åligger stipendiat att lämna reseberättelse alternativt forskningsrapport till Svenska Pedodontiföreningen för publicering i Barntandläkarbladet. Stipendiet utdelas i samband med Svenska Pedodontiföreningens Årsmöte 2006. Till ansökan skall bifogas bevis om specialistbehörighet samt den sökandes curriculum vitae.

Svenska Pedodontiföreningen – MEDA resestipendium

MEDA AB Sverige delar årligen ut resestipendium om 5 000 kr.

Ansökningsdatum är den 1/9 och stipendiet delas ut av representant från företaget vid Barntandvårdsdagarna (28–29 september 2006).

OBS detta stipendium kan sökas direkt via webben på www.spf.nu

Det åligger stipendiat att lämna reseberättelse till MEDA Sverige AB, till Svenska Pedodontiföreningen samt för publicering i Barntandläkarbladet.

Årets Pedodontistudent

De odontologiska fakulteterna utser varje år Årets pedodontistudent vid respektive fakultet. Utmärkelsen utgörs av ett års medlemskap i IAPD, vilket också medför ett års prenumeration på föreningens tidskrift *International Journal of Paediatric Dentistry*.

Information har skickats till respektive fakultet.



För alla stipendier gäller:

**Sista ansökningsdag är
1 september 2006.**

Ansökningshandlingar och stadgar för stipendierna finns på www.spf.nu eller kan rekvireras från Gunilla Klingberg

Ansökan insändes till:

Gunilla Klingberg
Mun-H-Center, Odontologen
Medicinaregatan 12 A
413 90 Göteborg

OBS att Stiftelsen Barntandvårdsdagars stipendium för forskning och utveckling, Arvid Syrrists rese- och forskningsstipendium och Svenska Pedodontiföreningen – MEDA resestipendium kan sökas direkt via föreningens hemsida!

www.spf.nu

Ordföranden har ordet

Sol och värme och pedodonti

Värmötet har precis ägt rum i Tällberg. Temat var Trauma i det unga permanenta bettet och en långa rad duktiga föreläsare bidrog till att årets möte blev en succé. Helt klart var det läge för ett kliniskt tema och föreläsningarna gav en god uppdatering på området, men också nya kunskaper. Vi var sammanlagt 58 deltagare. Särskilt roligt var att sju kollegor från Norge deltog. Kanske är det dags att öka samarbetet med våra skandinaviska och nordiska kollegor?! Det var också många nya svenska ansikten med i år – ST och blivande ST – jättekul att ni var med och varmt välkomna i Svenska Pedodontiföreningen!

Sedan blev det ju inte sämre av att Tällberg och Dalarna visade sig från sin allra bästa och vackraste sida – grönskande vår och värme.

Tack Georgios och Bosse för ett super-arrangemang!



58 föreningsmedlemmar deltog i vår mötet i Tällberg 11–12 maj 2006

Hem kom de flesta också som planerat. Det var en del strul med tåg, någon klev av fel och några fick vänta två timmar i Katrineholm på grund av förseningar. Presentationerna från värmötet läggs ut på hemsidan inom kort – titta under fliken Kalendarium och sedan Vår möten.

I samband med värmötet hade vi också ett föreningsmöte. Det viktigaste här var att de nya stadgarna antogs av föreningen (kommer också att uppdateras på hemsidan inom kort). Stadgeändringarna var ju delvis en följd av att Pedodontiföreningen ansökt om och erhållit associerat medlemskap i Sveriges Tandläkarförbund.

Förbundet hade ju tidigare ett råd för specialist- och ämnesföreningar. Detta lades ned för två år sedan och man har nu istället beslutat att samarbeta med specialistföreningarna via det associerade medlemskapet. Hur detta kommer att fungera vet vi inte än. Som specialistföreträdare önskar man ju att specialistfrågorna hade större tyngd i



Förbundet, men om vi vill driva sådana frågor måste det ske via Riksföreningarna, Tjänstetandläkarna respektive Sveriges Odontologiska Lärare. Lite synd med tanke på allt det arbete som specialist- och ämnesföreningarna gör för svensk odontologi inte minst i samband med Riksstämman. Ett första möte är i alla fall kallat till – den 1 juni – då vi bland annat får veta mer om hur arbetet med översynen av specialistutbildningarna går.

I mars var jag tillsammans med Margareta Grindefjord och Sven-Åke Lundin på Socialstyrelsen för att diskutera Svenska Pedodontiföreningens syn på utredningen och framtida specialistutbildning. Det var en intressant diskussion. Man hade förslag på sex olika basområden med sammanlagt fjorton möjliga specialistområden. En tanke var en del gemensamma utbildningar inom respektive block/basområde. Vi var inte nöjda med att hamna i ett basområde betecknat Patienter med särskilda behov tillsammans med sjukhustandvården. Gruppen särskilda behov beskrevs som personer med sjukdom eller funktionshinder. Vi sade att detta bara utgör en del av pedodontistens arbetsuppgifter och patientgrupp. Vi arbetar i mycket högre utsträckning med oral rehabilitering av unga personer. De specialister vi har mest samarbete med är ortodonti och käkkirurgi. (Sen har vi i för sig ett samarbete med sjukhustandvården när det gäller överföring av en del 19-åringar.) Vi poängterade också att **barnkompetens** är det centrala i pedodontin – att ha kunskap och kompetens om den växande individen, psykologiskt såväl som somatiskt och kommunikativt. Här ingår den orala och dentala dynamiken hos den växande individen. Det är också ett krav på barnkompetens i vården; barn har rätt att få vård av ”barnkompetent” personal och i miljöer som är anpassade för barn. Socialstyrel-

sens utredare tog till sig dessa argument och sade sig se att vi kanske inte hörde ihop i ett gemensamt block med sjukhustandvården. Vi får se vad som blir. Just nu pekar en del mot att vi hamnar tillsammans med ortodontin i ett block med huvudsaklig inriktning på barn och unga.

Helt klart är att pedodontin kommer att finnas kvar. Utredningen kommer ut på remiss under juni månad och sedan är det antagligen bråttom för uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 31 augusti.

Barnkompetens! är ju också temat för årets Barn- tandvårdsdagar i Jönköping den 28 och 29 september (obs. torsdag och fredag). Vi har fått ihop ett bra program med välrenommerade föreläsare. Det blir allt från odontologiska, medicinska och sociala aspekter på barnkompetens till smärta och epidemiologi. Du har säkert sett annonsen i Tandläkartidningen och den har även mailats ut.

Nu är det upp till oss som medlemmar att sprida konferensen till alla i tandvården som jobbar med barn- och ungdomspatienter och likaså till tandvårdschefer och beställare.

Barn och ungdomars tänder och tandvård måste synliggöras, att få många deltagare i Jönköping är ett sätt. Du kan hjälpa till genom att göra reklam i ditt landsting. Maila gärna ut annonsen till ditt nätverk. Annonser och anmälningar finns på föreningens hemsida www.spf.nu. Det går även att anmäla sig online.

Med jämna mellanrum nås styrelsen av berättelser som tyder på att barn- och ungdomstandvården inte alltid fungerar så bra som den borde. Vi får ta del av fall där barn/ ungdomar inte fått den tandvård de borde haft och där konsekvensen blivit både smärta och kanske förlorade tänder för barnet/ungdomen. Listan över exempel kan göras lång. Det är barn om inte träffar tandläkare förrän i tonåren. Diagnostiserad karies på 1–2-åringar som inte behandlas och där barnet söker akut flera gånger utan att få hjälp och där remiss går till pedodontin först vid 4–5-års åldern – då med omfattande extraktionsterapier som enda utväg. Återremitterade patienter som inte följs upp etc. Kanske inte det vi tänker på när vi talar om svensk tandvård i ett resursstarkt i-land år 2006 – men likväl. Pedodontisterna säger att fallen egentligen borde ha anmälts som avvikelser eller enligt Lex Maria – men att det är omöjligt. Om detta sker bränns broarna till dem som remitterar och det går i sin tur ut över, just det, bamen. På något sätt måste de här problemen synliggöras. Vi måste våga samla ihop fall, sammanställa och sedan få upp det till diskussion med kanske både tandvårdens organisationer och Socialstyrelsen. Om du har något exempel från din verksamhet som kan vara värdefullt att få ta del av, kontakta mig eller någon annan i styrelsen. Det är jätteviktigt att påpeka att vi vill få igång en debatt och att målet är att barn och ungdomar skall få ett bra omhändertagande och bra vård. Det handlar inte om att peka ut någon behandlare eller vårdgivare. Hör av dig om du har synpunkter!

