

DENTAL WARS – EPISODE I

Den usynlige trussel (The Phantom Menace)



AF SPECIALDYRLÆGE
JENS RUHNAU, DIPL.EVDC.

Parodontose er et stort problem blandt hunde. Jeg har i en årerække undervist dyrlæger i korrekt behandling af sygdommen og vi er nået langt, men der er stadig meget at lære. Selv når den konkrete periodontale behandling er optimal, så løser det ofte ikke problemerne på lang sigt uden klienternes hjælp til at følge op på behandlingen med hjemmeprofylakse.

Her følger derfor en kort opsummering af korrekt periodontal behandling. I næste nummer følger Dental Wars – Episode II, Bakterierne angriber (Attack of the Bacterias), som fokuserer på motivation af klienter og hjemmeprofylakse.

BAKTERIER I MUNDHULEN

Plak er en biofilm af bakterier. Disse bakterier er årsagen til parodontose. Plak medfører inflammation i gingiva. Inflammation giver en øget lokal karpermeabilitet, så immunforsvaret kan angribe bakterierne, men tillader således også at bakterier passerer ind i karsystemet og giver en hæmatogen spredning. Antibiotika kan dræbe bakterier i kar og væv, men har stort set ingen effekt på bakterierne i plak. Bakterier i en biofilm ligger beskyttede og er derfor mellem 1000 og 1500 gange så resistente som "frie" bakterier. Plak fjernes bedst mekanisk, dvs. tandbørstning eller tandrensning/pocheoprensning. Derfor er antibiotika

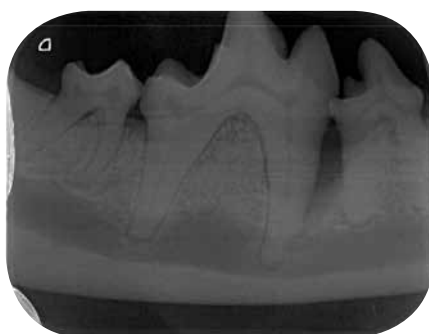
ikke velegnet til behandling af periodontale sygdomme. Antibiotika kan dog i nogle tilfælde være et supplement til behandlingen for at hæmme væksten af bakterier i kar og væv.

DEN KLINISKE UNDERSØGELSE

Plak, som er den egentlige trussel, er stort set usynlig. Calculus er synlig men i sig selv ikke særlig patogen. Calculus vil dog være gemmested for store mængder plak og er derfor ikke ønskelig. Det har ingen bevist effekt på periodontal sygdom at fjerne supragingival calculus. Hunde uden synlig calculus kan sagtens have periodontal sygdom. Hold derfor øje med inflammation i gingiva. Pochemåling kan ikke udføres tilfredsstillende på vågen hund. Trangstillede tænder er et prædilektionssted for periodontal sygdom. Det samme gælder mellem 8 og 9 i maxilla, mellem 8 og 9 samt 9 og 10 i mandibel og alle incisiver. Halitosis stammer næsten altid fra periodontal sygdom. Husk stadig at se efter frakturerede tænder. Tænder med blottet pulpa (eller tæt på blottet pulpa) er altid behandlingskrævende – ekstraktion eller rodbehandling.

PERIODONTAL BEHANDLING

Først laves en grundig fjernelse af supragingival calculus. Løshed, gingival



Mandibel før knogleopbygning



Mandibel efter knogleopbygning



Autograft.
Transplanteret gingiva
fra hjørnetanden

blødning, frakturer, recession af gingiva, blottelse af rødder og andre abnorme fund noteres. Dernæst laves en poche-måling med 6 punkter omkring hver enkelt tand. Hvis der findes abnorme pocher laves en grundig oprensning, så pochen er helt ren og fri for både plak, subgingival calculus og granulationsvæv. På dybe pocher (> 5 mm) vil det normalt være nødvendigt med en åben curettage. Der tages dental røntgen af alle tænder med abnorme fund. Ofte vil en fuld status (full mouth radiographs) være indiceret. Granulationsvæv og fortykket epithel på indersiden af pocher kan fjernes kirurgisk (Modificeret Widmann Flap). Hvis det gøres sammen med en grundig oprensning, kan ny tilhæftning finde sted vha. hemidesmosomer fra gingiva til dannelse af et såkaldt "Junctionel Epithelium". Herved minimeres pocherne og yderligere fæstetab hindres. Tilhæftet gingiva er vigtig for at kunne bevare den periodontale sundhed. Mindst 2 mm gingiva er ønskeligt. På tænder, som ønskes bevaret, men som ikke har gingiva nok, kan ny gingiva flyttes hen, enten som en Lateral Sliding Flap, en Free Gingival Graft eller ved at autotransplantere lidt submucosa fra den rostrale palatum. Denne form for periodontal kirurgi, kræver ikke meget udstyr, men lidt kirurgisk snilde, erfaring og kendskab til de normale "spilleregler" for gingival kirurgi. Resultaterne er ofte forbløffende gode.

KNOGLEOPBYGNING

På tænder med et markant fæstetab kan knogleopbygning laves efter oprensningen. Det kræver motiverede klienter og en tand med sund endodontisk status. På TandDyreklinikken har vi rigtig god erfaring med knogleopbygning. Der kan i princippet anvendes autograft, allograft, xenograft eller fuldsyntetisk materiale. Autograft (donor og recipient er samme individ) er i princippet bedst, men praktisk svært på grund af de bivirkninger, der er ved at høste knogle og

marv fra f.eks. hoften. Allograft (donor samme art som recipient) er ofte en god løsning fordi man med nye teknikker kan bevare flere af de stoffer som kan inducere dannelse af ny knogle, f.eks. Bone Morphogenetic Proteines (BMP). Herved opnås, som ved autografts en osseoinduktiv effekt. De fleste produkter på markedet er dog stadig kun osseokonduktive, både allograft og Xenograft (donor anden art end recipient) og syntetiske materialer. Dog arbejdes der på, at man eventuelt kan "tilsætte" BMP eller PRF (Platelet-Rich Fibrin) til et konduktivt materiale og derved opnå en induktiv effekt. Udviklingen på dette felt, sammen med udviklingen af nye membran-typer, vil de kommende år gøre knogleopbygning lettere for praktiserende dyrlæger, ikke bare i mundhulen, en også i forbindelse med knoglehealing andre steder.

OPFØLGNING

Ligesom det er vigtigt i visiteringsfasen sammen med klienterne at få afstemt forventningerne til vores behandling, så er det også vigtigt for klienterne at forstå hvor stor betydning deres hjemmeprofylakse har. Uanset hvilken type behandling vi har udført, så vil der allerede ved hjemsendelsen igen ligge en tynd biofilm af plak over tænderne. Jeg vil derfor i næste episode af Dental Wars komme med anbefalinger til hvad klienterne kan bruge derhjemme, samt forslag til hvordan vi som praktiserende dyrlæger motiverer klienterne.

Hunde uden synlig calculus kan have alvorlig periodontal sygdom

