Diagnostik og fjernelse af tredje molar på patienter med særlige behov



DKTE-uddannelse i special-, omsorgs- og socialtandpleje

Opgave 2025/2026

Skrevet af tandlæge Cecilie L. Dahl Eriksen

under vejledning af kæbekirurg Ynn Maribo

Indholdsfortegnelse

Indledning 3

Problemformulering 3

Metode og materiale 3

Redegørelse 4

Retningslinje for diagnostik fjernelse af tredje molar fra DSOMK 4

Specialtandpleje 4

Egne erfaringer fra specialtandplejen 5

Diagnostik i specialtandplejen 5

Brugen af generel anæstesi i Voksentandplejen i Københavns kommune 5

Tredje molarer i specialtandplejen 6

Spørgeundersøgelse 6

Cases omkring tredje molarer i specialtandplejen 7

Emma 7

Katrine 8

Anders 10

Diskussion 12

Konklusion 13

Litteraturliste 14

Indledning

Arbejdet som tandlæge for borgere med særlige behov er dynamisk. Tandfaglige dilemmaer og menneskelige værdier bliver udfordret hver dag. Både pga. behandlingstekniske udfordringer, men i særdeleshed pga. patienternes samarbejdsevner og compliance. Oftest har patienterne i specialtandplejen et kompliceret tandbehandlingsbehov med meget caries, parodontitis, tanddannelsesforstyrrelser mm. Derudover ses ofte uhensigtsmæssige kostvaner og levevilkår, som eksempelvis overforbrug af sukker, stort medicinindtag og deraf mundtørhed, svært ved at opretholde tilstrækkelig mundhygiejne pga. manglende evner eller initiativ samt udfordringer med mødestabilitet til tandlægebesøg. Fra universitetet er tandlæger uddannet til at finde en løsning på patientens tandproblemer, hvis de er til gene for patienten eller er sygdomsfremkaldende. Men når der udover tandproblemer, er menneskelige udfordringer, at tage hensyn til, kan det kompromittere behandlingen. Det kan være svært at ligge stille og holde munden åben, hvis man eksempelvis har spastiske bevægelser, har været udsat for seksuelle overgreb, er psykisk udviklingshæmmet og ikke forstår hvad der foregår, eller har uro i kroppen pga. en neurodivergent tilstand eller psykisk lidelse.

Det skal sikres at patienten får den bedst mulige behandling, også under disse vilkår. Men der mangler retningslinjer for behandlingsniveauet i specialtandplejen. Når jeg taler med kollegaer rundt om i landets specialtandplejer, er min opfattelse, at kommunerne finder deres egen retningslinje for behandlingsniveaet. Det kan betyde, at patienterne får én behandling i Midtjylland og en anden på Sydsjælland, fordi anskuelsen af behandling ved patienter med særlige behov divergerer.

Jeg er tandlæge i specialtandplejen i Københavns Kommunes Voksentandpleje. Mit fokus de seneste år har været rettet mod tredje molarer (M3), herunder observationer og fjernelsen, på denne patientgruppe. I november 2022 udgav Dansk Selskab for Oral og Maxillofacial Kirurgi (DSOMK) en opdateret retningslinje for diagnostik og fjernelse af M3(1). Retningslinjen omfatter sunde og raske patienter i alderen 16-25 år. Men specialtandplejepatienter har også M3ere. Vi kan også udføre diagnostik og behandling på denne patientgruppe. Men når det kommer til indgreb og kirurgi, er der faglige udfordringer og megen logistik, som bør ligge til grund.

Problemformulering

Den af DSOMK gældende retningslinje for diagnostik og fjernelse af M3 omfatter sunde og raske patienter. Med dette menes patienter som kan udføre optimal mundpleje (tandbørstning og tandtråd), spise sundt og varieret samt udtrykke smerter. I nærværende opgave undersøges det, om der forskelsbehandles på hhv. sunde og raske patienter versus specialtandplejepatienter, når det kommer til diagnostik og fjernelse af M3. Opgaven munder ud i en diskussion om hvorledes DSOMK's retningslinje bør anvendes for specialtandplejepatienter.

Metode og materiale

Denne opgave er en kombination af litteraturstudie, casebeskrivelser og egne erfaringer. Søgemaskinen PubMed er anvendt. I første litteratursøgning er følgende ord brugt: *special* AND *care* AND *dentistry* AND *removal* AND *third* AND *molar*. Denne søgning gav ingen resultater. Søges der på: *special care dentistry* AND *third molar* giver det 20 resultater. Alle er artikler som kun belyser "third molar" og ingen benævner "special care dentistry", hvorfor også denne søgning forkastes. På adskillige kombinationer af ovenstående findes ingen videnskabelige artikler, som belyser fjernelsen af M3 på patienter i specialtandplejeregi. Derfor er der anvendt litteratur, som hovedsageligt belyser fjernelse af M3 på sunde og raske patienter. En del af

referencerne er fremsøgt via referencelisten fra DSOMK's retningslinje. En enkelt artikel fra Tandlægebladet er også brugt til videre referencesøgning. Da litteraturen omkring specialtandpleje er sparsom, refereres der også til egne erfaringer gennem 10 års arbejde i specialtandplejen. De cases, der er anvendt er alle patienter jeg selv har behandlet eller været med til at behandle med en specialtandlæge i tand- mund- og kæbekirurgi (i denne opgave betegnet som "kæbekirurg"). Der foreligger fuldt samtykke til anvendelse af disse cases, som også er anonymiserede. Emnet er stort og omfangsrigt, der er mange perspektiver der bør belyses, men da opgavens omfang ikke tillader dette, vil der i dele af opgaven være områder, hvor et mere dybdegående perspektiv på opgavens konklusion, er ønskværdigt. For at lette opgavens omfang, vil det være underforstået, at der er tale om sunde og raske patienter, når der refereres til DSOMK's retningslinje.