Inom kort är sommaren här men innan dess har EAPD sin kongress i Amsterdam andra veckan i juni. Några av oss träffas där. Vid EAPD kommer man att fastställa guidelines för sedering. Utkastet till dessa finns på EAPDs hemsida www.eapd.org. I Amsterdam skall också ett första förslag till riktlinjer kring behaviour management presenteras. Dessa är resultatet av förra årets workshop i Köln. Det har inte varit helt lätt att jämk ihop olika länders syn på hur man bemöter och behandlar barn som av någon anledning inte samarbetar direkt vid tandbehandling. Samtidigt som det ibland kan tyckas den gemensamma nivån som man arbetar sig fram till känns fel, så är diskussionen och samarbetet viktigt. I norra delarna av Europa har vi helt klart i många delar ett annat sätt att se på barnet som patient, autonomibegreppet med mera. Men det är inte så många år sedan vi lärde väldigt mycket av våra kollegor på sjukvårdssidan som tidigt arbetade aktivt med barnkonventionen i sin kliniska verksamhet. Fortfarande har vi mycket att lära och det finns anledning att ha mer kontakter och samarbete med sjukvården både i Föreningen och lokalt ute i landstingen. Vi återkommer i frågan, om inte förr så vid Barn- tandvårdsdagarna. Vi ses då!

Sommarhälsningar

Gunilla Klingberg
Telefon arbetet 031-750 92 00
Telefon bostad 031-336 80 28
gunilla.klingberg@vregion.se



Sommarkänning vid Siljans strand

Vårmetet 11–12 maj 2006



När vårsolen strålade och naturen stod i sitt skiraste flor samlades vi på Åkerblads i Tällberg vid Siljans strand på det forna skjutsstället med anor tillbaka till 1400-talet. Liksom bygdens förste turist, H C Andersen, blev vi betagna i traktens skönhet. En njutning var också den bygdehistoriska vandringen genom Tällberg med den färgstarka guiden Signe Alm.



Efter invigning av ordförande Gunnilla Klingberg tog det vetenskapliga vid.

Vart tredje barn drabbas

Eva Borssén, Umeå, bjöd oss på en genomgång av den epidemiologiska grunden för trauma i det unga permanenta bettet. 10–15 % av alla barn söker för tandolycksfall varje år och mest olycksdrabbade är barn mellan ett och två år.

Risikfaktorer är trångboddhet, manligt kön och en horisontell överbitning på mer än fem millimeter. Enligt Evas journalstudie på 16-åringar från Västerbotten drabbas vart tredje barn av tandskador. 25 % drabbas upprepade gånger och pojkar är mest i riskzonen.

Pedodontistens roll: förmedla kunskaper

Därefter gick vi med raska steg igenom hur barn med trauma bör behandlas.

Agneta Robertson, Göteborg, sa att det viktigaste vid akutbesöket är kunskap, dämpande av oro och stress för patienten och smärtlindring.

Pedodontistens roll är att förmedla kunskaper om trauma och akutbehandling till allmäntandvården. En förutsättning för god riskbedömning är god diagnostik vid skadetillfället. Tänk på att – av omsorg om barnet – rekommendera behandling samma dag som tandolyckan skett.

Kronfraktur god prognos

Skador som innebär kronfrakturer har god prognos, även de komplicerade frakturerna. Även om behandlingen försenas några dagar försämras inte prognosen nämnvärt. Rebondade tandfragment fungerar tillfredsställande och överkappning med kalciumhydroxid är fortfarande det som gäller. Tänk på

1. smärtlindring preoperativt
2. lokal anestesi
3. behandling av dentin- och pulpasår
4. rådgivning om postoperativ smärtlindring

Reponeringens kvalitet avgörande vid rotfraktur

Varje traumaskadad tand bör avbildas i röntgen i två projektioner för chans att se rotfrakturer. Fokusera på det koronala fragmentet vilket luxerats och är det som behandlas. Viktigt för prognosen är dislokationens storlek. Fraktur inom cervikal tredjedelen innebär störst risk och reponeringens kvalitet är det som betyder allra mest för prognosen.



Lateral- och extrusionsluxation

Tandens rotutveckling, status och diagnos, reponeringens värde och behandlingsdelay är de viktigaste faktorerna för prognosbedömning vid lateral- och extrusionsluxationer.

Kirurgisk reponering vid intrusion

Intrusioner är lyckligtvis få till antalet men ger många komplikationer. Både olyckstillfället och behandlingen innebär risker. Prognosen för sämras vid samtidig kronfraktur, intrusion > 7 millimeter och vid ökande antal intruderade tänder. Agneta rekommenderade kirurgisk reponering som ger snabbast access för endodontisk behandling vid total intrusion, multipla intrusioner och vid penetration av näskavitet.



Mats Bågesund och Mari Louise Odersjö

Oftast korta fixeringstider

Generellt rekommenderas fixering i 7–10 dagar, men ofta hamnar den faktiska tiden på 2–3 veckor. Om rotfrakturer eller samtidig benfraktur finns rekommenderas 4 veckor. På individuell indikation vid cervikal rotfraktur rekommenderas 2–3 månaders fixering.



Mycket god mat serverades stillfyllt under dagarna

Replantation på generösa indikationer

Margareta Lundberg, Stockholm, rekommenderade grundregeln att replantera generöst med patientens nytta i fokus. Risk för infektioner, bettförhållanden, behandlingsproblematik och tandens prognos vägs in.

Pulpans prognos beror på apikala foramens storlek, förvaringssätt, replantationsförfarande och bakteriell kontamination.

Parodontiets prognos påverkas av extraalveolär tid, förvaring, replantationsförfarande och bakteriell kontamination. På Eastmaninstitutet läggs tanden i doxycyklinlösning före replantation.



Majstången uppe året om

Ortodontisk synpunkt

Kristina Stenback, Stockholm, önskar att replantation utförs och ställningstagande till tandens framtid sedan sker i lugnt skede. Viktiga aspekter är att bevara ben, förhindra tandvandring och att hålla mittlinjen. Hänsyn bör tas till ansiktets tillväxtriktning.

Kirurgisk synpunkt

Bashar Al-Khalili, Stockholm, såg kirurgens roll som omhändertagande av akuta mjukvävnadsskador och käkfrakturer, autotransplantation samt implantat.

Dekoronering i tid

Barbro Malmgren gav sedan en översikt av komplikationer, exempelvis följer för de permanenta tänderna efter primärtandstrauma. Med hänsyn till bentillväxt rekommenderades att behålla skadad permanent tand.

Angle klass III, glesställning och små lateraler är kontraindikationer till att en lateral ställs på centralens plats. Vid ankylos förordades dekoronering i tid.

Emdogainstudie

Margareta Fridström, Eskilstuna, hade i en studie kommit fram till att för inläkning efter replantation räcker det troligen inte med Emdogain (proteinet amelogenin) som stimulering för läkningsprocessen.



MTA – ett alternativ

Att MTA (mineraltrioxidaggregat som består av trikalciumsilikat, trikalcialuminat, trikalciumoxid och silikat-oxid) kan vara ett alternativ, exempelvis vid rotfyllning av unga permanenta tänder, vid pulpaöverkappning, vid rotfrakturer och vid perforationsreparation, beskrevs noggrant av Vahid Khayyami, endodontist i Falun.

Regler för tandskydd

Christian Haupt, privattdandläkare och aktiv i Svenska Ishockeyförbundet, var sist i raden av föreläsare och delgav de regler som finns för tandskydd. Obs att för hockeyspelare krävs intyg på tandskyddet och det skall vara tillverkat av tandläkare. Christian rekommenderade sin hemsida där regler och intyg finns:

www.tandvardsteamhaupt.se

Till sist sänder vi ett stort tack till Georgios Tsilingaridis och *dirigenten* Bo Schelin för deras engagemang!

Text: Mari Louise Odersjö

Foto: Jan Berdén



De glada kursdeltagarna förutom fotografen

Sektionerna rapporterar

Östra

Årsmöte hölls 22/2 2006, sittande ordförande och styrelseledarmöter valdes för ytterligare ett år.

Årsmötet avslutades med föredrag om omhändertagandet av patienter på Eastmaninstitutets kirurgavdelning av övertandläkare Anna-Maria Thelander och övertandläkare Bashar Al-Khalili

Aktiviteten i ÖSP har varit låg under våren men vi satsar hårt till hösten och planerar en kurs i september för pedodontister och intresserade barntandläkare samt ett möte med föredrag för ÖSPs medlemmar i december.

Styrelsen i ÖSP genom Christina Tidbeck

Södra

Här kommer en rapport från syd som har haft en tuff vår med liten bemanning av pedodontister beroende på att Annette Åberg valt att lämna Kristianstad för nytt jobb i Kalmar. Det har varit svårt att rekrytera ny pedodontist till Kristianstad, och just nu får Elisabeth Hägg Fredén på tvärs över hela Skåne för att hjälpa till där. Helena Möller delar sin tid mellan Helsingborg och Kristianstad, som är en mycket trevlig klinik med ett spännande patientunderlag med många utmaningar. Någon intresserad?

Vi har också fått lite nya pedodontistbebisar, vilket också märkts på bemanningssidan. Anna Olofsson och Elisabeth Lager har fått en pojke respektive en flicka och i dagarna väntas en baby i familjen Åsa Hasselblad Larsson. En annan sak som påverkat oss mycket är att Ulla Schröder skall pensionera sig, och Ulla som är = pedodonti i Skåne kommer att lämna ett stort tomrum efter sig.

