

Revision av tidigare rotfyllda tänder

Syfte

Att få en enhetlig och patientsäker arbetsgång vid revision av tidigare rotfyllda tänder.

Omfattning

Samtliga Folktandvårdskliniker i Norrbotten.

Indikationer

- Vid **symtomatisk** apikal parodontit där man har (eller kan skaffa sig) tillgång till rotkanalsystemet via ortograd behandling:
 - Överväg avlägsnande av eventuella stift (alternativt apikal kirurgi).
 - Vid lesion på enbart en rot kan man behandla endast denna rot, om det finns anledning att begränsa behandlingen (rotfyllning i övriga rötter är av god kvalitet och avsaknad av apikal lesion). Rekommendationen är dock att samtliga kanaler bör behandlas i rot som uppvisar apikal lesion.
 - En fistel från en rotfylld tand anses vara ett symptom.
- Vid **asymtomatiska** apikala (eller likvärdiga) radiolucenser bör man beakta följande: apikal parodontit kan diagnostiseras (och därmed finns behandlingsindikation) om lesionen inte har läkt något efter 4 år (längre uppföljningstid kan accepteras vid stabila lesioner på friska patienter och lesioner som har minskat i omfång). Asymtomatisk apikal parodontit kan också diagnostiseras när lesionens omfång har ökat under kontrolltiden, och detta är en klar indikation för en behandling.
 - Läkningsdynamik för apikal parodontit kan vara långsamt. Även om de flesta lesioner läker inom de första två åren, så kan det ta ännu längre tider för vissa tänder.
- Vid ofullständigt rotfyllda tänder där rotkanalen exponeras inför koronal restaurering, eller ny fast protetik planeras och rotbehandling bedöms av otillräckligt kvalitet (längd, täthet, antal kanaler).

Man bör **INTE** behandla vid:

- Ofullständiga rotfyllda tänder utan apikal parodontit där koronal restaurering är utan anmärkning (ej aktuell för omgörning).

Apikal kirurgi (retrograd behandling)

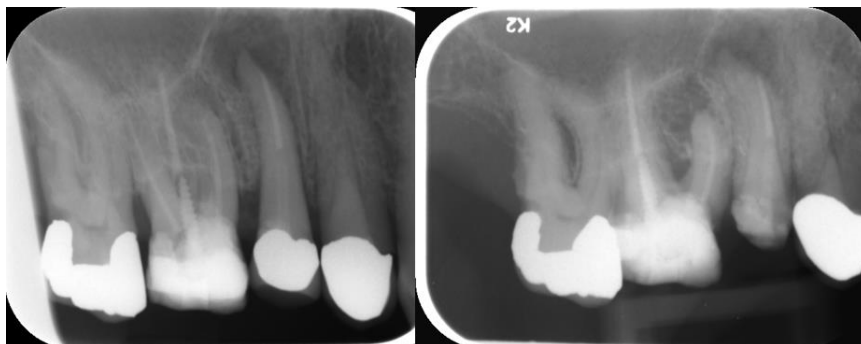
Överväg apikal kirurgi (och remiss till endodontiavdelningen) som alternativ till revisionsbehandling om rotfyllningskvalitet bedöms att vara av god kvalitet (längd, täthet, antal kanaler), och ingen misstanke om koronalt läckage föreligger vid tänder med apikal parodontit (cystisk, eller ej cystisk).

Apikal kirurgi kan vara ett första alternativ om man inte har tillgång till rotkanal p. g. a. stift/pelare eller fastsittande protetik som ej ska göras om. Kirurgisk behandling (biopsi) är också indicerat när det finns misstankar om

andra sorts patologier som inte är relaterade till infektioner i rotkanalsystem. I sådana fall remiss rekommenderas till käkkirurgi.

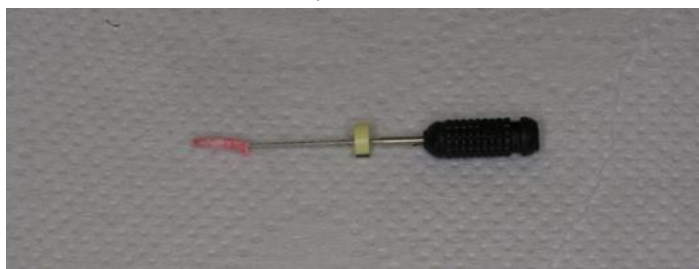
Arbetsgång

1. Infektionskontroll (se rutindokument [Infektionskontroll i endodonti](#) om kofferdam och tvätt).
2. Vid misstanke om ej rotfyllda/ej funna kanaler bör man göra ett försök att åtgärda dessa med ortograd behandling. Man kan med fördel ta röntgen med olika projektioner för att bättre utläsa rotanatomi och diagnostisera patologi (se figur 1).



