

# Rodbehandling i én eller flere seancer?

**Er det fagligt forsvarligt at udføre mekanisk udrensning og rodfyldning i én seance, eller er mellemseanceindlæg nødvendige?**

Lars Bjørndal

Den 2.-3. oktober 1999 blev »The Fifth International Symposium on Endodontic Biology« afholdt i Farmington, Connecticut, USA, med overskriften »The Single vs. Multiple Visit Dilemma. Biological, Clinical and Practice Management Considerations«.

Selve overskriften er et flot blikfang fordi den hurtigt afspejler en grundlæggende biologisk forskel mellem skandinaviske og oversøiske endodontiske behandlingsprincipper. Det er således mere reglen end undtagelsen i USA at foretage mekanisk udrensning samt rodfyldning i én seance, også af tænder med inficerede rodkanaler med eller uden en apikal parodontit. Her i Danmark og i Skandinavien i øvrigt har vi med rette gjort en dyd af at skelne mellem den vitale ikke-inficerede pulpa over for den inficerede rodkanal og anvendt hhv. pulpektomi og kanalbehandling, hvilket ikke mindst skyldes den forskellige langtidsprognose for hhv. behandlingen af den vitale pulpa og den apikale parodontit, hvor prognosen for et vellykket resultat af sidstnævnte behandling falder hvis rodkanalen fortsat er inficeret når der rodfyldes.

I dette aspekt var der lagt op til en række foredragsholdere med vidt forskellige holdninger vedr. behandlingen af den inficerede rodkanal med periapikal opklaring på røntgenbilledet. I takt med den stigende elektroniske tilgang til faglitteratur var det ikke vanskeligt for foredragsholderne at underbygge deres holdninger med medline-søgninger for og imod anvendelsen af én eller flere behandlingsseancer ved den inficerede rodkanal. Men når det kom til en mere kritisk sammenligning af hvorfor undersøgelser hver især kunne underbygge enten én seance-endodonti over for flere seancer, så var det altid fordi der var sat forskellige kriterier for hvad en vellykket endodontisk behandling er for noget.

Hvis eksempelvis kriterierne for vellykket endodonti kun sættes til fravær af akutte tilstande, så kunne professor i endodonti *Richard E. Walton*, universitetet i Iowa, redegøre for at undersøgelser kunne vise fordele ved at foretage én

seance-endodonti, men bemærk uden relation til hverken tanddiagnose eller røntgenologisk kontrol.

Inddrages derimod røntgenundersøgelse som et naturligt redskab til vurdering af den udførte behandling, herunder af periapikal heling, så kunne et par af symposiets andre foredragsholdere, svenskeren DDS, ph.d. *Ulf Sjögren*, Umeå, samt professor, DMD *Martin Trope*, universitetet i Chapel Hill, North Carolina, referere til egne undersøgelser der viste at mekanisk udrensning, både manuelt, men også med roterende nikkeltitaniuminstrumenter, ikke kan skabe sterile konditioner efter mekanisk udrensning i én seance.

I den forbindelse har arbejdet af *Sjögren* og medarbejdere tillige vist at hvis der rodfyldes til trods for at man stadig har vækst, dvs. efter bare én seance uden calciumhydroxid, så falder prognosen drastisk, og kun omkring 70% af tilfældene får en periapikal heling, hvorimod 94% af tilfældene i undersøgelsen heledes hvis der blev fyldt når der efter mikrobiologiske dyrkningsforsøg ikke kunne påvises vækst i rodkanalen. Kort sagt, hvis den bedste langtidsprognose skal opnås, så kommer vi fortsat ikke uden om et mellemseanceindlæg med et desinficerende middel i den inficerede rodkanal.

En af de varmeste fortalere for at udføre én seance-endodonti, altså mekanisk udrensning og rodfyldning i ét besøg (uanset tanddiagnose), var førsteredaktøren af en af de store amerikanske endodontilærebøger, »Pathway of the Pulp« (der udkom i sin syvende udgave i 1998), professor *Stephen Cohen*, San Francisco. Som led i hans én seance-endodonti anvender han altid præmedicinering med smertestillende præparater på samtlige patienter, og i alle tilfælde med avital pulpa præmedicinering med antibiotika! Hertil kommer at alle rodkanalinstrumenter kun bliver anvendt én gang. Som argument blev anført at små og tynde instrumenter kan være svære at sterilisere! En argumentation der dog var lidt svær at forstå blandt symposiets deltagere. *Stephen Cohen* anførte ef-

---

terfølgende at den vigtigste grund til eliminering af instrumenterne imidlertid var patientpleje og tiltag for at reducere patienters bekymring vedr. smitterisiko, ikke mindst i relation til hiv. Dette til trods for at der aldrig er påvist nogle tilfælde af smitte via endodontisk vej.

Vedr. en måske mere saglig argumentation for instrument-skift fremførte symposiets organisator fra Connecticut, den svenske professor *Larz Spångberg*, at kvaliteten af instrumenterne uden tvivl falder relativt hurtigt efter de første anvendelser, og her specielt nikkeltitaniuminstrumenter. Og af disse grunde bliver det selvfølgelig ikke dårligere endodonti hvis der vælges hurtig udskiftning af instrumenter, men mon ikke der hurtigt kunne findes argumenter for at bruge instrumenterne bare et par gange mere. Det blev dog bemærket at nikkeltitaniuminstrumenter trods alt bør udskiftes efter brug i omkring 5-10 kanaler.

I den afsluttende fase af symposiet fremførte *Martin Trope* at målet for både behandler og patient i forsøget på konventionelt at behandle en apikal parodontit selvfølgelig er at kunne gøre det hurtigst muligt og i én seance, men vi må have

tålmodighed; i dag kan det fortsat ikke lade sig gøre, og ej heller med introduktion af de nye roterende teknikker.

I overensstemmelse med det der er blevet undervist i gennem mange år her i landet, kan det konkluderes at kombinationen af en mekanisk udrensning samt efterfølgende anvendelse af et mellemseanceindlæg med calciumhydroxid er det bedst biologisk understøttede behandlingsprincip vi har i dag til at klare den inficerede rodkanal, og anvendelse af én seance-endodonti vil føre til en meget ringere langtidsprognose.

### **Forfatter**

*Lars Bjørndal*, lektor, ph.d.

Afdeling for Tandsygdomslære og Endodonti, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet