

 <p>Folk tandvården Sörmland</p>	<p>Datum: 2024-01-01</p> <p>Ansvarig: Camilla Billing</p> <p>Dokument: Akuttandvårdsrutiner för Folk tandvården Sörmland</p>
---	--

Praktisk klinisk vägledning vid behandling av barn och ungdomar med traumaskadade tänder och käkar

Målet med traumabehandling i det primära bettet är att minimera risken för skada på underliggande permanent anlag. I det unga permanenta bettet är målet att bevara tanden och dess vitalitet, åstadkomma en normal rotutveckling och undgå senkomplikationer.

Ett tidigt omhändertagande, en korrekt diagnos och terapiplanering är av största vikt för att kunna åstadkomma detta.

Konsultera specialist vid tveksamhet om lämplig behandling samt vid stora trauma och käkfrakturer. **För mer utförliga riktlinjer se www.dentaltraumaguide.org**

Följande dokument avser ge en kortfattad beskrivning och råd vid akutbehandling av tand-skador. **Uppföljning** är baserad på att inga komplikationer funnits vid föregående kontrolltillfälle. Om tecken på komplikationer tillstöter kan tätare kontroller vara indicerade. Generellt bör traumaskadade tänder med inte avslutad rotutveckling kontrolleras tills rotslutning sker.

Anamnes och Status

- När, var och hur inträffade skadan?
- Har patienten varit avsvimmad i samband med olyckan? Vid tecken på hjärnskakning eller chocktillstånd behöver patienten läkarundersökas.
- Allmäntillstånd? Blekhet, kallsvettighet, illamående, kräkningar, huvudvärk.

Hälsodeklaration

- Sjukdomar, tillstånd och allergier t.ex. mot läkemedel som kan påverka behandlingen?
- Aktuellt stelkrampsskydd?

Klinisk undersökning

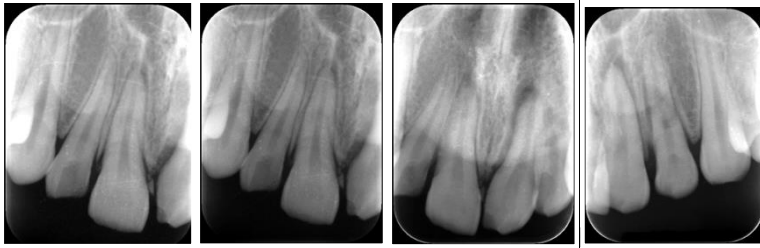
- Undersök eventuella sårskador, svullnader, hematom och blödningar extra- eller intraoralt
- Palpera mandibel, käkleder och mellanansikte och alveolarutskott för tecken på frakturer
- Undersök underkäkens rörelsemönster och rörelsekapacitet
- Undersök skadade tänder avseende
 - Ocklusion
 - Frakturer
 - Rörlighet
 - Lägesförändring? Notera dislokationens omfattning och riktning?
 - Färg och translucens samt eventuell pulpainvolvering
 - Reaktion för tryck och perkussion
 - Sensibilitetstest. OBS! Tänk på att tänder med öppna apices svarar inte alltid på elektrisk test trots att vitalitet föreligger.

Klinisk fotografering

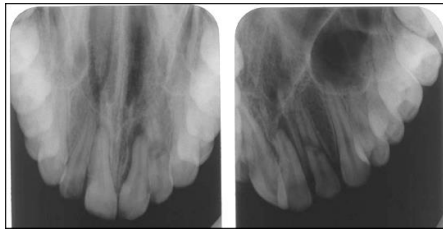
- Det kan vara av stort värde att dokumentera med kliniska foton. I patientjournalen skall skadan beskrivas och uppgifter om hur skadan uppkommit ska noteras.

Röntgenundersökning

- Varje skadad tand skall avbildas i sin helhet och i flera projektioner, både i horisontal och i vertikal. Angränsade tänder skall vara med.