Vi har fått tre nya ST-tandläkare som vi med glädje har gripit oss an och lagt all vår kraft på och det är Carina Norberg från Blekinge, Edita Stojanovic-Rakovic och Helen Carlsson, båda från Skåne. Ett stimulerande uppdrag i samarbete mellan Tandvårdshögskolan och Folk tandvården Skåne.

Margareta Borgström, ordf.

Norra

Efter många år av förtjänstfullt arbete har Christina Stecksén-Blicks valt att kliva av arbetet som ordförande i föreningen. Hon kvarstår till allas glädje, som övrig ledamot i den nya styrelsen.

Vår nye ordförande Hans Forsberg arbetar för närvarande som tandvårdsstrateg i verksamhetsledningen för Västerbottens läns landsting. Under en vecka i månaden arbetar han även som pedodontist i Jämtland.

Den kommande Riksstämman, där vi har huvudansvaret för planeringen av programmet, tar naturligtvis mycket av tillgänglig tid i anspråk. Programmet blir spän-

nande och bör väcka stort intresse. Lite unikt är att kunna samla alla Sveriges professorer på samma scen och ge tillfälle till diskussion av viktiga barntandvårdsfrågor.

Hans Forsberg, ordf.

Västra

Hösten 2006 hade VSP mini-kurs och föreningsmöte i Jönköping den 23 november. Föredragshållare var, Karin Lundén, psykolog och filosofie doktor, verksam både på Göteborgs universitet och Högskolan i Jönköping och med lång erfarenhet av socialt arbete.

Temat för dagen var "Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn". Det var ett spännande tema som gav fler dimensioner till den verklighet våra barn lever i.

Bland de barn som hon hade studerat i ett antal förskolor i Göteborg, identifierades tecken på omsorgssvikt hos 9,7 %. Mest ses fysisk vanvård men den följs av känslomässig otillgänglighet. Hennes avhandling går in på många aspekter på detta tema. Olika personalgruppers förmåga att iaktta tecken på omsorgssvikt, deras benägenhet att rapportera och anmäla.

Till exempel ser barnomsorgspersonal fler tecken på omsorgssvikt än BVC-personal, men anmäler ett färre antal fall. En tankeställare var också att personer med längre utbildning och personer som arbetat färre år var mer uppmärksamma på omsorgssvikt.

Samma dag hade vi vårt årsmöte, den hetaste frågan var Barntandläkarbladets redaktion medan styrelsevalet passerade utan större förändringar.

Vårt vårmöte höll vi här i Göteborg den 8 mars. Larisa Krekmanova, övertandläkare, och Karina Svensson, psykolog, båda verksamma på Pedodontikliniken i Göteborg höll en strålande föreläsning om sitt projekt och den verksamhet som de startat här med en tät samverkan mellan våra personalkategorier särskilt vad avser spruträdsla och tandvårdsfobi. Som många av er redan kanske känner till.



Karina Svensson och Larisa Krekmanova – två glada föreläsare

Joanna Malinowski, ordf.

Två replantationer – olika resultat

Tänderna 11 och 21 exartikulerades under basketspel då patienten var 13 år. De replanterades efter 30 minuter och hade under extraalveolär tid varit förvarade i mjölk.

Röntgen efter replantation visade att tänderna satts fint på plats.



Flexibel fixering i drygt en vecka. Rotbehandling påbörjades tre veckor efter traumatillfället. Behandling med Calasept i 18 månader innan rotfyllning.

Fem år senare, vid 18 års ålder, sändes remiss till Pedodonti.

21 hade nu högt perkussionsljud och stod i infraposition. 11 var gulmissfärgad.



5 år efter traumat. 21 i infraposition

Röntgen visar täta rotfyllningar 11, 21. Ersättningsresorption 21 distalt



21 har förlängts med komposit. 11 gulmissfärgad. Gingivit.

Kompositpåbyggnad incisalt enligt patientens önskemål. Behandling av gingivit. Patienten hade inte vuxit under det sista året. Försäkringsskydd fanns.

Olika terapier diskuterades i samråd med ortodontist och protetiker. Patienten informerades om för- och nackdelar. Han var inte intresserad av behandling. Avvaktan sex månader.

Patient och föräldrar meddelade efter denna tid att man önskade att 21 skulle ersättas med implantat. Patienten var nu 19 år. Benbevarande extraktion utfördes.



Efter extraktion med buccal mukoperiostlambå.

Utlämning av KG-vinge som provisorium.



Temporär ersättning på plats.

Läkningskontroll fem månader senare uppvisade god läkning med endast måttlig buccal volymförlust. Fixturoperation genomfördes och patienten fick behålla sin vinge tills distansoperationen genomfördes tre månader senare.

Inför framtiden finns en risk att 21 på nytt hamnar i lätt infraposition p.g.a. den långsamma fortsatta eruptionen av granntänderna orsakad av vertikal tillväxt i alveolarutskott. Den pågår även efter 20 års ålder.

Viss risk finns även för fraktur av 11 som rotfylld i tidiga tonår medan pulparummet fortfarande var relativt stort.

Vad är det som avgör om det blir ankylos eller inte?

I detta fall hade både 11 och 21 förvarats i lämpligt medium. De replanterades till rätt läge, båda relativt snabbt, inom 30 minuter, och fixerades rekommenderad kort tid med eftergivlig fixering. Ingen infektion i pulpa uppkom, utan tänderna rotbehandlades i god tid. Båda rotfylldes vid samma tidpunkt.

Ersättningsresorption uppkommer p.g.a. att rothinnan skadats, antingen genom uttorkning eller genom celldöd på annat sätt. Det ligger nära till hands att misstänka att 21 fått en mekanisk skada vid själva olyckstillfället.

Dekoronering istället för extraktion?

En etsbro hade kunnat utgöra temporär ersättning ytterligare några år innan fixtursättning?

Patienten var dock inte intresserad av denna behandling som skulle blivit mera utdragen, men risken för infraposition av implantatet skulle förmodligen minska. Den vertikala tillväxten fortsätter även efter 20 års ålder.

Dekoronering till skillnad från extraktion bibehåller buccalt ben och kan t.o.m. åstadkomma 1–2 mm marginal bentillväxt enligt Barbro Malmgren. Detta är värdefullt, speciellt vid ankylos på yngre individer, där infrapositionen och resorptionen går snabbt.

Tidpunkt för fixturstinstallation

Implantat bör inte göras innan tillväxten är klar, men ibland är det andra faktorer som styr, t.ex. obefintligt försäkringsskydd, eller patientens önskan om omedelbart förbättrad estetik och snabbast och enklast utförda behandling. Om behandlingen utförts idag, kunde valet istället ha blivit direktinstallation av fixtur.

Fixtursättning vid 18–19 års ålder för pojkar och något år tidigare för flickor beroende av tillväxtkurvan är de riktlinjer som idag accepteras.

*Traumafall från Marianne Rythén
Redigerat av Gunbritt Crona-Larsson*

Exartikulerad tand - replantera eller välja implantat?

Vilka exartikulerade permanenta tänder bör replanteras? Och i vilka fall och i vilka åldrar blir behandling med implantat aktuellt?



Peter Nilsson formulerar några försök till riktlinjer vid behandling av exartikulerade tänder

– Önskvärt är att ha en gemensam policy för alla som sköter akutbehandlingen då en tand har exartikulerats – oavsett om det är en allmäntandläkare, pedodontist eller käkkirurg. Det säger docent Peter Nilsson, klinikchef på käkkirurgiska kliniken, Odontologiska Institutionen i Jönköping.

Vad göra akut?

Han framhåller att grundprincipen i det akuta skedet är att man ska försöka replantera en utslagen permanent tand så snabbt som möjligt. Och detta gäller oavsett om tanden har varit ute en halvtimme, två timmar eller fyra timmar och risken för komplikationer är stor. Längre fram får man ta ställning till vilken ytterligare behandling som ska göras.

– De vanligaste undantagen från regeln att replantera en exartikulerad tand är då det finns en större skada på alveolarutskottet med krossat ben eller om tanden är skadad också på annat

sätt, säger Peter Nilsson.

Prognosen för en replanterad tand är beroende av flera faktorer. Tiden fram tills den är tillbaka på plats i alveolen har stor betydelse, och redan efter en halvtimme ökar risken för komplikationer, till exempel ankylos. Men avgörande är också hur pass skadad rot-hinnan är.

När sätta in implantat?

– Det inträffar som bekant ofta allvarliga komplikationer med replanterade exartikulerade tänder. Därför ställs vi ofta inför frågan om vid vilken tidpunkt behandling med implantat är lämplig att utföra. Här spelar patientens ålder roll och det finns en tendens att vi numera sätter in implantat tidigare. Men i väntan på implantat är den egna tanden ett bra provisorium.