Redegørelse

Retningslinje for diagnostik fjernelse af tredje molar fra DSOMK

Ifølge retningslinjen bør der tages stilling til M3s lejring og mulighed for frembrud allerede i 16-20 års alderen(1). Stillingtagen kan foretages af både tandplejere, tandlæger eller specialtandlæger, og bør indeholde en klinisk og radiologisk undersøgelse af tændernes tilstedeværelse, lejring og mulighed for frembrud til et funktionelt og sygdomsfrit miljø. DSOMK anbefaler fjernelse af M3 i 16-25-års alderen, hvis tænderne har kliniske og/eller radiologiske tegn på patologi (periconitis, cyster, tumorer, caries, parodontal sygdom, resorption), hvis de er horisontalt lejrede og mesioverterede med intim/tæt relation til nabotanden og ikke vurderes til at frembryde til normal funktion. Derimod vurderer DSOMK at M3 kan observeres hvis de er uden kliniske eller radiologiske tegn på patologi. Observationerne medfører løbende kontroller med ny vurdering af, hvorvidt man bør fjerne M3 eller observere yderligere/livslangt (1). Ifølge flere studier fjernes 70-90% af alle M3 i underkæben i løbet af en individs liv (2–4) og tidlig fjernelse reducerer antallet af komplikationer, postoperative gener og forbruget af smertestillende medicin og antibiotika (1,2,5–8). Derudover understreger retningslinjen også, at såfremt der er behov for en CBCT-optagelse forud for fjernelsen af tanden eller hvis den har en nervenær relation, må sværhedsgraden indikere, at tanden bør fjernes af en kæbekirurg, for at minimere risikoen for komplikationer, som eks. neurosensoriske forstyrrelser (1).

Specialtandpleje

Ifølge Danmarks Statistik var der i år 2022 tilknyttet ca. 22.000 patienter til specialtandplejen i Danmark. Heraf var 19.000 personer 18 år eller derover (9). Det er patienter, som repræsenterer en stor variation og kombination af fysiske og psykiske sygdomme, syndromer, neurodiversitet mv. I Danmark omfatter loven på tandplejeområdet også borgere med betydelig, varig fysisk/psykisk funktionsnedsættelse, som ikke kan bruge almindelige tandplejetilbud. Dette er beskrevet i Sundhedsloves § 133 (10). Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et specialiseret tilbud med forebyggende, undersøgende og tandbehandlende praksis (11). Det er således den enkelte behandlers vurdering hvorvidt der skal tilbydes behandling eller ej, samt hvilken der kan tilbydes. Behandlingen bør fastlægges ud fra den faglige vurdering, og her henviser lovvejledningen (11) til, at der i specialtandplejen bør arbejde tandfagligt personale med erfaring inden for patientgruppen. Der nævnes også forskellige måder, hvorpå en optimal behandling kan opnås og sedation samt generel anæstesi (GA) fremhæves flere gange (11). På nationalt plan foreligger der ingen retningslinjer for anvendelse af GA på voksne i forbindelse med tandbehandling. Endvidere er der heller ingen vejledning til vågen sedation på voksne. Der henvises til vejledningen for børn (12). For at udføre en behandling, vil der altid være behov for

et informeret samtykke (13). Et samtykke som en del specialtandplejepatienter ikke selv vil kunne afgive. Derfor skal der indhentes et stedfortrædende samtykke forud for en behandling (14,15). I visse tilfælde vil der også være tale om brug af tvang, hvis patienten i ord eller handling modsætter sig behandlingen (16). Når lovgivning nævnes i flæng som ovenfor, er det fordi det er en uundgåelig del af hverdagen som behandler og patient i specialtandplejen. Alle vinkler på behandlingen skal inddrages.