Exempel på IO bilder efter trauma mot ök front



Bitplan tagna samma dag

- Tandfragment i mjukdelar (Exponeringen är cirka ¼ av den normala för en tandundersökning)

Behandlingsprinciper för fixering av traumaskadade unga permanenta tänder

- Avpassa fixationstiden till typ av skada. Korta tider, 1–3 veckor gäller som regel
- En parodontalt skadad tand till exempel exartikulerad skall fixeras kort tid för att minska risken för ankylos
- Luxationsskador fixeras under kortare tid (upp till 2 veckor). Fixationen skall vara passiv och med möjlighet till viss mobilitet.
- Vid samtidiga alveolarutskottsfrakturer förlängs fixationstiden några veckor. En individuell bedömning görs.
- Fixationen skall tillåta en god munhygien och den skadade tanden skall vara åtkomlig för eventuell endodonti.
- Rotfrakturer med dislocerade koronala fragment ska fixeras 2–4 veckor. Undantag rotfrakturer som kan behöva längre fixation, 2 månader eller mer.
- Välj i första hand fixation med syraets-bondingteknik.



CONSTRUCT - DAB Dental AB (resinimpregnerade glasfibertrådar på rulle)



Fig. 17-26. (a) Subluxation of both central incisors with mobility in both the horizontal and vertical direction. (b) The teeth are stabilized with an orthodontic twisted wire, resin material and the acid-etch technique (see Box 17-7).



Flexibel ortodontisk tråd som tillåter viss mobilitet

• **Patientinstruktion**

- Skonsam kost under 1–2 veckor eller längre vid större trauma och käkfrakturer.
- Munsköljning/ rengöring med klorhexidinlösning 0,1% 2ggr dagligen under 1 vecka.
- Vid mer komplicerade fall kan understödjande professionell hygienbehandling vara indicerad under de första dagarna.
Glöm inte försäkringsanmälan!

PERMANENTA TÄNDER	PERMANENTA TÄNDER
DIAGNOS	BEHANDLING
Skador på tandens hårdvävnader och pulpa	
<p>Infraktion Sprickbildning i emalj utan substansförlust</p>	<p>Behandling Vid större sprickbildning etsa och försegla med flytande komposit för att minska risken för missfärgning av sprickan. Vid mindre spricka ingen behandling.</p> <p>Uppföljning Ingen om inte skadan är förenad med luxation eller annan fraktur av samma tand.</p>
<p>Icke komplicerad kronfraktur Fraktur med substansförlust av emalj eller emalj och dentin utan pulpablotta</p> 	<p>Behandling <u>Vid emaljfraktur:</u> Bonding av löst fragment, kompositrestaurering eller tillslipning av skarpa kanter <u>Vid emalj-dentinfraaktur:</u> Täck exponerat dentin med glasjonomercement som provisorium alternativt restaurera direkt med etsteknik och komposit. Om det lossagna fragmentet har bra passform kan det bondas till frakturen med emalj-dentinbonding. Röntgen från minst två standardiserade projektioner för att utesluta luxation eller rotfraktur. Röntgen av laserad läpp/kindslemhinna vid misstanke om rotfragment eller främmande kropp.</p> <p>Uppföljning Klinisk/ röntgenologisk kontroll efter 6–8 veckor och efter 1 år. Därefter årlig kontroll till avslutad rotutveckling.</p>
<p>Komplicerad kronfraktur fraktur av emalj och dentin med pulpablotta</p> 	<p>Behandling Hos unga individer och oberoende av rotutvecklingsgrad utförs pulpaöverkappning eller partiell pulpotomi "ad modum Cvek" för att främja fortsatt rotutveckling. Hos äldre patienter med avslutad rotutveckling och omfattande pulpablotta samt större luxationsskada kan det bli nödvändigt med pulpaextirpation och rotfyllning.</p> <p><u>Partiell pulpotomi "ad modum Cvek" vid vital pulpa</u> –kan utföras även en kort tid efter olyckstillfället under förutsättning att amputationssåret läggs i frisk pulpavävnad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lagg anestesi. Applicera kofferdam om möjligt. 2. Avlägsna minst 2 mm av pulpavävnaden med omgivande dentin med highspeed och diamant under vattenkylning tills du ser en frisk rosa-röd blödning. 3. Stilla blödningen genom att spola med fysiologisk koksaltlösning. Torrlägg eventuellt försiktigt med sterila bomullspellets.

