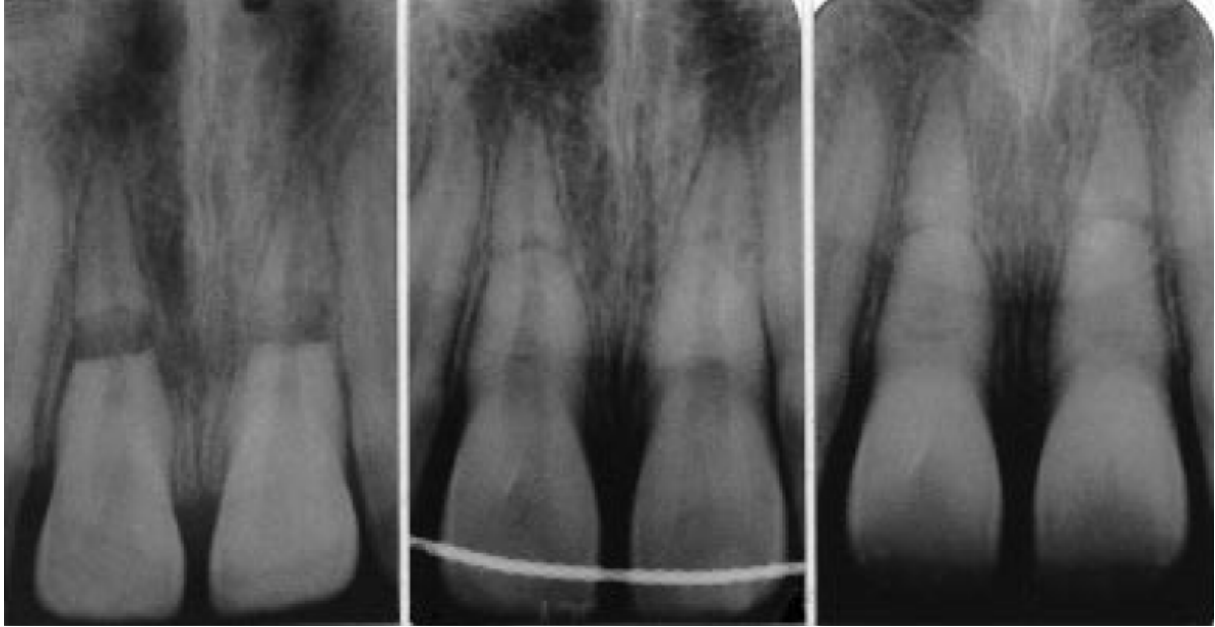


Rotfraktur



Jacobsen.I og Robertson A. "Tannskader hos barn og ungdom. Hvor ofte og hvor lenge bør vi kontrollere?" Tannlægebladet 1993(102)nr2.

Definisjon: En fraktur involverer dentin, sement og pulpa. Rotfrakturer kan videre deles inn etter lokalisering av frakturen og lukseringen av det koronale fragmentet. (S 02.53)
Ofte assosiert med andre typer traumer som fraktur av alveolær prosessen.

Innsidens: Permanente: ca 1,2% av tannskader.(2-4% i følge Andreassen)
Primære tannsettet utgjør rotfrakturer 1% av alle tannskader (0,5-7%).

Etiologi: Slåsskamp og slag av fremmedlegemer.

Kliniske funn: Ser ofte en lett ekstrudert tann oftest i en lingual retning. Plasseringen av frakturen bestemmer graden av mobilitet. Vanskelig å skille luksasjons skader og rotfrakturer. Avhengig av rtg for å stille diagnosen.

Røntgenfunn: Frakturlinjen kan se sirkulær ut på roten dersom man ikke treffer spalten direkte med rtg. Avhengig av å ta steilt rtg opptak for å "treffe" frakturspalten.

Behandling: I det primære tannsettet ekstraheres det koronale fragmentet dersom det er veldig dislokert. Det apikale fragmentet skal ikke fjernes. Dette vil resorberes. Dersom det koronale fragmentet ikke er dislokert og det er lite mobilitet, kan ekstraksjon avventes. Tannen skal observeres. Det oppstår noen ganger nekrose av koronale fragment, mens det apikale nesten alltid fortsetter å være vitalt.

Førstehjelp i det permanente tannsettet består av raskt reponering av det koronale fragmentet og fiksering, også der hvor det koronale fragmentet ikke er luksert. Ønsker å oppnå tett kontakt mellom rotdelene for å få en god tilheling. Dersom den buccale benlamellen er frakturert er det nødvendig å reponere benet før det koronale fragmentet. Et smalt flatt instrumentføres opp mellom rotoverflaten og alveolen.

Fiksering i 2-3 mnd.?? Rotåpne tenner med ikke gjennomgående fraktur trenger ikke fiksering og vil tilhele ved hardvevsdannelse.

Tre ulike typer tilheling. Hardvev-, bindevev- og dannelse av granulasjonsvev.

Type tilheling avhenger av hvor på tannen frakturen befinner seg. Nærme gingivalkanten vil det ofte være dårligst prognose på hardvevs tilheling. Kan da vurdere å fjerne det koronale fragmentet og ekstrudere roten vha kjeveortopedisk/kirurgisk ekstrusjon.

Dersom frakturen er i den øverste 1/3 men nedenfor alveolærbenet er det muligheten for hardvevs tilheling – observeres. (permanent fiksering dersom god hygiene)

Dersom det oppstår nekrose i det koronale fragmentet utføres det endobehandling av dette. Den apikale roten er som regel vital.

Prognose/Komplikasjoner: Pulpa nekrose varierer fra 18-44%. Faktorer som øker sjansen for nekrose er dislokasjon av det koronale fragmentet, for kraftig fiksering, ingen fiksering og tenner med ferdig rotdannelse.

Obliterasjon i permanente incisiver 69-73%. Partiell obliterasjon ses ofte i fraktur området og i det apikale fragmentet. I tillegg 1-2 mm inn i det koronale fragmentet. Total obliterasjon kan ses tydelig etter 9-12 mnd og full tetthet etter 1-2 år. (Sjeldent med sekundær nekrose)

Rotresorpsjon i 60% av permanente incisiver kan ses etter 1 år etter skaden (ekstern overflate resorpsjon, ekstern inflamatorisk, ekstern erstatnings resorpsjon, intern overflate og intern tunnellerings resorpsjon.)