Han framhåller att ju yngre patienten är som får en tand exartikulerad, desto mer benägen är han som käkkirurg att försöka behålla den replanterade tanden så länge som möjligt.

– Men för till exempel en 17-åring med bara lite tillväxt kvar i alveolarutskottet kan det vara bättre att redan efter en vecka ersätta en replanterad tand med implantat istället för att först riskera att den blir ankylotisk, säger Peter Nilsson. Man får en god prognos och man riskerar inte att som vid ankylos förlora den buckala benplattan och kanske tvingas transplantera ben.

Peter Nilsson formulerar några försök till riktlinjer men han betonar att

stora individuella skillnader gör att åldersgränsen är flytande.

A. Patient över 15 års ålder

A1. Vid exartikulation

– replantera om möjligt tanden.
Kontrollera den årligen.

A2. Vid tecken på ankylos

– överväg extraktion och direktinstallation av fixtur.

A3. Om tanden däremot inte går att replantera

– överväg när implantat kan installeras.

Vid ingen eller mindre alveolarutskottsdefekt kan direktinstallation övervägas, men behövs bentransplantation är indikationen för tidig implantatbehandling inte lika stark. Då är det många gånger bättre att vänta tills patienten vuxit färdigt.

B. Patient under 15 års ålder

B1. Vid den akuta fasen – se A1 ovan.

B2. Vid ankylos hos patienter under 15 år – dekoronera tanden, det vill säga ta av tandkronan och perforera roten och lämna den för resorption. Kontrollera roten årligen.

B3. Då tanden inte går att replantera – ta ställning till om luckan ska behållas eller slutas. Implantatbehandling görs här normalt först i 20-årsåldern.

Bengt Olof Hansson



Traumakurs i Uddevalla med Barbro Malmgren:

Intruderad mjölk tand

– spontan eruption bättre för efterföljaren än extraktion

Dekoronering av ankylotiska tänder och behandling av intrusionsluxationer var ett par av de teman som väckte stort intresse vid en traumakurs med Barbro Malmgren i Bohuslän 4 april 2006.



Barbro Malmgren berättar om dekoronering

Med. dr Barbro Malmgren hade tidigare under våren föreläst om traumaskador i Penang, Kuala Lumpur och Köpenhamn. I april var det Fyrbodals tur (Strömstad, Trollhättan, Uddevalla, Lysekil och Vänersborg m.fl.).

Pedodontin i Uddevalla glädde sig över att kunna inbjuda distriktstandläkare och specialister att få ta del av Barbros stora kunskaper i ämnet. Intresset var stort men 69 deltagare kunde beredas plats. Kursvärdningen blev överväldigande positiv.

Barbro berättade om nya och gamla forskningsrön och bjöd på ett stort antal kliniska bilder. Dessutom visade hon filmsekvenser på bl.a. reponering av intruderad tand och replantation av exartikulerad tand.

Brett kursinnehåll

Kursen berörde trauman i både primärt och permanent brett: frakturer såväl som luxationer, terapier och komplikationer.

Ny och värdefull kunskap för många distriktstandläkare var avsnittet om dekoronering

Primära tänder

Intraalveolära rotfrakturer på primära tänder läker oftast fint – extrahera inte.

Vid *extrusion* – extrahera radikalt.

Efter *intrusion* sker oftast spontan-eruption. En tredjedel av tänderna går i nekros, men det blir mindre skador på efterföljaren om spontaneruption får ske än om akut extraktion utförs.

Skada i ytskiktet på permanent efterföljare kan ske vid intrusion även om den inträffar så sent som vid sex års ålder.

Lateral luxation – tanden kan vara kvar om patienten kan bita ihop. Tandens ställer oftast själv in sig rätt.

I länder utanför Skandinavien är man mer restriktiv med extraktion – estetiska och kommersiella faktorer spelar in.

Permanent tänder

Prognosen för *emalj-dentinfraktur med pulpablotta* är inte särskilt beroende av hur lång tid som förflutit mellan skada och behandling. Under diskussionen var käkirurgen Christer Dahlin (kursdeltagare) och Barbro helt överens om att det är bättre att vänta någon dag med behandling, än att ingreppet utförs akut under brådska och utan resurser på sjukhus under en helg. En behandling i lugn och ro på hemkliniken ger bättre slutresultat.

Tanden skall inte rotbehandlas utan "pulpaamputeras enligt Cvek". Men det är viktigt att förbandet blir tätt.

Kompositersättning kan utföras i samma sittning. Denna behandling ger tanden en god prognos.

Rotfraktur läker gynnsamt. Obs! kortvarig, flexibel fixering i 2–4 veckor! Vid frakturer nära cervix fixeras tanden längre tid, två månader eller mer.

Exartikulerad tand – Prognosen beror av flera faktorer, men förvaringssätt och extraalveolär tid är de viktigaste.

< 30 minuter = 90 % lyckandefrekvens
> 2 timmar = 5 % lyckandefrekvens

Information om snabb egenreponering är viktig.

Om *ankylos* uppkommer före 10 års ålder bör extraktion och dekoronering utföras inom 2–3 år, eller när kronhöjden skiljer sig 1/8–1/4 från frisk angrepsande tand.

Det är viktigt att vid förlust av en överkäksmedial inte låsa lateralen med en etsbro i 8–10 årsåldern. Lateralen kan då inte röra sig under hörntandens eruption, och risken ökar därmed för resorption av lateralens rot.

Vid skada högre upp i åldrarna går ankylosen saktare, men vertikaltillväxt sker även efter 20 års ålder. Det betyder att viss tillväxt fås även om implantat sätts in sent.



Barbro Malmgren (till höger) skriver kursintyg, kursarrangören Eva Edblad hjälper till.

Gunbritt Crona-Larsson

Rapporter om exartikulerade tänder, lokalanestesi, intruderade tänder och rotfrakturer



XIV World Congress on Dental Traumatology ägde rum i Reykjavik på Island 5–7 maj 2005 med cirka 160 besökare, dock inte så många från Sverige. Många välkända traumatologer föreläste, bland annat Jens Andreasen, Lars Andersson, Martin Trope och Marie Therese Flores.



Jens förbereder sin föreläsning tillsammans med Juan Edvardo Onetto från Chile.

Förbättrad prognos för replanterade tänder

Martin Trope talade om den exartikulerade tanden; akut omhändertagande och uppföljning på kort och lång sikt.

Prognosen för en utslagen, replanterad tand har förbättrats de senaste åren. Vid det *akuta omhändertagandet* fokuseras på att minska och behandla skada på parodontiet. Transportmedel, i många länder används Hank's balanced salt solution, fixeringsmetoder (flexibel fixering) och lokal behandling med doxycyklin har förbättrat prognosen.

Vid *korttidsuppföljningen* (7–14 dagar) bedöms pulpans status. Om pulpan kan revaskulariseras, är nekrotisk men ej infekterad eller infekterad resulterar i olika behandlingsstrategi.

Långtidsuppföljningen med ställningstagande till fortsatt planering vid negativt utfall är viktig. Martin refererade ofta till svenska – främst Cveks – och danska undersökningar.

Marie Therese Flores, som är IADT:s (International Association of Dental Traumatology) nuvarande president, talade om hur trauma i förskoleåldern påverkar de permanenta tänderna. Barnmisshandel gavs stort utrymme och man fick sig en tankestälare. Hur uppmärksamma är vi tandläkare egentligen?

Ny lokalanestesi-gel

Lars Andersson, sedan många år professor i Kuwait, presenterade en studie om lokal anestesi på slemhinna och mjukvävnad vid lacerationsskador. Lars grupp använde den nya generationen 2,5 % prilokain/2,5 % lidokain. De fann att smärta från anestesislick i buckala mukosan kan förhindras eller reduceras med prilokain/lidokainkombinationen. Sedan gjordes en studie på palatinal slemhinna och en lika god effekt uppnåddes. När kanylsticksmärta kan elimineras med denna substans var det lockande att prova den även på traumalacerationer innan suturering. Nu förefaller det som om man kan applicera prilokain/lidokain i såret utan att sticka patienten och sedan suturera utan att det känns.

För att utröna om sårsläkningen försämras av salvan gjordes djurstudier på kanin. Dessa visar att det inte var någon förlängd sårsläkning jämfört med kontrollacerationerna. De läkte lika snabbt. Fortsatta kliniska studier pågår i Kuwait angående denna substans möjligheter att eliminera smärta vid suturering och preliminära resultat verkar mycket lovande.

Thomas von Arx, Schweiz, talade om svårigheten att sätta in implantat hos unga individer, som tidigt förlorat sina framtänder. Benvolymen är det stora problemet och olika metoder att ersätta ben diskuterades. Dekoronering framhölls som en viktig metod, vilket naturligtvis var smickrande för undertecknad.



