



Hvad skal vi se efter i mundhulen - og hvad kan vi gøre?

Dabelsteen, Erik

Published in:
Ugeskrift for Læger

Publication date:
2010

Document version
Tidlig version også kaldet pre-print

Citation for published version (APA):
Dabelsteen, E. (2010). Hvad skal vi se efter i mundhulen - og hvad kan vi gøre? *Ugeskrift for Læger*, 172(44), 3016-3018.

Mundhulen

Langt de fleste læger har på et eller andet tidspunkt i deres karriere skrevet: »Cavum oris: i.a.«, og hvis det gik højt af og til også: »Ingen rødme eller belægninger«. Det har jo i hovedparten af tilfældene været rigtigt, men der er også i tidens løb overset et og andet.

De tandlægestuderende har i deres studie et kursus i intern medicin, mens der i de lægestuderendes curriculum ikke indgår en tilsvarende systematisk undervisning om mundhulen.

Dette temanummer er et beskedent forsøg

på at rette lidt op på det. Vores ambition har været at præsentere læserne for de almindeligste tand- og mundhulesygdomme og samtidig give en oversigt over de kliniske fund og symptomer, som de fleste læger, hvad enten det sker i almen praksis eller i hospitalsregi, vil komme i berøring med. Håbet er, at patienterne hurtigere bliver diagnosticeret og behandlet, uanset i hvilket regi det skal foregå. God læselyst.

Bjarne Ørskov Lindhardt

Hvad skal vi se efter i mundhulen – og hvad kan vi gøre?

Erik Dabelsteen

STATUSARTIKEL

Tandlægeskolen,
Afdeling for
Oral Diagnostik

Som praktiserende læge er man dårligt stillet, hvis patienten henvender sig med problemer fra tænder og slimhinde. Man vil oftest gøre sig selv – og ikke mindst patienten – en tjeneste ved at sende patienter, der har kroniske gener fra slimhinde, tænder og tyggemuskulatur, videre til tandlægen; akutte smertegivende tilstande fra mundhulen kan man dog som praktiserende læge blive nødt til at tage stilling til.

Patienter med sygdom i mundhulen undersøges bedst, når de er placeret i en stol med nakkestøtte og med en effektiv lyskilde med lys, der kan fokuseres.



FAKTABOKS

Lægen har gode muligheder for at diagnosticere akutte infektioner og starte en indledende antibiotikumbehandling, hvis patienten ikke har mulighed for at komme til tandlæge.

En odontologisk behandling er altid nødvendig, selv om symptomerne klinger af efter antibiotikumbehandlingen.

Tænder med akut rodbetændelse og/eller infektioner i dybe tandkødsломmer giver smerte ved sammenbid og vil være ømme ved digitaltryk.

Nekrotiserende gingivitis er oftest en akut smerte, som giver tandkødsbetændelse. Tilstanden er karakteriseret ved en markant foetor ex ore og kan initialt behandles med antibiotikum, bedst metronidazol, der gør patienten smertefri på en til to dage.

To tungespatler eller bedre to mundspejle er vigtige hjælpemidler – spejlet fungerer bedst på grund af dets glatte overflade, og fordi man med spejlet kan kaste lys fra lyskilden til det område, man ønsker at undersøge nærmere.

HVAD KAN MAN SOM LÆGE GØRE MED PATIENTER, DER HAR TANDPINE?

Akutte smertetilstande opstår som regel i forbindelse med infektioner enten i tandens pulpa eller i parodontiet, dvs. den knogle og slimhinde, der omgiver tænderne.

Rodspidsbetændelse er betændelse i knoglen omkring en tands rodspids som følge af nekrose og bakterievækst i pulpa. Nekrosen opstår typisk efter langvarig symptomløs infektion (i pulpa) grundet dyb caries eller revner i tænderne.

Pulpainfarkter forekommer ofte i fortænder, der har været udsat for traumer. Infarktets kan senere blive inficeret og medfører så rodbetændelse. Sådanne tænder er ofte misfarvede blå eller grå på grund af blodpigment i tandens dentin.

