



19: Ortodonti

Den ortodontiska vården sköts i samverkan mellan allmäntandvård och specialisttandvård. Det är viktigt att det görs en kontroll av bettutvecklingen i samband med de regelbundna revisionsundersökningarna och att bettavvikelse diagnostiseras och utreds på lämpligt vis.

För att ortodontivården ska bli så bra som möjligt krävs ett bra samarbete mellan ortodontist och allmäntandläkare. Ortodontisten kommer in som konsult och kan också vid omfattande behandlingsbehov bli den som utför behandlingen på ortodontikliniken. Det är viktigt att fastslå att det ortodontiska behandlingsansvaret alltid är allmäntandläkarens utom under den tid som patienten är inregistrerad på specialistkliniken.

Distriktstandvården får regelbundna besök av ortodontist vid konsultationsbesök.

Rutiner för behandling av bettavvikelse:

Allmäntandläkaren gör en bedömning av fallet.

Mindre bettavvikelse, t.ex. där interceptiva åtgärder behövs, behandlas av allmäntandläkare med eller utan ortodontikonsultation.

Vid måttliga/större bettavvikelse visas patienten för ortodontist vid konsultationsbesök.

Förberedelser inför ortodontikonsultation:

Utred intresset för ortodontibehandling från patientens och målsmans sida. Det är viktigt att tidigt informera om vad som krävs i samband med en ortodontibehandling.

Skriv aktuella diagnoser i journalen.

Ta adekvata röntgenbilder innan visning.

Behandling på specialistklinik:

I samband med ortodontikonsult kan ortodontisten rekommendera att patienten utreds samt eventuellt behandlas på ortodontiklinik. Om patienten samtycker till detta tar ortodontisten över det ortodontiska behandlingsansvaret. Patienten sätts då på en kölista för en bedömning som eventuellt kan resultera i en tandregleringsbehandling på Ortodontiavdelningen.

Patienter kan remitteras till Ortodontikliniken utan föregående visning i de fall när snabbt omhändertagande behövs, t.ex. vid retinerad överkäkshörtand med risk för skada på granntänderna.

Bettkontroller



Att kontrollera på barn under 6 år

- * Kommer alla primära tänderna?
- * Om frontalt öppet bett, föreligger sugovana?
- * Frontal invertering framförallt om det är tvångsfört
- * Korsbett om det är tvångsfört



Att kontrollera på barn i åldern ca 7-9 år

- * Avvikande eruption av incisiver och 6:or
- * Aplasi, övertal
- * Förstorat horisontellt överbett med läppdysfunktion/ dålig läppslutning. Traumarisk?
- * Frontal invertering
- * Djupt bett med gingival påbitning
- * Om frontalt öppet bett, föreligger sugovana?
- * Tvångsförande korsbett
- * Saxbett. Visa för ortodontist om fler än en tand eller tvångsfört.



Att kontrollera på barn ca 10-12 år

- * Var är hörntanden belägen? *Se separata råd gällande hörntanden på nästa sida!*
- * Kommer alla permanenta tänderna? Apalsi? Övertal?
- * Diastema mediale, finns det ett förtjockat läppband?

- * Förstorat horisontellt överbett med läppdysfunktion/dålig läppslutning eller som är estetiskt störande
- * Djupt bett med slemhinnepåbitning
- * Retroklinerade överkäksincisiver som hindrar underkakens tillväxt
- * Tvångsförande korsbett
- * Saxbett. Visa för ortodontist om fler än en tand alternativt tvångsförande. Glöm inte möjligheten att även behandla enstaka tänder t ex 7:or med saxbitning med kryssdrag!
- * Platsförhållanden, estetiskt störande trång- eller glesställning
- * Enskilda tänders läge, dvs störande rotationer mm



Att kontrollera på ungdomar över 13 års ålder

- * Finns alla permanenta tänder och har alla erumperat (OBS! Om permanent tand har erumperat så förväntas kontralateral erumpera inom ca 6 månader, kontrollera att anlag finns om så ej skett).
- * Större frontala horisontella avvikelser
- * Större frontala samt laterala vertikala avvikelser
- * Större transversella avvikelser framför allt om de är tvångsförande eller ger en försämrad tuggförmåga
- * Estetiskt störande bettavvikelser (subjektiva och objektiva behandlingsbehov)

Att observera:

Det är viktigt att visa patienter med ett ortodontiskt behandlingsbehov för en ortodontist innan 18 års ålder!

Detta för att en eventuell ortodontisk behandling skall kunna genomföras innan patienten lämnar den kostandsfria barn- och ungdomstandvården.

En senare visning kan innebära att en kostnadsfri behandling inte kan erbjudas.

Övriga situationer då det är lämpligt att diskutera med en ortodontist:

*Gravt karierade tänder alternativt hypomineraliserade permanenta tänder:

Samråd gärna med en specialist, i vissa fall (rätt tidpunkt /bettutvecklingsfas samt vissa bettyper) kan en extraktion vara en lämplig terapi

*Traumaskadade/förlorade tänder:

Samråd gärna med en specialist

*LKG samt andra utvecklingsstörningar som inbegriper tänders/käkars läge:

Samråd med specialist

*Övriga uppkomna frågor där ni tror vi kan vara behjälpliga:

Kom ihåg att vi specialister är till för er och patienterna! Fråga oss gärna om vad som helst så skall vi göra vårt yttersta att svara/agera på korrekt vis

Hörntanden:

Bettets anarkist, kommer när, var och hur den vill!!