Ingeborg och artikelförfattaren

Uppföljning av intruderade tänder

Tove Wigen, adept till Ingeborg Jacobsen, presenterade en intressant studie om intruderade tänder. Patienter från två olika kommuner i Norge hade följts upp mellan 1983 och 2003. Materialet bestod av 51 tänder hos 20 pojkar och 19 flickor. Patienterna var mellan 6 och 17 år, de flesta 7–10 år. 22 tänder var helt intruderade. Man avväntade spontan reeruption i 37 fall. Under en 3–12 månaders period hade 35 reerupterat. Sju tänder drogs fram ortodontiskt och 7 kirurgiskt.

38 tänder utvecklade pulpanekros. Ankylos konstaterades hos 6 tänder, vilka alla hade varit totalt intruderade.

Optimal reponering viktigt vid rotfraktur

Jens Andreasen presenterade de omfattande studierna om rotfrakturer som gjorts i samarbete med Miomir Cvek. Följande konklusioner kunde dras av studierna: Ökad läkning vid optimal reponering, tänder med öppet apex visade bättre läkning, och läkning eller ej var relaterad till hur allvarligt det koronala fragmentet var luxerat. Fixeringen bör vara flexibel och fixeringstiden två till fyra veckor beroende på luxationsgraden. Även frakturer cervikalt hade god prognos, med hårdvävnadsläkning i 18 % och bindvävs-läkning i 66 %. Här skall dock fixeringstiden förlängas.

Efter kongressen ordnades en del utflykter bl.a. till den Blå lagunen och till Geysir. Vi hade en enorm tur då vi fick se utbrott av Geysir som länge varit inaktiv.

Sedan IADT, International Association of Dental Traumatology, skapades 1989 har kongresser hållits årligen eller vartannat år.

Besök www.iadt-dentaltrauma.org och bli medlem – många fördelar.



Barbro Malmgren

Olika beredningar av lidokain/prilokain

Med anledning av hans rapport i Reykjavik har Barntandläkarbladet bitt Lars Andersson förklara skillnaden mellan den lokalbedövningssalva han testat och Emla kräm som båda innehåller lika mycket av samma verksamma ämnen.

”Vid Faculty of Dentistry, Kuwait University har vi arbetat en del med det nya preparatet Oraqix som är en beredning registrerad för intraoralt bruk. Sammansättningen av de aktiva substanserna är densamma som för Emla men man har i stället för en kräm en termosetting gel, där substansen blir lite hårdare av kroppsvärmen och inte rinner ut som Emlakrämen. Emla var ju

först och främst avsedd för hud-applikation.

Vi har testat både Oraqix och Emla (J Clin Dent 2005;16:53-6 och Abstract accepted, IADR World Congress, Brisbane, June 2006) för att eliminera eller reducera nålstickssmärta vid lokal-anestesi. När vi sett att detta fungerar mycket effektivt på nålstickssmärta har vi ställt oss frågan varför vi inte skulle kunna suturera en läpplaceration utan att först sticka patienten med anestesiprutan i akuta skedet. Frågan var därför om beredningssubstanserna interfererar med sårsläkningen.

Vi har därför först gjort en djurstudie på kanin där vi tittat på läkningen efter att experimentella standardiserade läpplacerationer suturerats med substanserna kvalämnade och vi har inte sett någon förlängsammad sårsläkning jämfört med kontrollgruppen där suturering utfördes utan applicering av substanser (accepterad 2006 Dental Traumatology). Vi prövar nu därför kliniskt i en studie om man kan suturera lacerationer på patient utan att först lägga injektion. Detta skulle kunna vara av stort värde i akutkliniska situationer inte minst på barn med mjukvävnadsskador.”

Bengt Olof Hansson

Var finns anvisning om bästa behandling?

Hur skall vi veta vad som är den ”bästa” behandlingen vid t.ex. en tandskada? Var finner man belägg för att ett visst omhändertagande är bättre än ett annat?

Vem är satt att bättre än andra uttala sig om vad som är mer eller mindre lämpligt i en vårdssituation? Nationellt och internationellt föreligger skillnader, större eller mindre, i omhändertagande. Även på nationell nivå föreligger regionala variationer. Är detta bra?

Olika strategier

Som en följd av dessa skillnader i behandlingsprotokoll finns således olika strategier publicerade i litteraturen. Olika modeller redovisas och jämförs. Vid givna omständigheter och inom modellernas begränsningar kan på detta sätt ofta en riktning mot ett ”bra” omhändertagande anges. På samma sätt ökar precisionen om antalet studier ökas. Om flera studier pekar åt samma håll så betyder det någonting. Att sammanställa litteraturöversikter, och att vikta enskilda studier, har på senare år kommit att bli ett viktigt instrument när vi söker efter ”rätt” behandling.

Cochrane Collaboration

The Cochrane Collaboration är en oberoende organisation ägnad att ta fram up-to-date evidensbaserad information om vård. Organisationen går igenom litteraturen, viktartiklar och sammanställer utifrån dessa översiktsartiklar. Översiktsartiklarna får anses vara dokument över hur långt vi nått fram till nu inom respektive område.

The Collaboration publicerar sina översiktsartiklar kvartalsvis i The Cochrane Database of Systematic Reviews. I undergruppen Oral Health framkommer att endast en review skrivs om tandskador, och denna beskriver en variant av skador och skadebevakning hos vuxna, inte barn och ungdomar. Det framkommer emellertid att två litteraturöversikter om barn och ungdomar är på gång.

Under året kan vi förvänta oss rapporterna Interventions for treating traumatized non-vital immature permanent teeth: inducing a calcific barrier and root strengthening, samt Interventions for treating traumatised permanent front teeth: root fracture.

SBU-rapporter

Systematiska litteratursammansällningar tas fram även på annat håll, t.ex. Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU). Ingen av de 160 rapporter som SBU givit ut berör dock tandskador och ingen sammanställning är på gång.

Hur skall man förhålla sig till bristen på evidensbaserade behandlingsprotokoll för tandtrauma? Kan vi uttala oss om vad som är ”bäst” överhuvudtaget? Utöver litteraturen i The Cochrane Collaboration och liknande fora finns ett stort utbud av väl grundade behandlingsstrategier publicerade. I många fall med svenska tandläkare som författare. Det faktum att dessa studier ännu inte sammanställts i ett evidensbaserat upplägg påverkar inte de enskilda rapporternas värde eller tillämpbarhet.

Vi kan på goda grunder luta oss mot vad som framkommit i litteraturen och se tiden an vad gäller Cochrane och andras sammanställningar.

Ted Lundgren

Källor:
www.cochrane.org/reviews
www.sbu.se

Blivande kolleger i Västsverige

Jönköping



- **Cecilia Madsen** alias Cia
- Född i Kalmar
- Intressen förutom tänder(!)
är det mesta som rör djur, natur och sport
- Yrkesmässigt intresse
torde vara samarbetet barnpsykologi & barntandvård
- Beräknas avlägga examen 2008



- **Helén Isaksson**
- Född i Falun
- Intressen sammanfaller med ST-utbildningen
- Yrkesmässigt intresse
Rotfrakturer och numer även karies
- Färdig 14 september 2006



- **Arash Homayounfar**
- Född i Tehran.
- Jag går min utbildning på halvfart
Arbetar som klinikchef på Folktandvården Ingelstad
i Kronoberg där jag även är ordförande
i tjänstetandläkarföreningen. Under fritiden, om det blir
något kvar, tränar jag karate, spelar golf och rider.
- Vad det gäller specialintressen inom pedodontin befinner
jag mig just nu i den perioden som allt är intressant.
- Enligt beräkningarna borde jag bli klar till 2011.



- **Gunilla Magnusson**
- Födelseort: Malmö
- Hobby utanför arbetet:
Golf, trädgården
- Specialintresse inom pedodontin:
Fortfarande nyfiken på det mesta
- Beräknad färdig: december 2007

Göteborg



- Nina Sabel

- Tjänst: 6-årig kombinationstjänst, halvtid ST och
halvtid doktorand – samarbets-tjänst mellan Västra
Götalands-regionen och odontologiska fakulteten.
Finns även tre andra likadana tjänster inom ämnes-
områden röntgen, bettfysiologi och protetik.
- Aktuellt projekt: Mineralisering i primära tänder.
- Beräknad färdig: specialist oktober 2011 och beräknad
disputation mars 2012



- Caroline Hafström

- Regional ST-tjänst, placerad på Odontologen
- Aktuellt projekt: Deltar i ett större projekt med 200 barn
remitterade till specialistkliniken p.g.a. behandlings-
problem och tandvårdsrädsla, ett samarbete med Örebro,
Jönköping, Linköping och Oral medicin, Odontologen.
- Beräknad färdig specialist: maj 2008



- Judit Hansson

- ST-utbildningsort: Mölndal/Göteborg
- Regional ST-tjänst, placerad på specialisttandvården
i Mölndal och Odontologen
- Deltar i ett större projekt med 200 barn remitterade
till specialistkliniken p.g.a. behandlingsproblem och
tandvårdsrädsla, ett samarbete med Örebro, Jönköping,
Linköping och Oral medicin, Odontologen.
- Beräknad färdig specialist: oktober 2006

Boktips



Tim går till tandläkaren är en bok med många fotografier och enkel, förklarande text. På 34 sidor visar och berättar den om Tim, 7 år, och hans tandläkarbesök för att få en undersökning och för att laga en värkande tand.