Egne erfaringer fra specialtandplejen

Diagnostik i specialtandplejen

M3 bryder typisk frem i 17-24-års alderen (1) og derfor kan de fleste M3ere ses på et panoramarøntgen fra 16-årsalderen. Det kan være svært at afgøre om tænderne vil frembryde til et sundt og sygdomsfrit miljø, men i specialtandplejeregi, er der også en række andre overvejelser, der bør medtages i forbindelse med diagnostik af M3. Samarbejdet omkring undersøgelse og røntgen er vanskeligt for mange patienter i specialtandplejen. En del kan end ikke samarbejde til en klinisk undersøgelse. Her er gruppen af udviklingshæmmede patienter højt repræsenteret, men også patienter med omfattende angst eller svært fysisk handicap kan være nært ved umulige at undersøge klinisk. Disse patienter kan oftest ikke medvirke til en radiologisk undersøgelse. Nogle kan, evt. gennem længere tids tilvænning, trænes til et panoramarøntgenbillede. Andre kan samarbejde omkring optagelse af enorale røntgenbilleder af varierende kvalitet. For en god andel af patienterne er fuld klinisk og radiologisk undersøgelse dog muligt. Men, for de fleste patienter gælder, at hvad kan de ved et besøg, ikke er ensbetydende med, hvad de kan ved det næste. Ingen patienter er ens, hvilket formentlig er mere udtalt i specialtandplejen end i gængs tandpleje. Behandleren må være kreativ i sin tilgang til undersøgelse og behandling af denne patientgruppe og altid være åben for og på forkant med nye muligheder og tiltag. Som eksempler har jeg undersøgt patienter liggende på gulvet i venteværelset. Jeg har optaget panoramaoptagelser, hvor vi havde smurt Nutella på bidpinden. Jeg har set hjemmevideoer mens vi ”kiggede lidt på tænderne”. Så det er ikke altid førstevalget, ”bare” at observere en tand klinisk og radiologisk ved hyppige kontroller, som DSOMK foreskriver (1), når borgeren har et særligt behov.

Brugen af generel anæstesi i Voksentandplejen i Københavns kommune

De patienter som er umulige at tilgå, kan tilbydes behandling i GA, som det også nævnes i lovvejledningen (11). I Voksentandplejen, har vi en gennemarbejdet intern vejledning for, hvornår vi anvender GA. Også inden for dette område oplever jeg, når jeg taler med kollegaer fra andre kommuner, meget stor divergens, kommunerne i mellem. I Voksentandplejen er holdningen, med henvisning til lovgivning om anvendelse af tvang på varigt inhabile patienter (17), at der i udgangspunktet ikke anvendes GA for at lave en undersøgelse, eksempelvis af M3erne. Der skal være en begrundet mistanke om patologi eller smertegivende tilstande. Eller der skal være et uopsætteligt behov for en indsats, som kan forebygge senere skader og deraf smerter, eksempelvis ved at fjerne M3erne, som ikke forventes at frembryde til et sygdomsfrit miljø. Inden behandling i GA tilbydes, drøftes hverdagssituationer, som spisning og udførsel af mundpleje med dem, som er nære til patienten, hvis ikke patienten selv kan svare for sig. Er der observeret pludselige afvigelser i dette, kan det give anledning til at mistænke patologi i munden, eksempelvis fra M3ere med hindret frembrud eller fra et cariesangreb. Sammenholdt med andre forhold omkring patienten, som eksempelvis ekstraorale observationer, patientens alder og evt. tidligere kliniske og radiologiske fund – vurderes det, om der skal tilbydes en behandling i GA. Er der ingen tegn på smerter eller afvigende adfærd, men har behandleren en mistanke om, at der kan være retinerede tænder, som ønskes vurderet, startes arbejdet med tilvænning til eksempelvis bedre undersøgelse og i særdeleshed radiologisk undersøgelse. Fører dette ingen vegne kan GA

alligevel tilbydes, hvis mistanken om tilstedeværelsen af og evt. gener fra M3, samt ønsket om fjernelse af den eller disse, er der. Det er dog yderst sjældent tilfældet.

Tredje molarer i specialtandplejen

Retningslinjen konkluderer, at tidlig stillingtagen til M3 tilrådes (1). Panoramarøntgen er et godt radiologisk redskab til at vurdere patologi, nervernes lejring i forhold til tændernes rødder og M3ernes relation til nabotænderne, hvor der eksempelvis kan være knoglefæstetab eller resorption omkring anden molar (M2). Det kan være en udfordring at optage et brugbart panoramarøntgenbillede på specialtanplejepatienter. Udstyret hertil er ikke til rådighed ved GA, så derfor bør der forsøges med panoramaoptagelse på de patienter, som vurderedes at kunne samarbejde helt eller delvist omkring dette. De kommende cases viser, at det ikke altid er optimalt, men meget brugbart for den videre plan, med denne strategi. Mange af de patienter vi modtager fra børne- og ungdomstandplejen (BUT), har på et tidspunkt været i GA for tandbehandling. Derfor bruger vi også tid på at gennemse og indhente tidligere journal-materiale. Ud fra det og sammenholdt med den aktuelle situation, smerter eller ej, vurderes det, om en undersøgelse med henblik på tandbehandling, herunder evt. kirurgisk fjernelse af M3erne, i GA skal tilbydes.

Ovenstående vedrører primært den patientgruppe, som ikke er helt kognitivt med i, hvad der foretages af undersøgelser og hvorfor. En gruppe hvor der sædvanligvis er tale om stedfortrædende samtykkegivere, som endelige beslutningstagere for gennemførslen af behandlingsplanen. Jeg vurderer ud fra egen erfaring, at gruppen af unge med angst eller manglende evne til at kunne overskue større behandlinger, er voksende. Der er stor variation i, hvilken tandstatus de har. Nogle har aldrig fået behandling af tænderne, andre har prøvet at få lavet lidt fyldninger, men har behov for vågen eller fuld sedation hertil, mens andre igen kan klare almindelig tandbehandling problemfrit.