Som følge af inflammationen i det periapikale område vil tænder med akut rodbetændelse blive presset lidt ud af alveolen, og patienten oplyser, at tanden føles for høj og giver smerte ved sammenbid. Tanden vil oftest være øm ved digitaltryk, ligesom



FIGUR 1

Tand med nekrotisk pulpa som følge af tidligere traume. En periapikal infektion med abscesdannelse er udviklet.



der kan være hævelser og smerter ved palpation af slimhinden uden for tandens rodspids (**Figur 1**).

Infektioner i dybe tandkødslomer omkring tanden som følge af en langvarig marginal parodontitis vil kunne give lignende symptomer og kan ikke umiddelbart skelnes fra rodbetændelse. Diffus hævelse i ansigtet, hævede regionale lymfeknuder og evt. feber forekommer hyppigt ved begge tilstande.

Lægen har gode muligheder for at diagnosticere disse akutte infektioner og starte en indledende antibiotikumbehandling, hvis patienten ikke har mulighed for at komme til tandlæge. Det er vigtigt at være klar over, at en odontologisk behandling altid er nødvendig, selv om symptomerne klinger af efter antibiotikumbehandlingen. Den akutte odontologiske behandling består af drænage af pus gennem tanden/tandkødsloppen eller ved incision af absces. Kun hvis der er påvirket almentilstand og risiko for sænkingsabsces, bliver der hos tandlægen suppleret med antibiotika, og det er derfor bedre, at patienten bliver behandlet hos tandlægen, end at der gives unødvendig antibiotikum i forbindelse med et lægebesøg.

Infektioner i tandens pulpa kan være stærkt smertegivende med smerteanfald af halve eller hele timers varighed. Tilstanden vil ikke give anledning til hverken hævelse eller palpationsømhed af tænder eller slimhinde. Imidlertid vil symptomerne ofte forværres ved temperaturændringer, og i enkelte tilfælde kan patienterne oplyse, at smerterne lindres med koldt vand. Patienten kan kun behandles effektivt ved, at pulpa fjernes, hvilket kræver et tandlægeagtigt indgreb. Lægen kan kun give smertelindrende behandling, og antibiotika vil ikke have nogen effekt.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at patienter



FIGUR 2

Intraoralt reciderende herpesudbrud med større fibrinbeklædte ulcerationer.



ter med maksillær sinusitis kan præsentere sig med »tandpine«. Disse patienter angiver oftest smerte fra flere tænder – tænderne er ikke ømme som ved rodbetændelse, og smerten er ikke temperaturafhængig som ved pulpitter.

Patienter kan efter kirurgiske indgreb få smerter og hævelse, og hvis det drejer sig om operation af visdomstænder, ses der ofte nedsat gabebevne. Patienterne vil af og til henvende sig til lægen i den tro, at de har fået infektion i såret. Infektion efter operative indgreb i mundhulen er sjældne. Hvis patienterne har infektion, vil de have dunkende smerter og forhøjet temperatur. Lægen kan behandle sådanne patienter med antibiotika. Andre postoperative smerter kan behandles med analgetikum, f.eks. med antiinflammatoriske præparater (se i øvrigt afsnittet om akutte tilstande i mundhulen).

AKUTTE SMERTEGIVENDE TILSTANDE FRA MUNDSLIMHINDEN DER ER AF BETYDNING FOR LÆGEN

Akut herpetisk gingivastomatitis viser sig på mundslimhinden med multiple ulcerationer, som vil være tydelige både på tunge og gingiva. De i starten ganske små ulcerationer vil senere i forløbet smelte sammen til større fibrinbeklædte, smertegivende ulcerationer, og der er som regel hævede regionale lymfeknuder og evt. feber. Diagnosen stilles som regel klinisk.

Reciderende herpesudbrud forekommer lejlighedsvis intraoralt. Den typiske lokalisation er den hårde gane ud for den første molar. Klinisk viser det sig med rødme og ødem samt forekomst af små bullae, der brister og efterlader ulcerationer (**Figur 2**). Tilstanden heler i løbet af en til to uger spontant. Ved

 FIGUR 3

Nekrotiserende gingivitis med stærkt ødematøs og cyanotisk gingiva. Ved fortænderne ses en grålig nekrotisk gingivakant, ellers er tænderne præget af større mængder af fibrin og plak.



den recidiverende intraorale herpes bør diagnosen herpes zoster overvejes.