	<p><i>OBS! Det är viktigt att blödningen avstannat före appliceringen av sårförband och att inte blodkoagel lämnas kvar.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Som sårförband används kalciumhydroxid tex Calacept. Sårförbandet täcks med ett fast cement., tex glasjonomer, varvid en permanent fyllning med komposit kan utföras. <p><u>Pulpaöverkappning vid liten lesion</u> (mindre än 1mm) och snabbt omhändertagande (inom 24 timmar) och då ingen skada angående kärlförsörjning till tanden kan konstateras.</p> <p>Röntgen i minst två standardiserade projektioner för att utesluta rotfraktur och luxation. Röntgen av laserad läpp/kindslemhinna för att utesluta rotfragment eller främmande kropp.</p> <p>Uppföljning Klinisk och röntgenologisk kontroll efter 6–8 veckor och efter 1 år. Därefter årlig kontroll till avslutad rotutveckling.</p>
<p>Icke komplicerad kronrotfraktur Fraktur av emalj, dentin och cement utan pulpa blotta</p> 	<p>Behandling Behandling som vid okomplicerad kronfraktur.</p> <p>Dessutomkan det krävas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Gingivoectomi eller ostectomi</u> för att avlägsna det rörliga fragmentet. <u>Ortodontisk eller kirurgisk extrusion</u> av apikala segmentet för att möjliggöra en god ersättning för substansförlusten. <u>Extraktion</u> kan bli nödvändigt vid djupt liggande kronfrakturer eller vid längsgående frakturer. <i>OBS! Tidig extraktion bör undvikas så långt det går. En kvarvarande rot är benbevarande och underlättar senare behandling med implantat.</i> <p>Uppföljning Skonkost i 1 vecka. Mjuk tandborste och Klorhexidinlösning 0,1% för munsköljning 2ggr dagligen i en vecka Klinisk och röntgenologisk kontroll efter 6–8 veckor och efter 1 år. Därefter årlig kontroll till avslutad rotutveckling.</p>
<p>Komplicerad kronrotfraktur Fraktur av emalj, dentin och cement med pulpa blotta</p> 	<p>Behandling Som vid komplicerad kronfraktur med partiell pulpotomi " ad Modum Cvek" eller pulpaöverkappning vid mindre läsion (mindre än 1 mm) och snabbt omhändertagande.</p> <p>Beroende på skadans omfattning finns det flera behandlingsmöjligheter</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Avlägsna det rörliga fragmentet.</u> Gingivoectomi eller ostectomi kan bli nödvändigt. <u>Ortodontisk eller kirurgisk extrusion</u> av apikala segmentet för att möjliggöra en god ersättning för substansförlusten. <u>Extraktion</u> kan bli nödvändigt vid djupt liggande frakturer eller vid längs frakturer. <p>Uppföljning Skonkost i 1 vecka. Mjuk tandborste och Klorhexidinlösning 0,1% för munsköljning 2ggr dagligen i en vecka Klinisk och röntgenologisk kontroll efter 6–8 veckor och efter 1 år.</p>

Rotfraktur

fraktur som omfattar dentin, cement och pulpa

**Behandling**

1. Lägg anestesi och reponera det koronala fragmentet vid dislokation.
2. Verifiera rätt position med röntgen.
3. Fixering i 3–4 veckor. Vid fraktur nära marginala benkanten förlängd fixering upp till 4 månader för att möjliggöra hårdvävnadsläkning mellan fragmenten.
4. Följ noggrant upp pulpastatus under minst 1 år. Vid tecken på pulpanekros krävs endodontisk behandling och då **enbart det koronala fragmentet ner till frakturlinjen.**

Behandling vid tvärfaktur inom alveolen nära marginala benkanten och i direkt kommunikation med munhåla: Koronalfragmentet avlägsnas om det är rörligt följt av pulpektomi dvs utrymning av kvarvarande rot. Tag ställning till ortodontisk eller kirurgisk extrusion. Konsultera gärna specialist för bedömning.