Operativ fjernelse af en M3 er ikke et simpelt indgreb. Det er et indgreb, der meget hurtigt når et ”point of no return”, hvor man vil lægge patienten mere til last end til gavn, ved at afbryde behandlingen inden den er afsluttet. Det betyder, at tanden skal fjernes komplet for at undgå postoperative komplikationer. Til sammenligning kan man ved fyldningsterapi afbryde i alle faser af behandlingen og lægge en midlertidig fyldning, hvis accepten pludselig mistes. Dette er også en overvejelse, når det vurderes om patienten kan samarbejde til operativ fjernelse af M3ere. I Voksentandplejen har vi de seneste år oplevet flere patienter, som klarer første operativ fjernelse af M3 fint, i vågen tilstand. Ved anden operation kan de slet ikke overkomme behandlingen eller efterforløbet. De fortæller, at de er bange for smerterne og ubehaget, som følger med efter operationen. Derfor er vi blevet skarpere på at vurdere, om patienten er bedre stillet med operativ fjernelse af alle tilstedeværende M3ere på én gang i GA, end op til fire seancer i vågen tilstand. Desuden værner denne strategi også om patienternes compliance fremover. Hvis de får en dårlig oplevelse med i bagagen, kan det medføre angst og utryghed overfor fremtidige tandlægebesøg, hvilket er unødvendigt. Vi har derfor også en relativt stor gruppe af patienter, som lægges i GA pga. indgrebets omfang mere end pga. deres evne til at samarbejde omkring diagnostisk udredning klinisk og radiologisk.

Spørgeundersøgelse

Jeg har i forbindelse med denne opgave stillet nogle korte spørgsmål omkring specialtanpleje-patienter og fjernelse af M3 til fem af landets største Specialtandplejer. Alle fem kender retningslinjen fra DSOMK og de fire følger den ”i nogen grad” mens et sted angiver at følge den. Derudover oplever flest komplikationer på de patienter som er over 25 år, når de får fjernet deres M3ere, præcis som litteraturen også foreskriver. Denne simple spørgeundersøgelser viser, at der er et kendskab til retningslinjen, men at den ikke følges til fulde for specialtandplejepatienterne.

Cases omkring tredje molarer i specialtandplejen

Emma lider af et sjældent syndrom, som bl.a. præsenterer sig ved mentalt og fysisk underudvikling. Emma er 21 år da jeg ser hende første gang. Efter et par besøg lykkedes det at kigge Emma i munden. Jeg får lov til at se alle tænderne, tælle dem og kigge "bag på dem" med et spejl. Efter endnu flere besøg, får jeg også lov til at rense Emmas tænder forsigtigt, mens jeg tæller til 10. Vi opbygger gennem nogle måneder en god relation, som er støttet meget af familien, der indvilliger i at komme med Emma ofte på klinikken. Jeg kan ikke se M3erne i munden klinisk, men qua Emmas alder, kan jeg ikke afvise, at de er tilstede. Det er ikke muligt at måle pocher eller tage enorale røntgenbilleder. Derfor vurderer jeg, at et panoramabillede vil være en god diagnostisk medspiller og vi aftaler at vi skal forsøge. Far står inde ved Emma da optagelsen laves, men da vi har taget halvdelen flytter hun hovedet. Vi får derfor følgende resultat:



Ovenfor ses et distoreret panoramarøntgenbillede. Højre side kan der diagnosticeres på tænderne fra M3 til anden præmolar. Dette billede er derfor brugbart for nogenlunde diagnostik i højre side.

Efter første optagelse, vil Emma og far meget gerne forsøge igen. I andet forsøg får vi følgende optagelse:

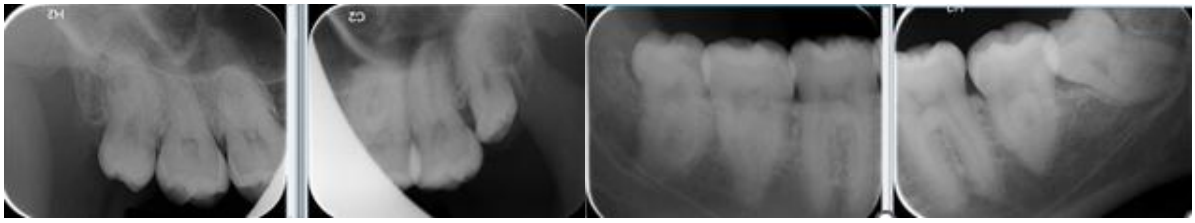


På dette panoramabillede ses tænderne i hele munden, om end der er distortion særligt i midten og overkæben. Men det er akkurat godt nok til formålet: at finde ud af om der er M3ere, lejringen af disse, og om der er indikation for fjernelse af dem. Dette er afgørende for både

