

## VEJLEDNING 02 - PARODONTAL UNDERSØGELSE I FORB. MED STOR JOURNAL

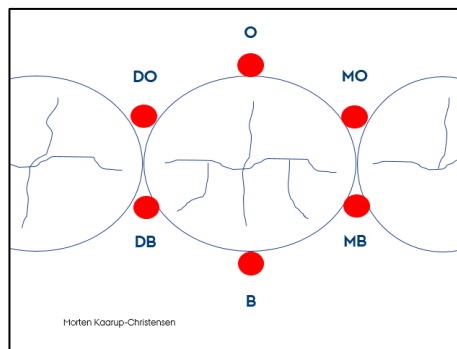
Undersøgelsen har fire formål:

- 1) At tilvejebringe en parodontal status med henblik på at stille en patientdiagnose.
- 2) At danne grundlag for behandlingsplanlægningen ved hjælp af tanddiagnoser og pochedybder.
- 3) At tilvejebringe en *baseline* parodontal status med henblik på monitorering af behandlingsforløbet.
- 4) At inddele patienten i en af fire kategorier i forhold til den efterfølgende parodontale behandling.

Den kliniske undersøgelse til Stor Journal omfatter følgende registreringer:

- CAL (Clinical Attachment Level/klinisk fæsteniveau)
- Furkaturinvolveringer (med og uden BOP)
- Pochedybde (PD)
- Blødning efter registrering af CAL/PD
- Mobilitet

Alle parodontale registreringer foretages på 6 sites pr. tand; tre registreringer fra det buccale aspekt og tre fra det orale aspekt således: Mesiobuccalt (MB), midt for på buccal-fladen (B), distobuccalt (DB), disto-oralt (DO), midt for på oral-fladen (O) og mesio-oralt (MO) - (se tegningen).



### Klinisk fæsteniveau (CAL)

Det kliniske fæsteniveau måles i hele mm som pochedybdemålerens glidning langs tandoverfladen fra emaljementgrænsen (Cemento-Enamel-Junction, CEJ) til pochens bund. Der nedrundes til nærmeste antal hele mm.

Målingerne kræver et "løst" greb på pochedybdemåleren for at bevare taktiliteten. Hvis der ikke med sikkerhed kan registreres en glidning, eller hvis CEJ ikke kan identificeres (hvilket vil være typisk i det sunde parodontium af normal højde) registreres 0 mm.

I tilfælde hvor en fyldning eller en krone kompromitterer fastlæggelsen af CEJ, erstattes CEJ med et fikspunkt på restaureringen (typisk fyldningens/kronens apikale kant). Fikspunktet noteres i journalen.

I tilfælde af, at tilstedeværelsen af supragingival calculus forhindrer registrering af det kliniske fæsteniveau, fjernes denne før registrering af CAL.

### Pochedybde (PD)

Pochedybden måles som afstanden mellem margo gingivae og pochens bund.

Når PD måles i forbindelse med registrering af CAL, aflæses parodontalsonden blot ved margo gingivae, mens den befinder sig ved pochebunden.

### Blødning (BOP)

Blødningsregistreringen foretages efter registrering af CAL og pochedybderne på **2-3 tænder**, idet der skal gå en vis tid (10 sekunder) før en pålidelig BOP-registrering kan foretages. Omvendt må der heller ikke gå for lang tid, idet en eventuel blødning holder op, og signalet fjernes af saliva.

Hvis der i forbindelse med registreringen af klinisk fæsteniveau ses **pusflåd**, registreres dette, idet pusflåd udkonkurrerer et evt. blødningsfund med hensyn til sværhedsgrad. I KLIPS vil blødning uden pusflåd være markeret med rød cirkel (●), mens pusflåd, uanset blødning vil være markeret med blå cirkel (●).

### Furkaturinvolveringer

Flerrodede tænder med CAL  $\geq 1$  mm (uanset blødning) undersøges for furkaturinvolveringer (horisontal dybde) ved hjælp af Nabers sonde (variant med **3 mm markeringer**).

