

Endodonti

Hitta i dokumentet

[Länkar](#)

[Medikamentlista](#)

[Hantering av filfragment/ perforationer](#)

[Hantering av traumafall](#)

[Endodontisk akutbehandling](#)

[Debitering Åtgärder 521, 522 och 523.](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

[Diagnos och Terapi](#)

Se även

Nationella riktlinjer för vuxentandvård

SBU rapport 2010 - Endodonti

Internetodontologi

Dental traumaguide

Medikamentlista

Rengöring av arbetsfält:

- 30 % H₂O₂, Jodsprit 10% eller CHX-sprit 2 % (vid jodallergi)
- Kofferdam, latexfri (t ex Pro Option)

Spolvätskor: instrumentering

- NaOCl 1 % vid ortograd behandling av rotkanaler
- NaOCl 0,5 % vid apikalkirurgi, buffrad (Dakins)
- Na-EDTA 15 % anv i kombination med NaOCl vid instrumentering och rengöring av rotkanaler

Lösningsmedel för guttaperka:

- Guttasolv

Rotkanalsinlägg vid infektionsbehandling:

- Långtidsinlägg Ca(OH)₂ 1-2vek
- Korttidsinlägg JJK 5 % i minst 10 min alternativt CHX-lsg 2 % i 2 min (vid jodallergi)

Rotfyllningsmaterial:

- guttaperka och sealer (t ex AH Plus, alternativt AH Plus Bioceramic)
- Cement: MTA eller Biodentine vid vida kanaler, öppet apex eller vid tätning av perforationer (tätning med dessa cement sker med fördel under mikrosko)

Täckförband:

Material mindre betydelsefullt, huvudsaken är att detta ligger tätt och är minst 3-4 mm tjockt. IRM fungerar utmärkt i de flesta fall alternativt i kombination med GPA (dubbelt tfb)

- Undvik bomullspellet

Försegling av rotfylld kanal:

Bondat flowmaterial med avvikande färg eller opaker (t ex Tetric Evo Flow Bleach XL)

Lämpligt att sänka guttaperka 1-2 mm i rotkanal innan applicering av ets och Bonding. ALLT tfb eller provisorisk fyllning avlägsnas inför tätning av rotkanaler!

Hantering av filfragment/ perforationer

1. Notera vilken tand, ev. fil och hur många mm som saknas av filen, hur stor perforationen är och lokalisation och tag apikal-röntgen
2. Informera patient
3. Bedöm om du kan åtgärda filfragment/perforation själv eller om remiss till specialist är indicerad för bedömning av behandlingsbarhet
4. Skriv avvikelserapport

Rekommendera patienten att anmäla till LÖF/patientskadeförsäkring om apikal patologi föreligger eller om komplikation eller behov av ytterligare vård kan uppkomma till följd av filfraktur eller perforation

Hantering av traumafall

Erbjud snabbt omhändertagande.

1. Anamnes (allmän, speciell)
2. Tag erforderliga röntgen beroende på grad av trauma och tänder involverade (2 apikal röntgen och/eller ocklusionsfilm och/eller OPG),
3. Klinisk undersökning av ev. mjukvävnadsskada samt tänder.
4. **Ställ diagnos**/alt tentativt diagnos samt bedöm ev. behov av lagning/fixering
5. Konsultera specialist vid behov alt. skicka remiss efter akutbesök.

Sensibilitetsundersökning kan vara mycket osäker på traumaskadad tand upp till ett år efter trauma (vanligt med falskt negativa svar alt hypersensibilitet)

Förslag till traumakontroller upp till 5 år (men bedömning av uppföljningsbehov efter trauma skall ske individuellt och beroende på diagnos!) - efter 2v, 1 månad, 2 månader, 6 månader, 1 år efter trauma. Därefter årsvis i samband med rutinundersökning upp till 5 år.

Endodontisk akutbehandling

1. Fullständig undersökning, ställ diagnos samt bedöm tandens behandlingsbarhet/möjlighet till kronersättning
2. Rekommendera smärtstillande (t ex Alvedon i kombination med Ibumetin) vid behov
3. Om indicerat: trepanera, gör en fullständig kavum preparation, lägg Ca(OH)₂ i kavums botten samt tfb/IRM
4. Bedöva och incidera ev abscess om nödvändigt.

Undvik "primärrensning" med tunna filar - detta medför större risk för exacerbation!

Sätt av en längre tid för fullständig instrumentering!

Vid svårighet med diagnostik, bedömning av prognos och/eller smärtproblematik konsultera specialist om möjligt.

Rotbehandling

Rotbehandling kan utföras i ett eller två steg. Rekommendationen är att om möjligt alltid utföra rotbehandling i två steg, men om patient är symptomfri och utan svullnad eller fistel

kan en längre tid sättas upp för att utföra infektionsbehandling i ett steg och alltid med ett rotkanalsinlägg/korttidsinlägg efter instrumentering och rengöring av rotkanals-systemet. Detta kräver mycket av behandlaren och också att patient skall kunna sitta en längre tid! Studier uppvisar större skillnad i symptombild med fördel för behandling i två steg! Viktigt att upplysa pat att symptom kan förekomma 2-3 dgr efter enstegsförfarande!

Revisionsbehandling

Kan utföras ortograd (genom krona) eller retrograd (apikalkirurgi). Det kan vara svårt att bedöma vad som är den mest optimala behandlingen i varje enskilt fall. Om retrograd behandling skall övervägas är det lämpligt att kontakta specialist för en konsultation, för att minska onödigt lidande och onödig behandling.

Debitering Åtgärder 521, 522 och 523.

Debitering av **åtgärd 522** förutsätter bestämning av instrumenteringsdjup! D.v.s. det går inte bara att leta kanal och debitera utan det måste finnas angivet i journalen hur djupt man letat. Bara kavumpreparation är inte något som ger underlag för **åtgärd 522**, men väl endodontisk **akutåtgärd 521** - denna är dock förenad med villkoret att det är en annan behandlare som fullföljer den endodontiska behandlingen. Det går alltså inte att debitera **åtgärd 522** flera gånger och ej heller debitera **åtgärd 521** mer än en gång per tand och behandlare! **Åtgärd 522** kan med fördel användas vid borttagning av filfrakturer medan **åtgärd 523** är enbart vigd åt rotkanalsstift.

Diagnos

Terapi

Vitaldiagnos:

asymptomatisk pulpit
symptomatisk pulpit

pulapektomi
”

Avitaldiagnos:

pulanekros
asymptomatisk apikal parodontit
symptomatisk apikal parodontit

rotbehandling
”
”

tidigare rf tand

ortograd eller retrograd
revisionsbehandling