Behandling vid längsfraktur: Extraktion

Uppföljning

Skonkost i 1 vecka. Mjuk tandborste och Klorhexidinlösning 0,1% för munsköljning 2ggr dagligen i en vecka
Klinisk/röntgenologisk kontroll efter 3–4 veckor. Avlägsna eventuellt fixering
Klinisk/röntgenologisk kontroll efter 6–8 veckor och 4 månader, 6 månader, 1 år och därefter 1 gång per år i 5 år.

Fraktur av alveolarutskott

Några tänder är felställda och benfragment är rörligt
Käkfrakturer kan ses som ett hak, step i tandraden.
Fragmenten är rörliga i förhållande till varandra.
Patienten upplever att bittet inte stämmer


Behandling som kräver akut åtgärdFraktur inom alveolarutskott



1. Lägg anestesi och reponera tänder och benfragment.
2. Suturera mjukvävnad vid behov
3. Förlängd fixeringstid beroende på skadans omfattning i 4 veckor eller mer.
4. Överväg antibiotika vid öppna sårskador i kontaminerad miljö. Kontrollera stelkrampskydd.
5. Konsultera specialist.

Käkfrakturer och fraktur av collum mandibulae - Sänds till käkkirurgisk klinik

Uppföljning

Skonkost 4–6 veckor under läkningsprocessen om belastning samt sköljning med Klorhexidin 0,1% under läkningsprocessen
Klinisk/ röntgenologisk kontroll efter 4 veckor. Avlägsna eventuellt fixering
Klinisk/ röntgenologisk kontroll efter 6–8 veckor, 4 månader, 6 månader, 1 år och därefter 1 gång per år i 5 år.

<p>Gingival Läsion tandköttet är lacerat och tandrot och ben synligt</p>	<p><u>Behandling som kräver akut åtgärd</u> Tvätta såret med klorhexidinlösning 0,1%. Lägg anestesi och suturera mjukvävnad över frilagt ben Vid genomträngande läppsår där tänder har bitit djupt in i läppen kan det finnas tanddelar inbäddade i såret. Kontrollera med röntgen (Exponeringen är cirka ¼ av den normala för en tandundersökning) Om det är en genomgående skada i läppen bör samtliga lager sutureras samt att man bör beakta anpassningen av vermilion. Behandla den traumaskadade tanden/tänderna om möjligt och skicka därefter patienten till Käkkirurg för suturering.</p>
<p>Parodontala skador</p>	
<p>Konkussion Lätt parodontal skada med perkussionsömhet och utan dislocering</p>	<p><u>Behandling</u> Vanligtvis behövs ingen behandling. Följ upp pulpans status minst ett år.</p> <p><u>Uppföljning</u> Skonkost 1–2 veckor och eventuellt tvätt /sköljning med Klorhexidinlösning 0,1% 2ggr dagligen under samma period. Klinisk och röntgenologisk kontroll efter 4 veckor, 6–8 veckor och efter 1 år.</p>
<p>Subluxation Ingen lägesförändring dock ökad mobilitet och blödning från tandköttsfickan</p> 	<p><u>Behandling</u> Vanligtvis behövs ingen behandling. Om tanden är rörlig i både horisontalled och vertikalled kan den behöva fixering 1–2 veckor för patientens välbefinnande Följ noggrant upp pulpans status minst ett år.</p> <p><u>Uppföljning</u> Skonkost 1–2 veckor och eventuellt tvätt /sköljning med Klorhexidinlösning 0,1% 2ggr dagligen under samma period. Klinisk/röntgenologisk kontroll efter 2 veckor. Avlägsna eventuellt fixering Klinisk/ röntgenologisk kontroll efter 4 veckor, 6–8 veckor och 1 år.</p>

