

Klinisk diagnostik vedrørende pulpa og det apikale parodontium

Dette skema skal ses som en **hjælp** til at stille en sandsynlig endodontisk diagnose, som kan danne grundlag for behandling. Oplysninger i skemaet er ikke absolutte. Symptombilledet er ofte mere varieret, og der forekommer ofte overgange fra en pulpatilstand til en anden, idet det er dynamiske processer, der udspiller sig.

PULPALE DIAGNOSER			
DIAGNOSE	SUBJEKTIVE SYMPTOMER	OBJEKTIVE FUND	BEMÆRKNINGER
Pulpa sana	-	-	-
Pulpa traumate laesa	Pulpa følsom for alle former for påvirkninger.	Blotlagt vital pulpa, perforering gennem frisk dentin ved fraktur eller præparering. Bløder ved sondering.	Ingen symptomer på inflammation i pulpa. Hvis pulpa efter eksponeringen inficeres, kan pulpitis udvikles.
Reversibel pulpitis	Ikke spontane smerter. Skarpe, kortvarige, ophører når årsag elimineres. Provokeres af surt, sødt, varmt, koldt.	Pulpa ikke blotlagt. El-test: Smertetærsklen kan være lavere end ved pulpa sana. Kuldetest: Øget følsomhed. Rtg: i.a	Tilstanden som regel reversibel, når årsag elimineres (caries, hyperkontakt, fyldningsdefekt)
Irreversibel pulpitis, akut	Initialt skarpe, jagende anfaldsvise smerter, der tiltager i hyppighed, varighed og styrke. Kan være vanskeligt at lokalisere til bestemt tand. Kan krydse mellem kæberne, men ikke midtlinje. Kulde kan lindre smerten. Varme kan provokere smerten. Horisontal legemsstilling kan øge smerten.	Ofte i relation til caries. Pulpa ikke nødvendigvis blotlagt efter ekskavering. Evt. perkussionsømhed. Kan ses ved infraktioner. El-test: Som regel positiv med vekslende tærskelværddi. Kuldetest: Øget følsomhed, Rtg: Årsag kan muligvis lokaliseres, fx kompliceret cariesangreb. Periapikal knogle i.a. eller udvidet rodhindespalte evt. omgivende knoglefortætning.	Hyppigt en opblussen af kronisk pulpitis. Kan være vanskeligt at identificere tanden. Kulde kan til tider lindre smerte

<p>Irreversibel pulpitis, kronisk</p>	<p>Ofte ingen symptomer. Evt. svage til moderate, intermitterende smerter, der ofte kan henføres til den suspekke tand. Smerter kan provokeres af varme og kulde og vil ofte persistere fra 10 sek. til adskillige minutter. Der kan være let ømhed ved tygning og tryk.</p>	<p>Pulpa ikke nødvendigvis blotlagt efter ekskavering. Evt. let perkussionsømhed. El-test: Som regel positiv, ofte forhøjet tærskelværdi. Kuldetest: Øget følsomhed. Rtg: Som ved pulpitis irreversibilis, acuta.</p>	<p>Den vitale pulpa (reaktion og blødning) kan findes i kronepulpa eller et stykke nede i rodkanalen.</p>
<p>Pulpal nekrose</p>	<p>Som regel ingen symptomer. Evt. smerte ved tygning eller tryk (stammende fra det periapikale væv).</p>	<p>Pulpavævet er nekrotiseret. Kronen ofte misfarvet. Af og til forrådnelsesagtig lugt. Evt. perkussionsømhed. Varme kan evt. provokere smerte. El-test: Oftest negativ. Kuldetest: Oftest negativ. Rtg: i.a. evt. let udvidet rodhindespalte.</p>	<p>Nekrose kan forekomme ved såvel lukket som åben pulpalumen. I første tilfælde kan nekrosen være steril fx som følge af traume. I sidste tilfælde altid inficeret nekrose.</p>