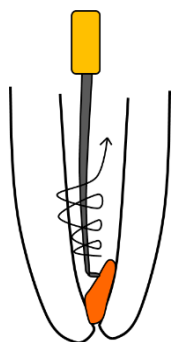
Figur 1. Två olika projektioner som visar en palatinal kanal som ej är rensad på 15.

3. Avlägsna först guttaperka koronalt med Gates rotrymmare. Vid tillgång kan BR0 användas med 1000 varv/minut. Detta är max hastighet i ”gamla” endovinkelstycke som är nedväxlat till 1:40. Höga hastigheter skapar värmen som mjukar upp guttaperkan.
4. Man kan sedan testa att försiktigt skruva ner en fil (t.ex. H25-H40) och försöka ta bort guttaperka på det sättet (se figur 2).
 - Annars fortsätter man försiktigt med handfilar, och/eller S1-systemet (som kan provas ”som vanligt”, d. v. s. S1 Plus-filar monterade på S1 vinkelstycke) till ett djup där man är något kort om rotfyllningens apikala nivå. Ta en filröntgen för kontroll.
 - S1 Plus-filar i reciprok rörelse är mindre effektiv i revisions rotbehandlingar jämfört med primära behandlingar. Men detta kan trots allt fungera. Om man upplever dålig verkan kan man också prova S1 Plus-filar i ett ”vanligt” endo-vinkelstycke (det som användes till BioRaCe systemet, d. v. s. endo-vinkelstycke som är nedväxlat till 1:40) i roterande rörelse (ej reciprok). Har man tillgång till äldre roterande system (t.ex. BioRaCe) kan man utnyttja dessa.



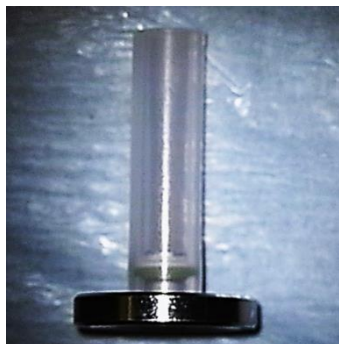
Figur 2. Fil med guttaperka.

5. Sedan fortsätter man försiktigt tills man har nått till den apikala delen av guttaperkan. Kontrollera gärna med röntgen och justera arbetsdjupet.
6. Efter slutgiltig filröntgen fortsätt och rensa tanden som vanligt.
7. Kontrollera att det inte finns guttaperka kvar i kanalen med ny röntgen.
8. Om det är svårt att ta bort det sista av guttaperkan från väggarna kan man prova med att kraftig böja spetsen på en H20 fil och rotera den in i kanalen och samtidigt dra den i apikal-koronal riktning (se figur 3). Kan med fördel användas med lösningsmedel (se punkt 9).



Figur 3. Rörelse av en böjd H20 för att få bort guttaperkan (orange) från rotkanalen

9. Man bör undvika lösningsmedel. Om guttaperkan är så hård så att det är svårt att ta sig apikalt rent mekanisk, eller få bort rester från väggarna kan man överväga användning av lösningsmedel:
 - Applicera i kanalen med en spolspruta. Använd viss försiktighet då lösningsmedel kan lösa upp vissa typer av kofferdamdukar.
 Man kan med fördel använda Sendodip (se Figur 4). för att, från denna, dra upp lösningsmedlet i sprutan. Den minskar också avdunstningen av lösningsmedlet.



Figur 4. Sendodip

10. Spolning med Dakins under behandlingen, som grundspolning.
11. Vid apikal patologi kan man lägga ett inlägg med kalciumhydroxid (rekommenderat vid symtom/fistel), och vid rotfyllningstillfället överväg ett korttidsinlägg med jodjodkalium (JJK) 5 % under 5-10 minuter. Tvätta därefter med etanol.
 - Bakteriefloren i infekterade rotfyllningar (med apikal parodontit) är något annorlunda jämfört med primära infektioner, och något mer resistent till våra vanliga antiseptiska medel (t.ex. kalciumhydroxid).