<p>Extrusions luxation Tand delvis ute ur alveolen</p> 	<p><u>Behandling som kräver akut åtgärd</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reponera snarast möjligt. Lägg anestesi vid behov. 2. Kontrollera att ocklusionen stämmer och verifiera rätt position med röntgen. 3. Fixering i rätt läge i 2 veckor. <p>Revascularisering möjlig vid öppna apex. En fortsatt rotutveckling är en bekräftelse på vital pulpavävnad. Följ noggrant upp pulpans status minst ett år. För tänder med avslutad rotutveckling är sannolikheten för revaskularisering liten och rotbehandling krävs.</p> <p><u>Uppföljning</u> Skonkost i 1 vecka. Mjuk tandborste och Klorhexidinlösning 0,1% för munsköljning 2 ggr dagligen i en vecka Klinisk/röntgenkontroll efter 2 veckor. Avlägsna fixering Klinisk/röntgenkontroll efter 4 veckor, 6-8 veckor, 6 månader, 1 år och därefter årligen i 5 år.</p>
<p>Lateral luxation Tand lägesförändrad i horisontalled</p> 	<p><u>Behandling som kräver akut åtgärd</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lägg anestesi och reponera snarast möjligt. <i>Reposition sker enklast genom att man trycker med ett finger i vestibulum mot tandens apexregion och sedan för tanden på plats. Är tanden ordentligt inkilad krävs ibland tång för att lösgöra tanden inför reposition.</i> 2. Kontrollera att ocklusionen stämmer och verifiera rätt position med röntgen. 3. Fixering i rätt läge i 4 veckor. Ev förlängs fixeringen ytterligare 3 veckor vid fall med omfattande instabilitet till följd av frakturerat benstöd. <p>Revascularisering möjlig vid öppna apex. Följ noggrant upp pulpastatus. Vid pulpanekros krävs endodontisk behandling.</p> <p><u>Uppföljning</u> Skonkost i 1 vecka. Mjuk tandborste och Klorhexidinlösning 0,1% för munsköljning 2ggr dagligen i en vecka. Klinisk/ röntgenologisk kontroll efter 2 veckor Klinisk/ röntgenologisk kontroll efter 4 veckor. Avlägsna fixering med stor försiktighet. Klinisk/ röntgenologisk kontroll efter 6-8 veckor, 6månader, 1 år och därefter 1 gång per år i 5 år.</p>
<p>Intrusions luxation Tanden dislocerad i apikal riktning</p>	<p><u>Behandling som kräver akut åtgärd</u></p> <p>Terapival beroende på graden av intrusion och rotutveckling. Revaskularisering möjlig vid öppna apex. Intruderade tänder med avslutad rotutveckling behandlas endodontiskt inom 3-4 veckor. Notera graden av intrusion genom mätning av avståndet mellan den intruderade tandens incisala skär och granntandens incisala skär.</p>



Spontan reeruption: Vid avslutad rotutveckling och samtidig intrusion mindre än 2–3 mm samt tänder med öppet apex och intrusion mindre än 7 mm tillåts spontan reeruption under 2- 4 veckor. Om ingen tendens till reeruption, påbörja ortodontisk eller kirurgisk extrusion inom 4 veckor.

Ortodontisk eller kirurgisk reponering: Vid avslutad rotutveckling och samtidig måttlig intrusion (mer än 3 mm) Ortodontisk reponering är också valet för tänder med öppna apex som ej reerupterat spontant.

Kirurgisk reponering: Vid kraftig intrusion (mer än 7 mm). Reponera tanden med tång och fixera i upp till 4 veckor.

Uppföljning

Skonkost och Klorhexidinlösning 0,1% för munsköljning 2ggr dagligen i 2 veckor.