behandlingsvalget og valget af behandler: almindelig tandlæge eller kæbekirurg. På panorama-optagelserne ses mandiblens højre M3 lejret med apices kaudalt for canalis mandibularis' nedre afgrænsning. Det kan derfor ikke afgøres om tanden allerede omklamrer n. alveolaris inferior (NAI) eller ej. Mandiblens venstre M3 er lejret over nervekanalens nedre afgrænsning. M2 i maxillens højre side, ses med ringe knogleniveau distalt og en M3 lejret let over den distale rod. Det er uklart om maxillens venstre M3 er tilstede eller ej – dette antages derfor. Ud fra ovenstående billeder, forventes det ikke, at Emmas M3ere vil eruptere til sunde sygdomsfrie forhold, bl.a. pga. risiko for hindret frembrud pga. lejring, manglende mulighed for optimalt renhold samt risiko for resorption af M2. Derudover bekræfter ovenstående billeder også, at vi bør fjerne alle M3ere inden for den nærmeste fremtid, da mandiblens M3ere, begge er i intim relation til NAI og der ses knoglefæstetab distalt for M2erne i mandiblen. Efterlades M3 er der risiko for resorption af nabotænderne på sigt, samt at rødderne vokser ned omkring NAI. Mulighederne for at observere M3erne er svære, da det har taget måneder at tilvænne Emma til disse panoramaoptagelser. Efter familiens samtykke til behandlingen og til evt. brug af tvang, lægges Emma i GA, med henblik på fjernelse af M3erne. Med til behandlingen er en kæbekirurg, da begge mandiblens M3 er i intim relation til NAI. Ved fjernelsen af disse, er der en risiko for at påføre Emma en neurosensorisk forstyrrelse. Emma kan ikke samarbejde omkring en CBCT-optagelse. Emma får fjernet tænderne uden komplikationer og det postoperative forløb går uden nogle nævneværdige komplikationer.

Katrine er 26 år, psykisk udviklingshæmmet og henvist fra en anden kommune til behandling i GA ved Voksentandplejen i København. I henvisningen står der "*ønske om undersøgelse, røntgenbilleder og evt. behandling af fund samt vurdering og behandling af evt. visdomstænder*". Desuden står der at "*familien oplever at Katrine vægrer sig ved tandbørstning*". Jeg kontakter hjemkommunen, som afviser at Katrine kan samarbejde til røntgenundersøgelse i vågen tilstand. Vi aftaler at hun lægges i GA og findes der M3ere med kompliceret lejring, må vi lægge Katrine i GA igen. I GA gøres følgende kliniske og radiologiske fund: optimal mundhygiejne, ingen behandlingskrævende caries eller anden patologi, fire anlagte M3'ere, hvoraf begge mandiblens M3'ere er lejret i intim relation til NAI, ud fra de tagne enorale røntgenbilleder at dømme. Det er dog svært at afgøre med god præcision, da panoramarøntgenbillede er bedst til at afgøre dette med sikkerhed.

Hermed et udsnit af røntgenbillederne fra første seance i GA.



Det aftales med familien at der kun foretager tandrensning i denne behandlingsseance, da der er behov for en kæbekirurg til at fjerne Katrines M3ere, pga. den fundne relation mellem NAI og M3 i begge sider af mandiblen. Min erfaring er, at det er bedst at fjerne alle fire M3ere under én behandling, når det foregår i GA på ikke-kooperative patienter, da der ellers er en høj risiko for, at Katrine ikke samarbejder lige så godt omkring anæstesien næste gang. Det aftales med Katrines mor, at de kommer ind på klinikken til mig, så vi kan forsøge med beroligende medicin (Midazolam) og en panoramarøntgenoptagelse.

Det lykkedes at tage to optagelser af Katrines kæber, hvilket er konstruktivt for den videre behandlingsplan. Ved første optagelse fås et acceptabelt billede af højre side:



Ved anden optagelse eksponerede vi kun i venstre side:



Begge panoramarøntgenbilleder er forvrængede, men brugbare. De viser mandiblens M3ers relationer til NAI, for begge tænders vedkommende, som intim. Særligt venstre side, hvor apex af M3 er placeret kaudalt for nervekanalen. Ingen af tænderne forventes at kunne eruptere til et sygdomsfrit miljø. Katrine lægges endnu engang i GA. Denne gang er vores kæbekirurg med og det planlægges at foretage koronectomi på mandiblens venstre M3, pga. den intime lejring med NAI.

De øvrige M3ere fjernes og mandiblens venstre M3 undergår optimal koronectomi (18). M3 i maxillen fjernes pga. eruptionsrisiko samt manglende mulighed for optimalt renhold. Det er helet til et tilfredsstillende resultat og familien fortæller at generne, som Katrine udtrykte ved tandbørstningen er væk. Hjemkommunen har ikke fulgt op med radiologisk undersøgelse endnu, men opfordres til at gøre det ved årskontrol, hvis muligt, evt. ved brug af sederende midler, som tidligere. Nu ved vi at Katrine kan samarbejde til et panoramarøntgenbillede, men at det kræver vågen sedation. Havde vi forsøgt inden kunne vi have undgået den første seance i GA.

Til højre herfor ses det postoperative billede efter koronectomi af M3 er foretaget.