PERIAPIKALE DIAGNOSER			
DIAGNOSE	SUBJEKTIVE SYMPTOMER	OBJEKTIVE FUND	BEMÆRKNINGER
Apikal parodontitis, akut	<p>Smerter kan lokaliseres til tanden.</p> <p>Smerteintensiteten afhænger af, i hvilket stadium betændelsen befinder sig. Konstante smerter, stærkest i betændelsens enostale fase. Smerter føles dumpe, borende, sprængende. Tandens "føles for høj". Pt. kan være alment påvirket sløj, febril.</p>	<p>Kronen ofte misfarvet. Tandens øm for perkussion og palpation, ofte løsnet. Rødme og hævelse i omslagsfolden eller oralt, evt. flukturerende. Pulpa nekrotisk eller tanden rodbehandlet. Regionære lymfekirtler palpable og ømme.</p> <p>El-test: Oftest negativ.</p> <p>Kuldetest: Oftest negativ</p> <p>Rtg: let og/eller diffus opklaring i periapikale knogle, varierende størrelse, evt. resorption af roden.</p>	<p>Tilstanden er ofte en opblussen af apikal parodontitis, kronisk. I fremskredne stadier med abscess-dannelse kan det være nødvendigt at incidere, hvis det er umuligt at skaffe tilstrækkeligt afløb gennem rodkanalen.</p>
Apikal parodontitis, kronisk	<p>Oftest ingen symptomer. Evt. let ømhed ved tygning. Ved nedsat resistens (fx forkølelse) kan forbigående smerte og ømhed optræde. Der kan optræde fistel, åben eller lukket, ved lukket evt. lette murrende smerter. Pt. har måske opdaget en lille fortykkelse i slimhinden samt at evt. smerter lindres ved tryk på samme, idet fistlen derved tømmes.</p>	<p>Kronen ofte misfarvet. Perkussionsømhed og ømhed for tryk ud for apex kan forekomme. Evt. fistelindgang kan ses. Pulpa avital eller tanden rodfyldt (se bemærkninger)</p> <p>El-test: Oftest negativ</p> <p>Kuldetest: Oftest negativ</p> <p>Rtg: Opklaring i periapikale knogle, ofte velafgrænset. Sklerosering forekommer.</p>	<p>Ses der sklerose, opfattes det som en reaktion fra organismens side på en længerevarende, relativt let irritation. Der er stadigvæk tale om parodontitis apikalis, og tilstanden kræver en kanal-/revisionsbehandling.</p>
Apikal abscess	<p>Smerte varierende fra ømhed til kraftig smerte afhængigt af abscessens placering.</p>	<p>Afgrænset ansamling af pus i det periapikale væv, ved gingiva, omslagsfolderne og/eller i ganen.</p>	<p>Skal drænes primært via rodkanalen under endodontisk behandling. Incision kan være indikeret som supplement, hvis tilstanden er velafgrænset og akut.</p>

Radikulær cyste	<p>Som regel ingen symptomer. Ved vækst kan cysten medføre stillingsændringer af tænder. I sjældne tilfælde kan cystens vækst forårsager sensibilitetsforstyrrelser eller smerter fra nerver, som udsættes for tryk (kan dog også være tegn på tumor). Inficeres cysten opstår smerter, hævelse og hævelser af lymfekirtler.</p>	<p>Kronen ofte misfarvet. Ved større cyster kan en ikke-øm knoglehævelse palpéres, evt. bliklågsfornemmelse. Hvis knoglen perforeres ses fluktuation. Perkussionsømhed og ømhed ud for apex, hvis inficeret. El-test: Oftest negativ, men kan være positiv, hvis væske i cyste og rodkanal. Kuldetest: Oftest negativ. Rtg: opklaring, evt. større, skarpt afgrænset, rund.</p>	<p>Kun histologisk undersøgelse kan verificere diagnosen cyste, men følgende karakteristika kan føre til den tentative diagnose:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ændret tandstilling 2) Bliklågsfornemmelse 3) Større, skarpt afgrænset opklaring radiologisk 4) Vanskeligt at tørlægge rodkanalen 5) Kolesterolkrystaller i eksudat fra rodkanalen.
Periapikal hyperæmi	<p>Tanden øm ved tygning, "føles for høj".</p>	<p>Tanden er perkussionsøm. El-test: Positiv eller negativ (se bemærkninger) Kuldetest: Positiv eller negativ afhængig af årsag Rtg: i.a. eller udvidelse af rodhindespalte</p>	<p>Ikke en egentlig endodontisk diagnose. Kan opstå både ved vitale og rodfyldte tænder. Årsag kan være mekanisk traume (fx for høj fyldning). Oftest reversibel, når årsag fjernes.</p>