Klinisk/röntgenologisk kontroll efter 2 veckor.

Klinisk/röntgenologisk kontroll efter 4 veckor. Avlägsna ev fixering.

Klinisk/röntgenologisk kontroll efter 6–8 veckor, 6 månader, 1 år och därefter 1 gång per år i 5 år.

Exartikulation
Tanden helt ute ur alveolen



Behandling som kräver akut åtgärd **Replantering på olycksplatsen**

Vid telefonförfrågan från olycksplatsen försäkra dig om att det är en permanent tand som blivit utslagen och ge därefter instruktioner för omedelbar replantering.

1. Ta tag i den utslagna tandens krona och undvik att beröra själva roten.
2. Om tanden är smutsig skölj den i mjölk eller hastigt i vatten (högst 10 sek i vatten).
3. Sätt tillbaka tanden på sin plats så fort som möjligt
4. Håll tanden på plats i alveolen genom att försiktigt bita på en ren näsduk eller liknande.
5. Om omedelbar replantationen inte är möjlig, placera den utslagna tanden i ett lämpligt transportmedel t.ex. kall mjölk, koksalt eller patientens saliv (under tungan eller i omslagsvecket). Absolut inte i vatten.
6. Uppmana patienten att uppsöka tandläkare utan dröjsmål.

Replantering på klinik: Extraoral tid mindre än 60 minuter

1. Skölj tandroten med NaCl- lösning och lägg tanden i lösningen innan replantering.
2. Lägg anestesi vid behov
3. Avlägsna koagel ur alveolen genom spolning med NaCl- lösning.
4. Inspektera alveolen, om buckala benplattan förhindrar replantation, reponera genom att försiktigt bända ut den med ett trubbigt instrument (raspatorium)
5. Replantera tanden och verifiera rätt position med röntgen.
6. Fixera med en flexibel tråd i 2 veckor.
7. Administrera antibiotika. Förstahandsval: Fenoximetylpenicillin (Kåvepenin) Vid pc allergi Klindamycin (Dalacin).
8. Överväg tetanusvaccination. Konsultera läkare eller hänvisa till vårdcentral för tetanusprofylax om traumat skett utomhus. Om patienten har genomgått sedvanligt vaccinationsprogram är inte påfyllnadsdos helt nödvändigt. Däremot om osäkerhet finns kring detta (i och med att det idag föreligger viss ovilja hos vissa i befolkningen att vaccinera sina barn) bör detta ges samt om det gått mer än 10 år sedan sista påfyllnadsdos.

9. Rekommendera klorhexidinlösning 1mg/ml för munsköljning/rengöring 2ggr/dag i 1 vecka.
10. Rekommendera skonkost i 2 veckor.

Behandling vid öppet apex- Avvakta med rotbehandling pga möjlig revaskularisering. Följ upp pulpans status. Initiera rotbehandling vid pulpanekros.

Behandling vid slutet apex- Initiera rotbehandling inom 7–10 dagar och innan fixering avlägsnats. Förse med kalciumhydroxid-inlägg initialt i en månad innan rotfyllning utförs.

Uppföljning

Skonkost i 1–2 veckor. Mjuk tandborste och Klorhexidinlösning 0,1% för munsköljning 2ggr dagligen i en vecka.

Klinisk us/rtgkontroll inom 2 veckor samt avlägsnande av fixering.

Klinisk us/röntgenologisk kontroll efter 4 veckor, 3 månader, 6 månader, 1 år och därefter årligen.