Anders er 38 år og psykisk udviklingshæmmet. Han henvises til behandling i GA, da han har smerter fra højre side af undermunden og ikke kan samarbejde omkring større behandlinger i vågen tilstand.

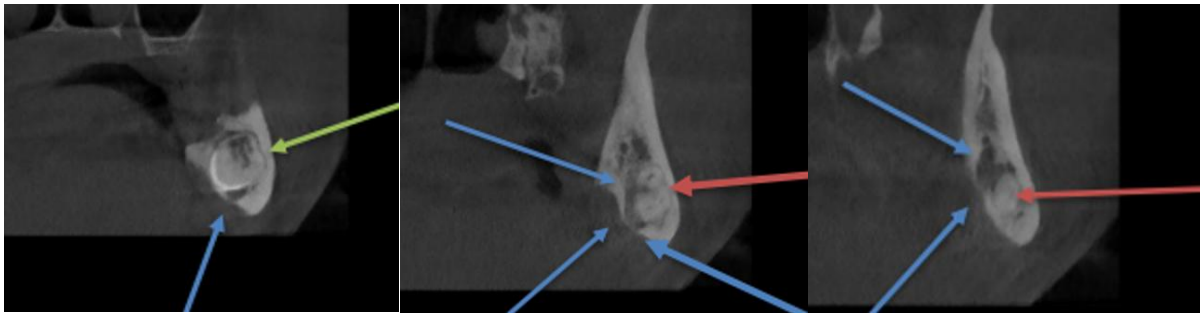


Anders kan samarbejde til en CBCT-optagelse, hvilket foretages af begge sider i mandiblen. I denne case fokuserer vi kun på højre side af mandiblen, hvorfor øvrige data er frasorteret. Vi modtager følgende CBCT-beskrivelse og relevante snit:

Der ses direkte kontakt mellem 8- og den distale del af distale radix 7-,
hvor der ses ekstern rodresorption med komplikation til pulpa 7-.



8- er mesialt, horisontalt og profundlejret i tandbuen distalt for radix 7-
Okklusalfladen af 8- har direkte berøring med radix 7-.
8- har direkte kontakt til C mandibularis. Ved kronen er C. Mandibularis lejret lige apiakalt for 8-.Canalis Mandibularis er lejret lige lingualt for radix 8-. Ossøs adskillelse kan ikke konstateres. Ved apex 8- er lejret apikalt for C. Mandibularis.
Blå pile: Canalis Mandibularis
Rød pil: Radix 7-
Grøn pil: Kronen af 8-.



Indgrebet i GA foretages af en kæbekirurg. Her noteres bl.a. i journalen:



"*7- fremstår ankyloseret, dekoroneres og fjernes i multiple stykker. Kronen 8- fremstår med resorption, 8- fremstår også ankyloseret. Ved forsøg på deling skal der anlægges mange kræfter for at affrakturere selv mindre stykker tand*". Med risiko for at påføre patienten neurosensoriske gener, kæbefraktur eller andre skader afsluttes behandlingen med en "*delvis koronectomi*" og med *"ingen mistanke om makroskopiske skader på NAI"* Til venstre ses det postoperative røntgenbillede.

Da patienten en måned senere kommer til kontrol noteres følgende: *"ingen sensibilitets-forstyrrelser, patienten er glad for ikke længere at have smerter i højre side".* Der ses tilfredsstillende heling og patienten afsluttes kirurgisk.

Seks måneder efter indgrebet ses patienten til undersøgelse og kontrol. Her findes pusflod og infektion fra molarregionen i højre side af mandiblen. Patienten har ingen symptomer. Der optages nyt panoramarøntgen:



I samråd med kæbekirurgen aftales en måneds observation. I september henvises Anders til afdeling for tand- mund- og kæbekirurgi på Rigshospitalet, da der forsat er pus i området. Anders har forsat ingen smerter eller neurosensoriske forstyrrelser. Rigshospitalet afviser behandling af Anders, da han ved besøget ingen subjektive eller objektive tegn på patologi havde. Risikoen for neurosensoriske skader samt fraktur af kæben ved fjernelse af den resterende del af mandiblens højre M3 er for høj. Der anbefales forsat observation. Efter yderligere seks måneder ses Anders igen til kontrol. Her ses pæne kliniske forhold i højre side af mandiblen. Der er ingen subjektive symptomer og der er ingen nye radiologiske fund.