*Kom ihåg att vid ca 10 års ålder bör hörntandens läge och position vara kartlagd, gärna inskriven i daganteckningen!

* Intraorala röntgen (från två olika projektioner) skall tas om:

1: Hörntand inte kan palperas buccalt

2: Lateral tappar buccalt/distalt

3: Kontralateral har erumperat för mer än 6 månader sedan

4: Andra eruptionsstörningar såsom ektopisk eruption av 6:or, agenesi premolarer och infraokklusion av primära molarer har ett visst samband med hörntandsproblematik

5: Hereditet, dvs nära släkting som haft hörntandsproblematik

* Vid ektopiskt läge av hörntand är förstahandsterapin att extrahera den primära hörntanden och sedan ta en röntgenkontroll efter 3-6 månader. Om läget/positionen inte har förbättrats så konsultera en ortodontist.

* Om läget/positionen kraftigt avviker från den normala positionen på icke erumperad hörntand så tag gärna direkt kontakt med en ortodontist så att en adekvat behandling ej fördröjs!

* Om misstanke om resorptionsskador på angränsande permanenta tänder föreligger så ombesörj snarast att adekvata röntgen tas och kontakta en ortodontist!

IOTN, Index of Orthodontic Treatment Need



För att på ett rättvist vis erbjuda och behandla patienter med ett subjektivt och objektivet behandlingsbehov tillämpar vi ett index vid namn IOTN.

IOTN består av 5 grader där 1 är lägst objektivet behandlingsbehov och 5 är det största objektiva behandlingsbehovet. I varje grad (1-5) finns olika undergrupper som benämns med bokstäver .

Vi erbjuder barn och ungdomar med subjektivt behandlingsbehov samt **IOTN grad 4 och 5** en kostnadsfri ortodontisk utredning samt trolig behandling.

Om barnet/ungdomen har en bettavvikelse motsvarande **IOTN grad 3** så kan inte en kostnadsfri behandling garanteras. Om patienten har ett stort subjektivt behandlingsbehov så bedöms möjligheten att erbjuda en kostnadsfri vård av klinikens samtliga ortodontister vid ett gemensamt möte.

Patienter med **IOTN grad 1 och 2** erbjuds ingen ortodontisk vård.

Känner allmäntandläkaren sig osäker på vilken grad av IOTN patienten har så visa gärna patienten för en ortodontist, men utlova ingen kostnadsfri behandling i förväg!



Vilka patienter skall vi "ge grönt ljus"?

IOTN: 5 undergrupper

- Grupp 5: Stort behandlingsbehov
- Grupp 4: Avsevärt behandlingsbehov
- Grupp 3: Måttligt behandlingsbehov
- Grupp 2: Litet behandlingsbehov
- Grupp 1: Inget behandlingsbehov dvs obetydliga avvikelser från idealbettet



Sagittalt Positiv Hövb

- 5.a: Mer än 9 mm Hövb
- 4.a: Mer än 6 mm men mindre än 9 mm Hövb
- 3.a Mer än 3,5 mm men mindre än 6 mm med inkompetent läppslut
- 2.a: Mer än 3,5 mm men mindre än 6 mm med kompetent läppslut



Sagittellt Negativ Hövb

- 5.m: Mer än - 3,5 mm Hövb
- 4.m: Mer än -1 mm men mindre än - 3,5 mm Hövb med tuggproblem eller käkledsbesvär
- 3.b: Mer än -1 mm och mindre än -3,5 mm Hövb utan funktionella besvär
- 2.b: Mer än 0 mm men mindre än -1 mm Hövb



Vertikalt Positiv Vövb

- 4.f: Djupt bett med traumatisk slemhinnepåbitning
- 3.f: Djupt bett med slemhinnepåbitning utan trauma
- 2.f: Djupt bett utan slemhinnepåbitning



Vertikalt

Frontalt (neg Vövb) eller
lateralt öppet bett

- 4.e: Frontala eller laterala öppna bett med mer än -4 mm Vövb
- 3.e: Frontala eller laterala öppna bett mer än -2 mm men mindre än -4 mm Vövb
- 2.e: Mer än -1 mm men mindre än -2 mm Vövb



Transversellt

- 4.c: Anteriort korsbett (invertering) eller posteriort korsbett med tvångsförning där tvångsförningen är över 2 mm
- 3.c: Anteriort korsbett (invertering) eller posteriort korsbett med tvångsförning där tvångsförningen är över 1 mm men mindre än 2 mm
- 2.c: Anteriort korsbett (invertering) eller posteriort korsbett med tvångsförning där tvångsförningen är mindre än 1 mm (Visa)



Avvikelser enstaka tänder



- 4.d: Avståndet mellan brutna kontaktpunkter är större än 4 mm
- 4.k: Sammanlagda frontala glesställningen är större än en tandbredd
- Växjö: Diastema mediale är lika med eller större än 2 mm
- 3.d: Avståndet mellan brutna kontaktpunkter är större än 2 mm men mindre än 2 mm
- 2.d: Avståndet mellan brutna kontaktpunkter är över 1 mm men mindre än 2 mm



Tandantal



- 5.i: Förhindrad tanderuption, retention
- 5.h: Agenes (mer än 1 tand i en kvadrant eller frontsegment)
- 4.h: Agenes (1 tand i en kvadrant eller frontsegment)
- 4.x: Övertalig tand
- 4.t: Full eruption hindras av tippad grann tand

Exempel på övriga avvikelser

- 5.p: LKG och liknande anomalier
- 5.s: Djupt infraockluderande primära tänder
- 4.y: Avvikande tandanatomi