Format, färgval och layout ger ett modernt och tilltalande intryck. Fotografierna är naturliga och tydliga utan att se tillrättlagda ut. Bilderna är definitivt bokens styrka. De skulle mycket väl kunna användas i in-skolningssyfte.

Jag uppskattar att man i texten har använt korrekta ord: bläster, karies, saliv med flera, men stundtals är berättelsen mer lekmanamässig. Det behöver naturligtvis inte vara en nackdel. Däremot kan jag tycka att en del procedurer passerar för översiktligt. Tandens lagas utan att man får se eller läsa om en borr, inte heller bedövning nämns.

Det finns detaljer som för en fackman kan verka underliga. Det lilla hälet man kan skönja på röntgenbilden kan knappast inte ha orsakat någon tandvärk och röntgenbilden visar dessutom motsatta sidans tänder. Dessa detaljer är förstås oväsentliga för en oinvid.

Efter som mina glasögon är färgade av mitt yrke, bad jag för rättvisans skull även en liten expertgrupp ge sitt omdöme om boken. Simon, 12 år, skriver: "Den var beskrivande, roliga färger och bra text." Vendela, 6 år, utbrister: "Va' bra, mamma! Den läser vi nästa gång jag ska till tandläkaren."

Johanna Norderyd

Tim går till tandläkaren
Författare: Lena Ulander
Förlag: Stimulans Stockholm
Tryckt 2005 ISBN-nummer saknas.

Författaren är lekterapeut på Astrid Lindgrens barnsjukhus i Stockholm.
Boken kan beställas från
www.stimulansstockholm.com
Pris 89 kr + moms och porto



Denna bok kan varmt rekommenderas. Den ger en bra och spännande inblick i en autistisk pojkes sätt att tänka och fundera. Boken har tidigare varit utgiven på engelska och var redan då populär. Nu översatt till svenska blir den svår att lägga ifrån sig då man undrar hur det ska gå.

Detta är en annorlunda läsupplevelse och som pedodontist tror jag att den på ett bra sätt ökar vår förståelse för barn inom autismspektrumet.

Mark Haddon är i sin bok konsekvent och tydlig då han beskriver den 15-årige autistiske Christopher.

Christopher måste ha ordning och reda, var sak på sin plats. Han kan räkna upp alla länder i världen eller alla primtal till 7057. Logiska resonemang är inga problem för honom men han kan omöjligt förstå andra människors känslor.

Han hittar grannens hund ihjälslagen och beslutar sig för att lösa mysteriet med Sherlock Holmes detektivmetoder.

Det blir en spännande berättelse där sökandet efter gärningsmannen leder honom till oanade personer och platser. Han brottas inte bara med sig egen oförståelse av den omvärd som han upplever som kaotisk utan även med omvärdens oförmåga att förstå honom.

Jan Berdén

ISBN: 91-46-20469-5
Titel: Den besynnerliga händelsen med hunden om natten.
Författare: Mark Haddon
Pris: ca 56kr

Boken är utgiven av Wahlström & Widstrand



Denna bok är ett måste för de som arbetar med barn med bla funktionshinder, Downs syndrom mm. då många använder tecken som stöd i sin kommunikation.

Boken tar upp en del ord i tecken-språket som kan bidra till en förbättrad kommunikation mellan tandvårdspersonal och de patienter som använder tecken.

Tecknen beskrivs i text och illustreras med foton.

Den är bra att bläddra igenom med jämna mellanrum, och ibland använda att slå upp i. Innehåller de vanligaste tecknen som jag har haft behov av

Jan Berdén

ISBN: 91-973028-5-6
Titel: Tecken till hjälp i tandvården
Författare: Ulrika och Eva Edblad
Tryckt: 2003 Mun-H-Centers förlag
Pris: 50 kr

Beställs via Mun-H-Centers hemsida
www.mun-h-center.com

Traumaklassiker i ny upplaga

En fjärde upplaga av Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth kommer ut under våren 2006

Editors:
J.O. Andreasen, E.M. Andreasen,
L. Andersson.

EPG-plattor – exklusivt men lovande vid uttalsfel

För att träna bort uttalsfel är bra feedback avgörande. Tekniken med EPG-plattor öppnar här nya vägar och fler och fler behandlas i Sverige. Det svåra kan vara att avgöra för vilka patienter metoden är lämplig.



Att träna med EPG-platta kan vara till hjälp för personer med olika former av gra va uttalsfel, men det krävs att sensoriken i munhålan är normal, säger logopeden med.dr Anita McAllister.

Logopeden med.dr Anita McAllister, Linköpings universitet, har själv forskat om EPG-plattor. Hon berättar att en förutsättning för att behandling med EPG-plattor ska fungera är att uttalsfelet beror på motoriska problem i munnen, alltså att det är svårt att hitta de ställen där tungan ska ligga an. Det är också bra att känseln är normal i munhålan. Patienter som har icke-normal känsel bör troligen behandlas på andra sätt.

Kartlade normal artikulation

Den kliniska forskningen med EPG-plattor började med att fonetiker först kartlade normal artikulation. Detta är basen för att kunna behandla avvikelser. England har varit ett föregångsland när det gäller EPG-registreringar i realtid.

Aktuella för EPG-plattor

De grupper som kan komma ifråga för behandling med EPG-plattor är

1. LKG-barn.

Dessa är ofta vana vid att ha gomplatta i munnen. Behandlingsresultaten är goda.

2. Patienter med dyspraxi, problem med att styra tungan. Visuell feedback är till hjälp för en del, men inte alla. Urvalskriterierna behöver förfinas. Intensiv träning kan behövas. Behandlingsresultaten är inte helt entydiga.

3. Hörselskadade. Detta har man mycket god erfarenhet av i Japan. De flesta resultaten är publicerade enbart på japanska.

4. Patienter med dysartri, central störning av muskelfunktionen, till exempel efter stroke. Flera studier pågår.

5. Patienter som har infantilt sväljmönster kan också ha nytta av EPG-träning

Dyra apparater

Anita McAllister medger att behandling med EPG-platta onekligen är exklusiv. Hemträningsapparaturen kostar cirka 10 000 kronor. Den apparatur som används för att registrera tal och sväljning före och efter behandlingen kostar runt 100 000 kronor. I Sverige finns en sådan på Danderyds sjukhus, Huddinge sjukhus och universiteten i Stockholm, Linköping, Göteborg och Lund.

I Sverige jobbar en handfull logopeder med EPG-plattor. Man bygger upp kompetens genom att samlas kring fall och diskutera samt genom olika studier.

Forss (Forskningsrådet i sydöstra Sverige) har stött EPG-forskningen på flera sätt och bland annat bidragit till att ett par tandtekniker i Jönköping kunde resa till England och lära sig tillverka plattor.

Mest barn och ungdomar

Hittills har ett tjugotal patienter i Sverige behandlats med EPG-platta. De flesta patienterna är barn och ungdomar med grava uttalsfel, men även vuxna kan behandlas. Ett par magisteruppsatser har skrivits i ämnet.

– Behandlingsresultaten är inte helt entydiga, säger Anita McAllister. Kan-ske beror en del inte så goda resultat på att sensoriken varit avvikande. Men det handlar också om vilken kognitiv utvecklingsnivå vederbörande patient har.

På ett femårigt barn med grava uttalsbrister förbättrades talet på ett halvt år från obegripligt till begripligt, alltså ett lysande resultat. För andra går det långsamt fram.

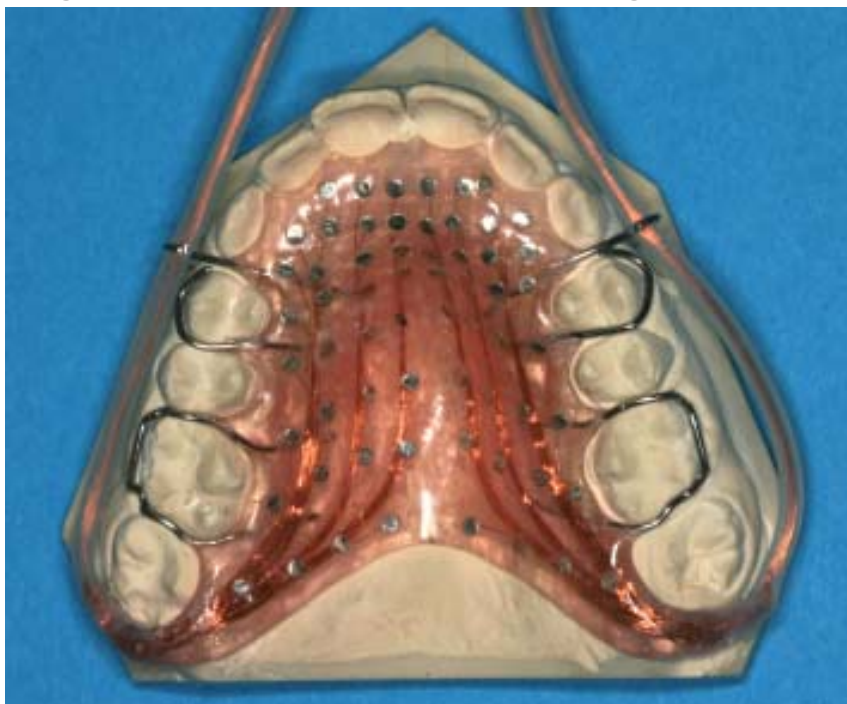
Mer forskning om sensorik

Anita McAllister betonar att det man framför allt behöver forska närmare om är hur man ska bedöma normal sensorik innan man sätter in behandlingen. De instrument vi idag har för detta är ganska trubbiga.