Replantering på klinik: Extraoral tid mer än 60minuter

1. Skölj tandroten med NaCl- lösning och lägg tanden i lösningen innan replantering. Avlägsna nekrotisk vävnad från roten försiktigt med ett tork och NaCl- lösning.
2. Lägg anestesi vid behov
3. Avlägsna koagel ur alveolen genom spolning med NaCl- lösning.
4. Inspektera alveolen, om buckala benplattan förhindrar replantation, reponera genom att försiktigt bända ut den med ett trubbigt instrument (raspatorium)
5. Replantera tanden och verifiera rätt position med röntgen.
6. Fixera med en flexibel tråd i 4 veckor.
7. Administrera antibiotika. Förstahandsval: Fenoximetylpenicillin (Kåvepenin). Vid pc allergi Klindamycin (Dalacin).
8. Överväg tetanusvaccination. Konsultera läkare eller hänvisa till vårdcentral för tetanusprofylax om traumat skett utomhus. Om patienten har genomgått sedvanligt vaccinationsprogram är inte påfyllnadsdos helt nödvändigt. Däremot om osäkerhet finns kring detta (i och med att det idag föreligger viss ovilja hos vissa i befolkningen att vaccinera sina barn) bör detta ges samt om det gått mer än 10 år sedan sista påfyllnadsdos.
11. Rekommendera klorhexidinlösning 1mg/ml för munsköljning/rengöring 2ggr/dag i 1 vecka.
12. Rekommendera skonkost i 2 veckor.

Behandling vid öppet apex: Vid stora öppna apex avvakta med rotbehandling pga möjlig revaskularisering. Vid tecken på pulpanekros initiera rotbehandling.

Behandling vid slutet apex: Initiera rotbehandling inom 7–10 dagar och innan fixering avlägsnats. Förse med kalciumhydroxid-inlägg initialt i en månad innan rotfyllning utförs.

Uppföljning

Skonkost i 1–2 veckor. Mjuk tandborste och Klorhexidinlösning 0,1% för munsköljning 2ggr dagligen i en vecka.

	<p>Klinisk us/rtgkontroll efter 4 veckor, 3 månader, 6 månader, 1 år och därefter årligen.</p> <p>Prognosen är dålig vid replantering med lång extraoral tid och tanden får betraktas som ett långtidprovisorium med uppgift att hålla det alveolära benet inför en definitiv terapi. Om ankylos uppträder, och tillväxten medför en infraokklusion av kronan, bör decoronation ske.</p>
--	--

PRIMÄRA TÄNDER	PRIMÄRA TÄNDER
	Behandlingen av traumadrabbade primära tänder styrs bl a av risken för skador på underliggande anlag samt möjligheten att behandla små barn. Behåll aldrig en primär tand i bittet om den utgör en risk för underliggande permanent anlag.
Diagnos	Behandling
Skador på tandens hårdvävnader och pulpa	
Infraktion	<p>Behandling Ingen, eventuellt tillslipning av vassa kanter eller fyllningsterapi med glasjonomercement.</p> <p>Uppföljning Informera föräldrarna om att observera färgförändringar, svullnad eller fistel.</p>
Kronfraktur	<p>Behandling <u>Okomplicerad kronfraktur:</u> Tillslipning av vassa kanter eller fyllnadsterapi med glasjonomercemet eller komposit Informera föräldrarna om att observera färgförändringar, svullnad eller fistel.</p> <p><u>Komplicerad kronfraktur:</u> Lagg anestesi och extrahera. Om praktiskt möjligt och önskvärt kan samma behandling göras som för permanenta tänder med komplicerad kronfraktur.</p> <p>Uppföljning Klinisk och röntgenologisk us i samband med ordinarie undersökning eller efter 1 år</p>
Kronrotfraktur	<p>Behandling Lagg anestesi. Avlägsna det rörliga fragmentet och restaurera med glasjonomercement om mindre fraktur utan pulpablotta. Extraktion av det koronala fragmentet om det är kraftigt dislocerat, medan apikala fragmentet utan patologi kan lämnas kvar.</p>
Rotfraktur	<p>Behandling Lagg anestesi inför extraktionsterapi</p> <p><u>Vid tvärfaktur med liten eller ingen dislokation av koronala fragmentet-</u> Expectans och uppföljning.</p>