Nekrotiserende gingivitis er oftest en akut smertegivende tandkødsbetændelse, der viser sig med let genkendelige fibrinbeklædte ulcerationer, som i starten ses mellem tænderne, men senere også på den faciale gingiva (Figur 3). Tilstanden er karakteriseret ved en markant foetor ex ore. Tilstanden kan ubehandlet sprede sig til tandens knoglefæste. Nekro-

tiserende gingivitis findes i vore dage hyppigst hos hiv-seropositive patienter. Der kræves omhyggelig odontologisk behandling med rensning og renhold af gingiva. Tilstanden kan initialt behandles med antibiotikum, bedst med metronidazol, der gør patienten smertefri på en til to dage. Uden odontologisk behandling, der indebærer omhyggelig rensning og evt. kirurgisk korrektion af gingiva, vil den nekrotiserende gingivitis gå fra det akutte til et kronisk stadium med forsæt destruktion af slimhinde og knogle omkring tænderne til følge.

Yngre patienter med visdomstænder i frembrud kan få akutte infektioner i tandkødet omkring tanden. Patienterne kan være hævede i ansigtet og i slimhinden. De har oftest dunkende smerter og nedsat gabebevne. Hvis der ikke er mulighed for tandlægelig behandling, kan tilstanden behandles af lægen med antibiotika, sædvanligvis penicillin (se artiklen om akutte tilstande i mundhulen, Ugeskr Læger 2010;172:3018-22).

KORRESPONDANCE: Erik Dabelsteen, Afdeling for Oral Diagnostik, Tandlægeskolen, 2200 København N. E-mail: ed@sund.ku.dk

ANTAGET: 20. august 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Dabelsteen E, Buschard K, Pindborg JJ. Almen odontologi. København: Odontologisk Boghandels Forlag, 1982.
2. Scully C. Oral and maxillofacial medicine. The basis of diagnosis and treatment. Edinburgh: Wright, 2004.

Akutte tilstande i mundhulen

Preben Hørsted Bindsløv¹ & Søren Schou²

STATUSARTIKEL

1) Aarhus Universitet, Odontologisk Institut, Afdeling for Tandsygdomslære, og
2) Aarhus Universitet, Odontologisk Institut, Afdeling for Kæbekirurgi & Oral Patologi

I de fleste tilfælde vil det være naturligt for patienten at henvende sig hos tandlægen med henblik på diagnostik og behandling af akutte tilstande i munden, mens patienten i andre tilfælde vil finde det relevant at henvende sig hos lægen. I denne artikel fokuseres på akutte sygdomme i tandpulpa og det apikale parodontium (tandsmerter), pericoronitis omkring visdomstænder, flegmone, absces, traume svarende til tænder og kæber samt smerter efter kirurgiske indgreb i mundhulen. Endvidere gives der retningslinjer for smertekontrol.

TANDSMERTER

Pulpitis

Akut inflammation i tandpulpas bindevæv betegnes pulpitis og kan medføre næsten uudholdelige smerter. Disse beskrives ofte af patienterne som jagende,

skarpe smerter, der efterhånden udvikler sig til borende og dunkende smerter. I begyndelsen udløses smerterne af ydre påvirkninger, søde og sure fødeemner eller kulde. Senere i forløbet kan smerterne også udløses af varme. Kuldepåvirkning kan dog i de senere stadier i nogle tilfælde også virke smertedæmpende. I starten er smerteanfaldene kortvarige som respons på ydre påvirkninger. Senere opstår de spontant med anfald af minutters varighed, som tiltager i hyppighed og længde for ofte til slut at blive konstante. Det kan være svært for patienten at udpege den smertegivende tand. Ikke sjældent angives forkert kæbe, men meget sjældent projiceres smerterne over midtlinjen. Til gengæld kan smerterne projiceres til øreregionen og kæbeled i samme side og derfor mistolkes som otitis eller temporomandibulær dysfunktion.

Korrekt diagnostik forudsætter optagelse af en