Bengt Olof Hansson

Tandtekniker på Odontologiska Institutionen i Jönköping unika i Sverige

Tandteknikerna på Odontologiska Institutionen i Jönköping tillverkar gomplattor som kan registrera hur tungan har kontakt med gommen. Detta är de ensam om i Sverige.



EPG-platta tillverkad av tandteknikerna på Odontologiska Institutionen i Jönköping

Under förstoringsglas lägger tandteknikerchef Christina Nilsson på Ortodontilaboratoriet i Jönköping in 62 tunna koppartrådar med ett hårstrås diameter i en tunn gomplatta av plast. Varje tråd förbinder en liten 1,5 millimeters silverelektrod i gomplattan med en registreringsapparat.

Lära sig tala bättre

Den speciella gomplattan kan användas av barn och ungdomar som inte kan få ihop talljuden. Med hjälp av plattan kan de lära sig forma ljuden bättre så att de får ett tydligare tal. Metoden kallas elektropalatografi (EPG). Det innebär att man i detalj ser hur tungan har kontakt med hårda gommen då man talar.

När inte vanlig träning räcker

Tungans funktion, framför allt samordningen av olika rörelser, kan vara störd vid skilda tillstånd. Om då inte vanlig träning hos logoped ger resultat kan man ibland ta hjälp av en EPG-platta för att kartlägga störningen och lägga upp ett träningsprogram. Barnet kan då följa på en tv-skärm hur tungan fungerar och själv se när den har rätt kontakt med gommen då de svåra ljuden uttalas. Detta kallas biofeedbackträning.

Enda i Sverige

Christina Nilsson och hennes kollega Jenny Thulin var i England en vecka våren 2005 och lärde sig tillverka EPG-plattor. Sedan har en ingenjör hjälpt dem att konstruera en apparat för att testa elektroderna.

Tandregleringslaboratoriets prislapp för en EPG-platta är på runt 7 000 kronor. Eftersom man är det enda tandtekniska laboratoriet i Sverige som kan tillverka EPG-plattor får man beställningar från bland annat Stockholm, Göteborg och Linköping.

Bengt Olof Hansson

Artikeln publicerades 7 februari 2006 som nyhet på Odontologiska Institutionen i Jönköpings webbplats och på folktandvårdens intranät. Den återges med vederbörligt tillstånd

Stämmer dina uppgifter i medlemsregistret?

Kontrollera och ändra på: www.spf.nu

Autoreferat av avhandling:

Behandling med gomplatta av hypotona barn med Downs syndrom

“Palatal plate therapy in children with Down Syndrome. A longitudinal study of effects on oral motor function”

Downs syndrom (DS), är en autosomal kromosomal anomali, associerad med en extra akrocentrisk kromosom, som i 95 procent finns på alla kromosom 21, s.k. trisomi. De övriga 5 procent är translokation med annan kromosom eller s.k. mosaicism.

Förekomsten är en på 800 födslar och utgör därmed den största diagnostiskt enhetliga gruppen av barn med mental retardation.

Framträdande karaktärsdrag är tillväxthämning, generell muskelhypotoni och nedsatt immunförsvar.

Den generella hypotonin omfattar även ansikts- och käkmuskulatur. Brister i cortex områden för koordination orsakar att muskelrörelserna ofta är långsamma, okoordinerade och rigida, och många av de sensoriska svaren är försenade och avvikande.

Det är välkänt att barn med DS har en nedsatt oral motorik och funktion, ofta med munandning och dregling, och tungan har ofta ett framskjutet läge mellan tandraderna. Barnen har en både försenad och avvikande tal- och språkutveckling, vilket har komplexa orsaksamband, där såväl kognitiv som oral-motorisk utveckling ingår.

Den hämmade tillväxten i framför allt maxilla ger upphov till en smal gom och olika typer av bettavvikelser.



Barn utan och med gomplatta

Den argentinske neurologen Rudolfo Castillo Morales behandlingskoncept för barn med DS, där träning med gomplatta ingår, har använts sedan mitten av 70-talet, men det vetenskapliga underlaget är litet, eftersom de flesta studier är fallbeskrivningar, där en obehandlad kontrollgrupp saknas.

Gomplatta för barn utan tänder



Under mina år på avdelningen för pedodonti, odontologiska institutionen, Karolinska Institutet i samarbete med avd. för logopedi och foniatik, Karolinska universitetssjukhuset hade jag möjlighet att studera effekten av denna behandling och också förstå vikten av samarbete mellan olika läkare, logoped och pedodontist i ett teamarbete kring barn med oral motoriska problem. I delarbete II fick jag möjlighet att studera kraniofacial tillväxt hos en unik grupp barn med DS som fått tillväxthormon (GH) i samarbete med avd för klinisk genetik, Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Det var cirka 60 barn med DS som ingick i de olika studierna.

Studierna syftade till att:

- Studera effekten av behandling med gomplatta på den oralmotoriska funktionen under ett och fyra års behandling jämfört med baslinjevärden på barn med DS och jämföra med en obehandlad kontrollgrupp med hjälp av videoregistrering.

- Jämföra kraniofacial utveckling och tillväxt samt tandmognaden hos barn med DS som fått GH under tre år med en åldersmatchad obehandlad grupp av barn med DS.

- Analysera artikulation och kommunikationspreferens samt undersöka talavvikelser hos två grupper barn med DS som fått respektive inte fått behand-

ling med gomplatta med hjälp av språktest.

- Undersöka föräldrarnas uppfattning om barnens oralmotoriska funktion samt skattning av behandlingen.



Gomplatta för barn med tänder

Castillo Morales beskrivning av den muskulära orofaciala dysfunktionen hos barn med DS är både primär dvs. kopplad till syndromet, och sekundär dvs. funktionsrelaterad till utveckling. Att utvärdera tidig stimulering av sensorik genom träning manuellt och i kombination med intraoral apparatur i randomiserade studier var några av målen med dessa studier. För barn med mental retardation är ofta valet av utvärderingsmetoder begränsat.

Resultaten av behandlingseffekter med gomplatta på den oral motoriska funktionen var mest bevisbara under det första årets behandling och uppmättes i variabler som beskriver habituell tung position, läppaktivitet, munstängning och mimik.

Behandling med tillväxthormon (GH) under tre år hade ingen signifikant påverkan på kraniofacial tillväxt eller på tandutveckling hos barn med DS. Hos barn äldre än 8 år var den dentala åldern konsekvent under den kronologiska.

Vid den intraorala undersökningen efter fyra års behandling hade sex barn i behandlingsgruppen och sju i kontrollgruppen förstora tonsiller med minst 50 procent obstruktion av det pharyngeala rummet. Trots detta, hade endast två barn i behandlingsgruppen habituellt öppen mun > 50 procent av den totala undersökningstiden i jämförelse

med nio barn i kontrollgruppen vilket indikerar en behandlingseffekt.

En positiv effekt på artikulationen konstaterades i förmåga till läpprundning i spontantalet och i minskad tungprotrusion vid artikulation av bilabiala och dentala talljud.

De flesta barn uttryckte sig i meningar på ett-ords-nivå, utan signifikant skillnad mellan talat språk och tecken-språk. Endast ett barn i varje grupp använde endast talspråk.

Ingen påvisbar effekt avseende kommunikationsförmåga vad gäller talade ord, tecken eller längd av meningar hittades trots åldersvariationen.

Det fanns ingen korrelation mellan ålder och kommunikationsförmåga (tecken eller talade ord) i denna studie, och åldersspridningen var nästan identiskt lika distribuerad inom de två grupperna avseende tre prestationsnivåer.

Från föräldraenkäten rapporterades signifikant fler barn som snarkade nattetid i kontrollgruppen än i behandlingsgruppen efter fyra år.

Från resultaten i dessa studier är det rimligt att rekommendera behandling med gomplatta till hypotona barn med DS så tidigt som möjligt, från cirka 2- 3 månaders ålder och företrädesvis under barnets första levnadsår.