Diskussion

Der findes solide data, om fjernelse af M3 på sunde og raske mennesker og siden år 2022 har vi, i Danmark, haft en retningslinje fra DSOMK, for en mere forebyggende tilgang til observation og fjernelse af M3 end hidtil. Der findes ikke retningslinjer specifikt for de patienter, som er tilknyttet specialtandplejen. Dette finder jeg heller ikke er nødvendigt, da der ikke forskel på at M3 anlægges og bør fjernes tidligst muligt, hvis indikation, uanset om man tilhører specialtandplejen eller ej. Men, det er min opfattelse, at man bør have en mere radikal tilgang til fjernelsen af M3 i specialtandplejen end i den almindelige tandpleje, jævnfør de gennemgåede betragtninger i denne opgave. Flere specialtandplejer er bekendte med DSOMK's retningslinje, men følger den ikke til fulde. Flere undersøgelser peger på, at der skal indsættes med tidlig diagnostik og evt. fjernelse af M3, for at undgå komplikationer senere i livet. Dette falder også sammen med den erfaring, jeg har fra de tre fremlagte cases. Med Emma satte vi ind da hun var 21 år og har ukompliceret fjernet alle M3ere, ved en kæbekirurg i GA. Ligeså delvist med både Katrine og Anders. Begge fik dog foretaget en koronectomi, som, trods gode prognoser ved optimale forhold, må betragtes som en form for kompromisbehandling (18). I særdeleshed ved Anders, som ender med en delvis koronectomi, komplikationer og infektion. For alle tre tilfælde, havde det være fordelagtigt, hvis der var taget stilling til fjernelse af deres M3ere på et tidligere tidspunkt i livet. For Emma havde risikoen for pådragelse af neurosensoriske forstyrrelser ved fjernelsen været mindre, indgrebet kunne være foretaget af en almindelig tandlæge frem for en specialtandlæge – hvilket set udelukkende fra et økonomisk perspektiv må være fordelagtigt for den kommunale tandpleje. For både Katrines og Anders' tilfælde, havde det foruden de samme argumenter som med Emma, også mindsket risikoen for komplikationer efterfølgende. Eksemplerne understreger med al tydelighed, at diagnostikken skal foretages tidligt og præventivt af samme årsager, som DSOMK henviser til i deres retningslinje. Opgaven igennem har jeg redegjort for og vist eksempler på, at netop diagnostik kan være kompromitteret på specialtandplejepatienterne. Netop derfor bør vi, i specialtandplejeregi, være endnu mere på forkant med M3. Det er naturligvis ikke muligt at foretage diagnostikken, inden der er aldersmæssigt grundlag for at mistænke tilstedeværelse af M3. Men, når patienterne nærmer sig denne alder, bør behandleren have foretaget de indledende undersøgelser. Er det eksempelvis patienter der kræver flere års tilvænning til at samarbejde om et røntgenbillede, er det optimalt at starte tidligt, så undersøgelse og behandling kan foretages, når patienten nærmer sig sit 16. år. Alle danskere tilbydes gratis tandpleje til de fylder 21 år. En stor gruppe af specialtand-plejepatienterne behandles på et tidspunkt i GA for deres tænder allerede i BUT-regi. Her bør behandlerne som standard, radiologisk undersøge tilstedeværelsen af M3. Konstateres der M3, som med det samme kan udelukkes fra at eruptere til et sundt sygdomsfrit miljø eller som ikke findes mulige at observere uden GA, bør man være klar til at fjerne dem. Således at patienten ikke skal i GA igen samt for at mindske risikoen for senere komplikationer. Jeg har mødt eksempler på patienter, som er henvist til behandling i GA ved mig pga. caries i flere tænder. Her fravælges fjernelse af M3erne med henvisning til, at "patienten nok alligevel kommer i GA igen". Det er neglegt og forringende for patientens senere behandlingsmuligheder. Som flere studier tyder på, fjernes 70-90% af alle M3 i underkæben i løbet af en individs liv alligevel (2–4). Forudsigelsen af om tænderne vil eruptere til et sundt sygdomsfrit miljø er ikke nem, og diagnostik efterfølgende kan være svær og for nogle patienter nær ved umulig. Mange familier fortæller, det er svært at vurdere smerter på deres pårørende, som ikke har noget sprog eller kan udtrykke sig. Og mange psykisk syge fortæller, at det er svært at have tandpine oveni deres psykiske udfordringer. Der er mange aspekter at tage med i overvejelserne omkring håndteringen af M3 på specialtandplejepatienterne. Men eftersom vi ved, at gruppen af patienter er inhomogen, har mange udfordringer, kan have problemer med at udtrykke smerte og kan være svære både at undersøge og behandle, bør vi være mere radikale i vores tilgang til M3, end DSOMK foreskriver i deres retningslinje. Jeg mener, med henvisning til nærværende opgave, at have argumenteret

for, at vi netop bør anvende DSOMK's retningslinje som en bundlinje for fjernelse og diagnostik af M3 på specialtandplejepatientgruppen. Det skylder vi disse patienter. Der er, ved fjernelse af M3, tale om en behandling, som udelukkende er et engangstiltag og ikke en behandling, der kræver livslangt vedligehold, som eksempelvis store protetiske erstatninger eller lignende. Hvilket er endnu et argument for, at tilgangen til fjernelse af tænderne bør være radikal for gruppen af specialtandplejepatienter. Dertil komme også de økonomiske aspekter for tidlig fjernelse ved besparelser på udgifter til evt. CBCT-optagelser, hvis muligt, GA-behandlinger og kæbekirurger.

Det er i denne opgave ikke undersøgt hvad andre lande, som vi normalt sammenligner os med, har af praksis for fjernelse af M3 på borgere med særlige behov. Det er nærliggende at undersøge, om der findes international erfaring der kan bidrage til fælles front. Dette kunne eksempelvis være gennem organisationen Nordisk Forening for funktionshæmning og oral Helse (NFH) eller International Association for Disability and oral Health (iADH).