	<p><u>Vid tvärfraktur med svår dislokation av koronala fragmentet:</u> extrahera det koronala fragmentet. Det apikala fragmentet lämnas det utan åtgärd.</p> <p><u>Vid längsfraktur:</u> extraktion.</p> <p>Skonkost 1–2 veckor. Rekommendera förälder att borsta med en mjuk tandborste/ tvätta med Klorhexidinlösning 0,1% morgon och kväll den första veckan.</p> <p><u>Uppföljning</u> Klinisk och röntgenologisk us efter 3–6 veckor och årligen i samband med revisionsundersökning fram till eruption av permanent tand</p>
Fraktur av alveolarutskott	<p><u>Behandling</u> Reponering och suturering.</p> <p>Konsultera specialist vid stora trauma och käkfrakturer.</p>
Parodontala skador	
Konkussion	<p><u>Behandling</u> Reponering och suturering.</p> <p>Konsultera specialist vid stora trauma och käkfrakturer.</p>
Subluxation	<p><u>Behandling</u> Betona vikten av noggrann munhygien. Vid ökad rörlighet rekommendera förälder att borsta med en mjuk tandborste/tvätta med klorhexidinlösning 0,1% morgon och kväll den första veckan. Skonkost 1–2 veckor. Undvik napp. Informera föräldrarna om att observera färgförändringar, svullnad eller fistel.</p> <p><u>Uppföljning</u> Klinisk och röntgenologisk kontroll efter 6–8 veckor och efter 1 år.</p>
Extrusiv luxation	<p><u>Behandling</u> <u>Extraktion vid omfattande extrusion och rotslutet apex.</u> Lägg anestesi inför extraktionsterapi</p> <p><u>Expektans vid mindre extrusion</u> (mindre än 3mm) på tänder utan rotslut och om tanden inte förhindrar ihopbitning.</p> <p>Skonkost 1–2 veckor, Rekommendera förälder att borsta med en mjuk tandborste/ tvätta med klorhexidinlösning 0,1% morgon och kväll den första veckan. Undvik napp.</p> <p><u>Uppföljning</u> Klinisk och röntgenologisk kontroll efter 6–8 veckor och efter 1 år.</p>
Lateralluxation	<p><u>Behandling</u> <u>Extraktion-</u> Vid funktionsstörning och när roten är förflyttad i riktning mot det permanenta anlaget. Om det inte föreligger några ocklusala interferenser och krona är displacerad i palatinal riktning behandlas tanden som vid subluxation.</p>

	<p>Skonkost 1–2 veckor, Rekommendera förälder att borsta med en mjuk tandborste med klorhexidinlösning 0,1% morgon och kväll den första veckan. Undvik napp.</p> <p>Uppföljning Möjlighet till läkning av den skadade pulpan är beroende av rotutvecklingsgraden och graden av dislokation. Traumakontroll efter 2–3 veckor. Klinisk/röntgenologisk kontroll efter 6–8 veckor och efter 1 år.</p>
<p>Intrusiv luxation</p>	<p>Behandling <u>Tanden får spontanerumpas under förutsättning att traumats riktning inte inneburit risk för skada på permanenta anlag.</u> Notera graden av intrusion genom att mäta avståndet mellan tandens incisala skär och granntandens skär. Alternativt ta ett foto.</p> <p>Spontaneruption sker vanligtvis inom 2–4 månader.</p> <p><u>Extraktion om tanden intruderats mot det permanenta anlaget eller samtidig omfattande skada av alveolärt ben.</u></p> <p>Skonkost 1–2 veckor. Undvik napp</p> <p>Rekommendera förälder att borsta med en mjuk tandborste/ tvätta med klorhexidinlösning 0,1% morgon och kväll den första veckan.</p> <p>Uppföljning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinisk kontroll efter 1–2 veckor och efter 3 veckor, därefter klinisk och röntgenologisk kontroll efter 3 månader, och efter 1 år.
<p>Exartikulation</p>	<p>Replantera aldrig. Tag röntgen för att utesluta att tanden är fullständigt intruderad.</p>