Furkatur-involveringer registreres i KLIPS i henhold til følgende graduering:

- Grad I: Der er inflammation (horisontal BOP+) og den horisontale dybde af furkaturen overstiger ikke 3 mm (○).
- Grad II: Der er inflammation (horisontal BOP+) og den horisontale dybde af furkaturen overstiger 3 mm, men der er ikke forbindelse mellem forskellige furkaturindgange (⊗).
- Grad III: Der er inflammation (horisontal BOP+) og den horisontale dybde af furkaturen overstiger 3 mm i to eller flere furkaturindgange. Der er gennemgående forbindelse mellem forskellige furkaturindgange (●).

Furkaturinvolveringer uden inflammation (horisontale BOP-), **udløser ikke diagnose**, men registreres:

1. (⊗) Den horisontale dybde af furkaturen overstiger 3 mm, men der er ikke forbindelse mellem forskellige furkaturindgange.
2. (●) Den horisontale dybde af furkaturen overstiger 3 mm i to eller flere furkaturindgange, og der er gennemgående forbindelse mellem forskellige furkaturindgange.

### Mobilitet

Mobilitetsgraden af hver enkelt tand vurderes ud fra måling af amplituden ved en horisontal vrikkende/rokkende bevægelse af tandkronen. Måles i hele mm svarende til tandens mest koronale punkt.

Mobilitetsgraden indføres i parodontaldiagrammet i tandkronen og registreres som:

- Grad 1° : Mere end fysiologisk; men  $< 1$  mm  
Grad 2° :  $\geq 1$  mm dog kun i horisontalt plan



Grad 3° :  $\geq 1$  mm med vertikal mobilitet/eller rotationsmulighed

## PARODONTAL DIAGNOSTIK VED STOR JOURNAL

Parodontalt fæstetab, der er ledsaget af tegn på inflammation i pochen (blødning fra pochebunden), giver mistanke om aktiv parodontitis; hvorimod parodontalt fæstetab, der ikke er ledsaget af tegn på inflammation i pochen, kan være traumatisk betinget (tandbørstning – typisk bukkalflader), eller udtryk for et vellykket behandlingsresultat efter parodontalbehandling.

Enkelttandsdiagnosen udtrykker sværhedsgraden af læsionen på tandniveau, mens parodontaldiagnosen skal udtrykke såvel sværhedsgraden som omfanget af de parodontale læsioner (parodontitis, gingivitis) hos den enkelte patient.

### *Tanddiagnoser*

Sværhedsgraden angives på baggrund af den sværeste parodontale læsion fundet på **tanden**:

- BOP + CAL  $\geq 6$  mm ~ Svær marginal parodontitis (*parodontitis marginalis gravis*)
- BOP + CAL 4-5 mm ~ Moderat marginal parodontitis (*parodontitis marginalis modica*)
- BOP + CAL 1-3 mm ~ Mild marginal parodontitis (*parodontitis marginalis levis*)
- BOP + CAL 0 mm ~ Gingivitis

Forekomst af furkaturinvolverede tænder (**Grad II + III**) udløser tillægsdiagnosen *kompliceret (complicata)*.

### *Patientdiagnosen*

Sværhedsgraden angives på baggrund af den sværeste parodontale læsion fundet i **tandsættet**:

- BOP + CAL  $\geq 6$  mm ~ Svær marginal parodontitis (*parodontitis marginalis gravis*)
- BOP + CAL 4-5 mm ~ Moderat marginal parodontitis (*parodontitis marginalis modica*)
- BOP + CAL 1-3 mm ~ Mild marginal parodontitis (*parodontitis marginalis levis*)
- BOP + CAL 0 mm ~ Gingivitis

Forekomst af furkaturinvolverede tænder (**Grad II + III**) udløser tillægsdiagnosen *kompliceret (complicata)*.

### Udbredelse:

Udbredelsen af parodontitis vurderes ved at tælle **antallet af tænder** med den sværeste type læsion. Dette oversættes til brug for diagnosen som følger:

- 1-9 tænder: Lokaliseret (*localisata*)
- $\geq 10$  tænder: Generaliseret (*generalisata*)

Da parodontal destruktionsgrad akkumuleres over tid, er det nødvendigt at tage patientens alder i betragtning, når man stiller diagnosen. Svær destruktionsgrad hos et ungt menneske er alt andet lige alvorligere end den samme destruktionsgrad hos et ældre menneske. Derfor indgår patientens alder i diagnosen som følger:

Patientens alder på diagnostidspunktet:

- < 18 år: Parodontitis hos barn
- 18-35 år: Parodontitis hos ung
- > 36 år: Parodontitis hos voksen

Nedenstående tabel viser eksempler på kliniske fund hos 3 patienter, og hvorledes disse er omsat til diagnoser:

Patient- alder	Antal tænder med tanddiagnosen:					Patientdiagnose (dansk)	Patientdiagnose (latin)
	Kompleks	Svær	Moderat	Mild	Gingivitis		
31 år	1	7	5	6	10	Svær lokaliseret og kompliceret marginal parodontitis hos ung	Parodontitis marginalis gravis localisata et complicata hos ung
59 år	0	6	3	2	2	Svær lokaliseret marginal parodontitis hos voksen	Parodontitis marginalis gravis localisata hos voksen
47 år	0	12	0	1	15	Svær generaliseret marginal parodontitis hos voksen	Parodontitis marginalis gravis generalisata hos voksen

I tillæg til patientdiagnosen angives tanddiagnoser, således at den fulde parodontaldiagnose for det første kasus i eksemplet kunne se således ud:

*// Svær lokaliseret og kompliceret marginal parodontitis hos ung  
Svær og kompliceret marginal parodontitis 7+  
Svær marginal parodontitis 6,5,4+6,7, -6  
Moderat marginal parodontitis 8,3,2,1+1  
Mild marginal parodontitis +2,3,4,5,8, 6-  
Gingivitis 8,7,5,4,3,2,1-1,2,3//*

Ved moderat eller svær parodontitis på en enkelt tand (kaldes ofte *Incidental* parodontitis) bør man overveje differential-diagnoser, fx fremmedlegeme, traume, pulpapatologi.

## BEHANDLINGSPLANLÆGNING VED STOR JOURNAL

Patienterne indskrives til parodontal behandling efter nedestående skema:

Kategori	I denne kategori placeres følgende patienter:
1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gingivitispatienter med BOP &gt; 15%</li><li>• Parodontitispatienter med PD ≤ 5mm med CAL og BOP</li><li>• Parodontitispatienter med <b>højst 1 tand</b> med PD ≥ 6 mm med CAL og BOP. <i>Dvs. højst en tand med behov for finscaling i dybe pocher ≥ 6 mm.</i> <i>Der kan være flere tænder med behov for behandling af pocher &lt; 6 mm.</i></li></ul> <p>Der må desuden højst være furkaturinvolvering grad 1 med BOP.</p>
2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Parodontitispatienter med <b>2-5 tænder</b> med PD ≥ 6 mm med CAL og BOP. <i>Dvs. mellem to og fem tænder med behov for finscaling i dybe pocher ≥ 6 mm.</i> <i>Der kan være flere tænder med behov for behandling af pocher &lt; 6 mm.</i></li></ul> <p>Der må desuden højst være furkaturinvolvering grad 1 med BOP.</p>
3	<ul style="list-style-type: none"><li>• Parodontitispatienter med <b>6-9 tænder</b> med PD ≥ 6 med CAL og BOP. <i>Dvs. højst ni tænder med behov for finscaling i dybe pocher ≥ 6 mm.</i> <i>Der kan være flere tænder med behov for behandling af pocher &lt; 6 mm.</i></li><li>• Parodontitispatienter med furkaturinvolvering grad 2 med BOP.</li></ul>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>• Parodontitispatienter med <b>≥ 10 tænder</b> med PD ≥ 6 mm med CAL og BOP. <i>Dvs. 10 eller flere tænder med behov for finscaling i dybe pocher ≥ 6 mm.</i> <i>Der kan desuden være tænder med behov for behandling af pocher &lt; 6 mm.</i></li><li>• Parodontitispatienter med furkaturinvolvering grad 3 med BOP.</li></ul>

Patienter i kategori 4 skal behandles i samarbejde med en afdelingstandlæge fra Sektion for Parodontologi.

De forskellige faser i parodontalbehandlingen skal fremgå af konklusionen, så patienten kan give informeret samtykket på et **oplyst** grundlag. En måde at journalføre dette på, kunne se således ud:

*"Pt. accepterer et forløb med initialfase (ikke-kirurgisk rensning), evt. korrektiv fase (kirurgisk behandling) samt livslange PA-kontroller hver ca. 3-5 måneder, også efter endt forløb på skolen"*