Konklusion

Den, af DSOMK, givne retningslinje for diagnostik og fjernelse af M3 på sunde og raske patienter kendes af landets specialtandplejer, men følges kun i nogen grad. Der foreligger ingen litteratur for fjernelse af M3 på borgere med særlige behov, herunder specialtandplejepatienter. Gruppen af patienter er meget divers og derfor er diagnostik ikke altid en nem mulighed. DSOMK's retningslinje bør, som minimum, være pertentligt fulgt for specialtandplejepatient-gruppen, og udfaldskravene for fjernelse af M3 bør sættes i relation til de omtalte særlige patientfaktorer, som vanskeliggør diagnostik og behandling. Dette med henvisning til, at en stor del af patienterne er non-kooperative og svært diagnosticerbare. Desuden ses også en stor gruppe af unge patienter med angst og psykisk sygdom, som kan have svært ved at håndtere smerter eller komplikationer ved fjernelse af M3, hvor risikoen forøges senere i livet. Slutteligt er der også et økonomisk incitament for de kommunale tandplejer i, at være på forkant med fjernelse af M3 på specialtandplejepatienterne, da udgifterne forbundet med fjernelse senere i livet kan være forhøjede, pga. komplicerede indgreb ved specialister mv.

Litteraturliste

1. Retningslinje-for-diagnostik-og-fjernelse-af-visdomstaender.pdf [Internet]. [henvist 4. januar 2026]. Tilgængelig hos: https://dsomk.dk/wp-content/uploads/2023/10/Retningslinje-for-diagnostik-og-fjernelse-af-visdomstaender.pdf

2. Hugoson A, Kugelberg CF. The prevalence of third molars in a Swedish population. An epidemiological study. Community Dent Health. juni 1988;5(2):121–38. PubMed PMID: 3165039.

3. Ventä I, Kylätie E, Hiltunen K. Pathology related to third molars in the elderly persons. Clin Oral Investig. november 2015;19(8):1785–9. doi:10.1007/s00784-014-1395-y PubMed PMID: 25592154.

4. Magraw CBL, Moss KL, Fisher EL, Offenbacher S, White RP. Prevalence of Visible Third Molars in the United States Population: How Many Individuals Have Third Molars? J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg. januar 2016;74(1):13–7. doi:10.1016/j.joms.2015.08.009 PubMed PMID: 26355530.

5. McArdle LW, Renton T. The effects of NICE guidelines on the management of third molar teeth. Br Dent J. september 2012;213(5):E8. doi:10.1038/sj.bdj.2012.780 PubMed PMID: 22955790.

6. Chuang SK, Perrott DH, Susarla SM, Dodson TB. Age as a Risk Factor for Third Molar Surgery Complications. J Oral Maxillofac Surg. 1. september 2007;65(9):1685–92. doi:10.1016/j.joms.2007.04.019 PubMed PMID: 17719384.

7. Moss KL, Beck JD, Mauriello SM, Offenbacher S, White RP. Third Molar Periodontal Pathology and Caries in Senior Adults. J Oral Maxillofac Surg. 1. januar 2007;65(1):103–8. doi:10.1016/j.joms.2005.10.054 PubMed PMID: 17174772.

8. Bui CH, Seldin EB, Dodson TB. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction. J Oral Maxillofac Surg. 1. december 2003;61(12):1379–89. doi:10.1016/j.joms.2003.04.001 PubMed PMID: 14663801.

9. Statistikbanken [Internet]. [henvist 4. januar 2026]. Tilgængelig hos: https://www.statistikbanken.dk/RESTAND

10. Danske Love [Internet]. [henvist 20. februar 2026]. Sundhedsloven § 133. Tilgængelig hos: https://danskelove.dk/sundhedsloven/133

11. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Den kommunale tandpleje Vejledning for omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje. stk. 4 Specialtandpleje [Internet]. 12. maj 2023. Tilgængelig hos: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2023/9382

12. Aaboe M. Specialtandlæge i tand-, mund- og kæbekirurgi Specialtandlæge Merete Aaboe ApS, Solrød Center. 2022.

13. Danske Love [Internet]. [henvist 20. februar 2026]. Sundhedsloven § 15. Tilgængelig hos: https://danskelove.dk/sundhedsloven/15

14. Danske Love [Internet]. [henvist 20. februar 2026]. Sundhedsloven § 19. Tilgængelig hos: https://danskelove.dk/sundhedsloven/19

15. Danske Love [Internet]. [henvist 20. februar 2026]. Sundhedsloven § 18. Tilgængelig hos: https://danskelove.dk/sundhedsloven/18

16. stps_somatiske_A5_læger.pdf [Internet]. [henvist 20. februar 2026]. Tilgængelig hos: https://cdn.stps.dk/stps/Media/638230348489880247/stps_somatiske_A5_l%C3%A6ger.pdf

17. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile [Internet]. 8. juni 2017. Tilgængelig hos: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2017/655

18. Nørholt SE, Matzen LH. Koronektomi af mandiblens tredjemolar.