Kontinuerligt stöd från föräldrar och logopedier är en förutsättning för behandlingen, och grava medicinska handikapp är ett exklusionskriterium på gruppnivå. Att rutinmässigt följa dessa barn avseende fri luftvägspassage rekommenderas.

Studierna visar också vikten av ett multiprofessionellt samarbete kring patienter med speciella behov, och att på ett vetenskapligt sätt utvärdera behandlingsmetoder för dessa patienter.

Karolinska Institutet, avdelningen för Pedodonti, Odontologiska institutionen, Huddinge och avdelningen för foniatrisk och logopedi, institutionen för klinisk vetenskap, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge den 7 oktober 2005. Fakultetsopponent var Odont Dr Kari Storhaug Oslo universitet, TAKO-sentret, Lovisenberg diakonale sykehus, 0440 Oslo, Norge

Referenser: se avhandling



Kerstin Carlstedt
Department of Odontology, Division of Pediatric Dentistry,
Karolinska Institutet, Box 4064, 141 04
Huddinge
kerstin.carlstedt@ofa.ki.se

Du har väl anmält dig!



Barntandvårdsdagarna 2006 i Jönköping

unident

”Barnkompetens” – ”Hål som inte finns” – ”Barn och smärta”

Torsd 28 sept- fred 29 september, Elmia Konsert & Kongress

Anmälningsblankett på www.spf.nu

Barnkliniken på Odontologen i Göteborg besökte Szczecin:

Skillnader mot svensk tandvård – lokanestesi, sedering och röntgen

I början av december 2005 åkte Barnkliniken på Odontologen i Göteborg till vårt stora grannland i söder, Polen. Målet var Szczecin som ligger i östra Polen på gränsen mot Tyskland. Det svårstavadade och svåruttalade namnet på staden kan också utläsas som Stettin. På tyska då.

Halva priset

I den gamla Hansastaden såg vi här och var skyltar med Stomatologia, tandläkare. Bara i Szczecin finns drygt 500 tandläkare. Det anges att priserna för tandvård i Polen är ungefär hälften mot de svenska, ofta lägre. Som en följd av detta annonserar många polska kliniker i grannländerna, t.ex. Sverige, med de låga priserna som främsta argument. Även det omvända, att polska tandläkare etablerar sig i Sverige, är en aktuell företeelse.

Klinik för utbildning i pedodonti

Ett av syftena med resan var att besöka en klinik för utbildning i pedodonti på odontologiska fakulteten vid Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie – Pommerns medicinska universitet i Szczecin som är en av flera utbildningsplatser för tandläkare i Polen. Besöket kom att bli en intressant jämförelse mellan tandvård i allmänhet och barntandvård i synnerhet mellan våra länder. Skiljer sig utbildningarna i barntandvård åt mellan Sverige och Polen? Svaret är komplext och kan givetvis inte fullständigt genomlysas genom ett enskilt besök på en klinik. Vissa huvuddrag kunde skönjas, dock.

Privat regi

Tillsammans med den gamla regimen föll också den fria barntandvården och den profylax dätidens barntandläkare arbetade med. Idag sker huvuddelen av tandvården – även bamtvården – i privat regi på egen bekostnad. Heltidslärarna på kliniken arbetade oftast i sin egen praktik efter arbetstidens slut på barnkliniken, efter 15.00. När vi talade med lärarna var det inte alltid helt klart vad som behandlades på det ena stället eller det andra. Någon direkt motsvarighet till våra specialistkliniker finns inte. Det är universitets-klinikerna som har denna roll.

Lokalanestesi inte självklart

En påtaglig skillnad var synen på anestesi i samband med lagning. Det var inte självklart att detta erbjöds. Däremot bedövades det alltid i samband med extraktion. Vi kommer här in på psykologiskt omhändertagande av bam. Liksom hos oss är behandlingsproblematik en del av polska tandläkares vardag.

Ingen sedering och premedicinering

Vi fick förklarat att behandling av barn ofta försvärades av det faktum att sedering och premedicinering av legala skäl inte kunde genomföras. Det finns en lag som reglerar användandet av dessa preparat, och tandläkare omfattas inte som användare. Tandläkarna kände väl till sedering och premedicinering även om de inte kunde tillämpa teknikerna. De visste från litteraturen att vi i Sverige var väl förtrogna med detta sätt att arbeta.

Röntgenapparater fanns inte

En annan punkt gällde användandet av röntgen. På kliniken fanns inga röntgenapparater. Det var inte praxis att koppla ett röntgenrör till uniten. Således fanns inte bitewing som grund för kariesdiagnostik på det sätt vi brukar ha. I speciella fall kunde patienter remitteras till röntgenavdelningen, så möjligheten att erhålla ett röntgenunderlag fanns.

Inte mycket fluorpreparat

En annan skillnad var att fluorpreparat utöver fluor tandkräm inte användades i någon större utsträckning. Liksom hos oss användes gärna glasjonocement i primära tänder och komposit i permanenta tänder. Rent tekniskt såg vi inga skillnader i kavitetsutformning eller färdiga lagningar. Det var prydligt och fint.

Sammanfattningsvis konstaterade vi att det fanns både likheter och skillnader i tillgång till och synsätt på barntandvård och sättet att arbeta med barn, och att både vi och våra polska vårdare såg positivt på de diskussioner besöket föranledde.



Ted Lundgren

Barnvänlig bedövning!

Barnens bästa vän – Wand.

Wand är det perfekta hjälpmedlet vid behandling av tandvårdsrädda patienter och barn. Oftast känner patienten inte alls av bedövningen och slipper dessutom synen av sprutan.

Svenska Pedodontiföreningen har uttalat sig officiellt om Wand och säger att man:

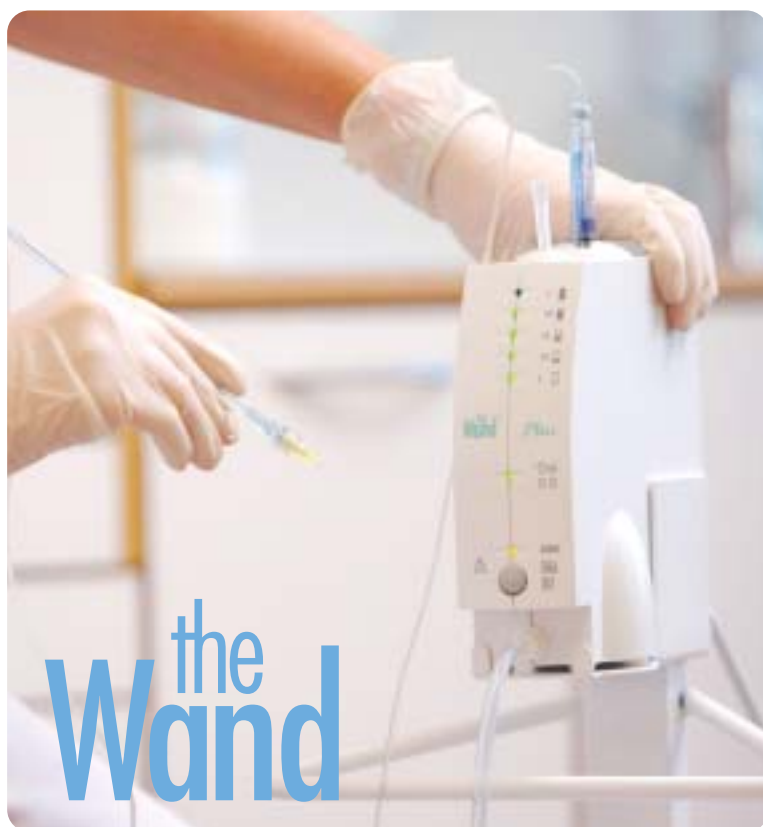
“Ser fördelaktigt på användningen av Wand injektionsteknik”

Omfattande
studier

Omfattande litteratur finns på Wand, med ett 50-tal publicerade studier. Wand finns på tandläkarhögskolorna i bland annat Umeå, Stockholm, Göteborg, Bergen, Oslo, Malmö och Århus.

Wand ingår även i anestesihandboken på amerikanska tandläkarutbildningar.

Beställ utförliga studier på:
www.unident.se



Products CRA Evaluators
“Can't live without” 2004
Dental Product Buying Guide 2002



Preferred Products list 2006
Best of 2003 och 2004
4 1/2+ 2001



I en undersökning bland 498 svenska tandläkare haglade lovorden om Wand!

Undersökningen visade att Wand i genomsnitt används vid 60% av alla bedövningar och superlativen haglade med omdömen som: *“Fantastisk”, “Oumbärlig”, “Trolleri”, “Wand(erful)!”*, *“Superbra”, “Revolutionerande”, “Kanon”, “Omistlig”, “Toppen”, “Strålande”, “Det bästa som hänt inom bedövning” och “Magisk”.*

unident[®]

Tel 0346-485 50 • Fax 0346-595 50 • info@unident.se • www.unident.se