

Om luftemfysem

Klinikassistenten blæser luft ned i pochen oralt for ÷1, hvor der er 2 mm fastbundet gingiva. Patienten føler umiddelbart en smerte under tungen og fortæller at han aldrig nogensinde før har følt en sådan smerte. Han ringer nogle timer senere og oplyser at han nu også har ondt i halsen med smerteudbredelse op mod højre øre. Vi ser patienten igen og ordinerer 2 g amoxicillin. Der er ved behandlingens afslutning placeret et depot af metronidazolgel 25% i pochen ved den pågældende tand. Der stilles diagnosen: emphysema sublingualis med udstrækning til spatium parapharyngeum. Der tilrådes varmebehandling.

Er det korrekt? Er der andre tilfælde hvor der kan laves emfysemer?

Svar

Der er ikke megen tvivl om at der er opstået et luftemfysem i mundbunden i forbindelse med lufttørlægning af pochen oralt på ÷1. Luften kan fanges som i en tragt og hurtigt bane sig gennem pochen eller subperiostealt og ud i regio sublingualis over m. mylohyoideus. Smerten som beskrives skyldes sikkert en vævssprængning med tryk på de mange sensitive nerver som findes i denne region. Ved tungenes bevægelse presses luften distalt gennem regio sublingualis og vil ved bagkanten af m. mylohyoideus kunne finde vej til reg. submandibularis (lateralt for m. mylohyoideus) eller spatium parapharyngeum (medialt for m. mylohyoideus). De mod øret irradierende smerter kan skyldes irritation af n. vagus eller n. lingualis.

Et luftemfysem (gr. emfysema, svulst af luft mellem hud og kød) er ikke nogen helt sjælden komplikation i odontologien. Det kan ses efter brug af airrotor i forbindelse med deling af visdomstænder i underkæben, ved lufttørlægning af rodkanaler før rodfyldning eller ved luftblæsning i dybe pocher. Det kan en

sjælden gang ses efter komplicerede ansigtsfrakturer. Det er karakteristisk at det kommer meget pludseligt og virker alarmerende på både patient og terapeut. Der er symptomer i form af spænding i vævet, lidt smerter og en typisk knitren i vævet når det palpereres. Klinisk kan iagttages større hævelse fx periorbitalt, perioralt, i mundbunden eller på siden af halsen med en sjælden udstrækning til mediastinum. Teoretisk kan bakterier i munden, rodkanalen eller i pochen føres med luften ind i vævet og dér forårsage infektion. Det er derfor klogt altid at dække med antibiotika i 3-4 dage. Varme (varme omslag eller infrarød varme) kan måske accelerere absorptionen af luften. Det er dog meget sjældent at der er alvorlige komplikationer efter et luftemfysem i odontologien.

Jens Kølsen Petersen

støv og jord indeholder et væld af mikroorganismer. Overflader på apparatur og inventar mv. på klinikken skal være udformet på en sådan måde at rengøring let og effektivt kan udføres. Det må siges at være vanskeligt for pottplanter. Derfor bør sådanne ikke være i kliniklokalerne. Diverse forskrifter for klinisk hygiejne er helt entydige, hvad dette angår. Man kan, hvis det er formålet, skabe trygge omgivelser for patienterne på anden vis: ved farvevalg, væg- og loftsudsmykning, musik og ikke mindst ved klinikpersonalets adfærd.

Nils-Erik Fiehn

Levende planter på klinikken?

I 1960'erne lærte vi at grønne planter på rod ikke hører hjemme i det kliniske miljø pga. faren for kontamination med jordbakterier. Til nød kan de pynte i venteværelse og frokoststue. Nu ser man klinikker afbildet med grønne planter (fx tillægget til Tandlægebladet 1998 nr. 6, forside og side 7 og 10).

Er det mig der er gammeldags? Er der sket et skred i opfattelsen af hygiejnen på tandklinikker?

Planterne kunne selvfølgelig være kunstige, men signalerne er ikke gode – og så samler de støv.

Svar

Selv om det er et område med mangel på hårde data og risikovurdering for overførsel af infektion, har det altid været en grundregel at lokaler der anvendes til klinisk virksomhed uanset hvilken, skal være rene og lette at rengøre. Snavs,