

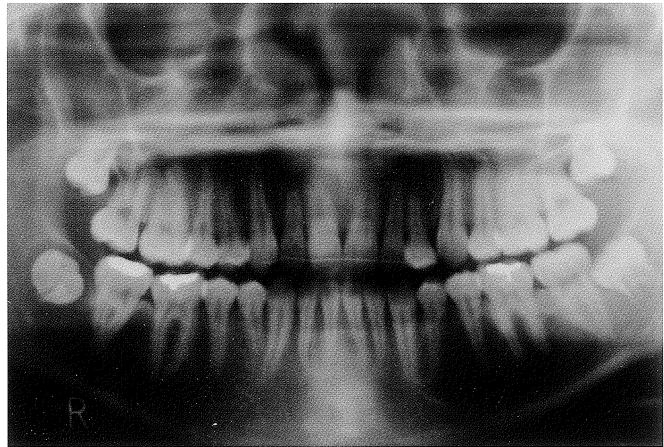
Fyrirbyggjandi brottám endajaxla

Guðmundur Á. Björnsson, munn- og kjálkaskurðlæknir

Aðgerðir til að fjarlægja endajaxla hafa verið einar algengustu aðgerðir sem kjálkaskurðlæknar framkvæma (Bruce 1980, Nordemram 1987, Samsundin 1994, Knutson 1996) og ennfremur með algengustu aðgerðum sem gerðar eru á mönnum (Bruce 1980). Helstu ástæður þessara aðgerða eru tilkomnar vegna þrengsla, sem aftur valda sýkingum í beini og aðlægum vefjum. Þegar verst lætur getur skapast ástand sem krefst meðhöndlunar á sjúkrahúsi. Algengast er að sýkingar frá tönnum verði á aldrinum 25-30 ára. Sýking frá endajöxlum er algengasta ástæða innlagningar á sjúkrahús, ef um sýkingar í kjálkum og aðlægum vefjum er að ræða (Haug 1991). Bið eftir aðgerðum getur leitt til endurtekinnar sýklalyfjagjafar (Samsundin 1994), sem eru samfélaginu dýrar og ekki alltaf hættulausar. Aðrar afleiðingar þrengsla og þess að tennur komast ekki upp í munnhol eru til dæmis belgmeið og æxli (mynd 1).

Sum nágrannalönd okkar hafa þann hátt á að fjárhagslegur stuðningur við þessar aðgerðir er óháður aldri einstaklingsins þar sem flest okkar þurfa á þessum aðgerðum að halda einu sinni til tvisvar á ævinni enda eru endajaxlar þær tennur sem eru oftast innilokaðar í kjálkabeinum (Ahlqwist 1990).

Aukaverkanir við endajaxlaaðgerðir eru um 10% (Osborn 1985, De Boer 1995) sem er lágt hlutfall. Þær hefur yfirleitt verið auðvelt að leysa, jafnvel fyrir áratugum síðan þegar tæki voru ekki eins fullkomin og þau eru í dag (Van Gool 1970, Sisk 1986). Einnig eru aukaverkanir ekki eins tíðar ef aðgerð er framkvæmd fyrir 25 ára aldur sjúklings (De Boer 1995, Osburn 1985, Osthoff 2001, Carter 2001) og enn sjaldgæfari ef aðgerðir eru gerðar af sérfræðingum (Sisk 1986, Larsen 1992). Ef perikoronit var til staðar voru aukaverkanir eftir aðgerð í 20% tilfella. Einnig voru aukaverkanir tíðari ef endajaxl var algjörlega hulinn beini (Sisk 1986) og 6,5 sinnum meiri hætta var á taugaskaða í sjúklingum eldri en 24 ára (Osburn 1985). Þess ber að geta að aukaverkanir aðgerða geta haft áhrif á lífsgæði einstaklinga í töluverðan tíma eftir aðgerðina (McGrath 2003). En þá skiptir máli hvernig aðgerðin er gerð og hversu margir endajaxlar eru fjarlægðir í einu (Breivik 1998).



Mynd 1 Ungur maður með mein við alla fjóra endajaxla, meðal annars ketatocystu við 48 sem hafa tilhneigingu til afturkomuhneiðar (recidivity); Eftirlit er með OPG röntgenmynd, einusinni hefur orðið afturkomuhneið á keratocystu

Í seinni tíð hafa heyrst efasemdaraddir um að fyrirbyggjandi aðgerðir vegna endajaxla séu réttlætanlegar nema sjúkdómur sé sannaður við klíniska skoðun eða með röntgenrannsókn (Song 1997). Aðrir fræðimenn eru á öðru máli og vilja fjarlægja alla endajaxla sem ekki komast á sinn stað í tannbogunum (Assael 2002). Vefjarannsóknir sýna að hætta getur verið á alvarlegum sjúkdómum jafnvel lífshættulegum við innilokaða endajaxla (Curran 2002)

Samtök kjálkaskurðlækna í Bandaríkjunum hafa haldið málþing um endajaxla á 10 ára fresti til að leggja línur um hvaða ráðleggingar eigi að veita þar í landi (AAOMS 1994). Lögð er rík áhersla á að eftirlit sé haft með innilokuðum endajöxlum ef þeir hafa ekki verið fjarlægðir, til að hægt sé að grípa inn í þegar alvarlegir sjúkdómar koma upp (sýkingar, cystur, æxli eða skemmdir á öðrum tönnum).

Athyglisverð rannsókn var gerð í Finnlandi þar sem leitast var við að finna út hvaða þættir segja til um hvaða endajaxlar valdi sjúkdómi (Irja Venta 1993). Þar fylgdust Irja og samstarfsfélagar með komu endajaxla í háskólanemum í sex ár eða frá 20–26 ára aldurs. Í grófum dráttum voru niðurstöður í doktorsgráðu Irju eftirtaldar:

Um tvítugt voru 28% endajaxla komnir fram, 17%

héldu áfram að koma fram til 26 ára aldurs. Ef orthopantomografi (OPG) mynd var tekin við 20 ára aldur var hægt að segja til um tannkomu. Þeir héldu áfram að koma fram ef þeir voru í lóðréttri stöðu, rótarmyndun lokið, aðeins huldar mjúkvæf, sama staða okklusalt og tólfarájaxlar, nægilegt pláss að ramus frá tólfarájaxli.

Hinsvegar voru 96% endajaxla tepptir við 26 ára aldur ef eftirfarandi staða var á þeim þegar OPG mynd var tekin við 20 ára aldur:

Ef tönn var að hluta hulin beini, rótopin, vertikal og mesial staða, plássleysi mesial-distalt að ramus og að lokum ef okklusalplan endajaxls var í hæð við rötarglerungsmörkin á tólfára jaxli. Einnig kom fram að fleiri tólfára jaxlar voru ósnertir ef endajaxla vantaði. Tannáta var oftár í tólfarájaxli ef endajaxl var tepptur. Plaque index var lægri í neðri kjálka ef endajaxla vantaði.

Það sem sagði fyrir um hversu líklegt var að bráðasjúkdómur (perikoronit) ætti sér stað á tímabilinu vegna neðri-kjálkaendajaxls var:

Ef hann var að hluta innilokaður, halli í distal átt á jaxlinum, stækkað follekul. Í efri kjálka eingöngu ef hann var að hluta innilokaður. Áhættan við 24,4 ára aldur var 0,5 ef að hluta innilokaður, halli distalt 0,6 og stækkað follekul 1,0.

Niðurstöður þessarar rannsóknar koma að góðu gagni þegar ráð eru gefin einstaklingum um hvort eigi að fjarlægja endajaxla eða ekki við 20 ára aldur.

Það er auðveld ákvörðun að fjarlægja endajaxla sem hafa valdið sjúkdómi í aðliggjandi vefjum eða þeir eru skemmdir. Það virðist vera almenn fagleg sátt um að mæla með brottnámi endajaxls sem ekki hafa komið fram í normal bit við 25 ára aldur. Eftir þann aldur hækkar tíðni á aukaverkunum, jafnvel varanlegum taugaskaða á n. mentalis.

Þegar lagt er mat á hvort mælt sé með að endajaxlar séu fjarlægðir eða hafðir undir eftirliti er leitast við að meta það einstaklingsbundið hvor leiðin er valin. Það mat fer eftir aldri, líkamlegu ástandi, félagslegum aðstæðum, einkennum einstaklingsins ásamt klínískri skoðun og niðurstöðu úr röntgenrannsóknum. Stuðst er við þekkingu sem byggir á rannsóknum og endurmenntun. Þannig er leitast við að meðhöndla einstaklinga en ekki fjöldann.

Endajöxlum sem ekki eru fjarlægðir ber að fylgjast náið með þar sem þeir geta valdið alvarlegum sjúkdómum án einkenna.

Heimildaskrá:

- R. A. Bruce, G. C. Fredrickson, and G. S. Small. Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery. *JADA* 101:240-245, 1980.
- Å. Nordenram, M. Hultin, O. Kjellman, and G. Ramström. Indications for surgical removal of the mandibular third molar. *Swed dent J* 11:23-29, 1987.
- K. Knutsson, B. Brehmer, L. Lysell, and M. Rohlin. Pathoses associated with mandibular third molars subjected to removal. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 82 (1):10-17, 1996.
- M. Ahlqvist and H-G. Gröndahl. Prevalence of impacted teeth and associated pathology in middle-aged and older Swedish women. *Community Dent Oral Epidemiol*:116-119, 1990.
- T. P. Osborn, JR G. Frederickson, I. A. Small, and T. S. Torgerson. A Prospective Study of Complications Related to Mandibular Third Molar Surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 43:767-769, 1985.
- M. P. D. de Boer, G. M. Raghoobar, B. Stegenga, P. D. Schoen, and G. Boering. Complications after third molar extraction. *Quintessence Int.* 26 (11):779-784, 1995.
- B. Lindqvist and B. Thilander. Extraction of third molars in cases of anticipated crowding in the lower jaw. *Am J Orthod* 81 (2):130-139, 1982.
- M. E. Richardson. Orthodontic Implications of Lower Third Molar Development. *Dental Update*:96-102, 1996. 0
- V. Van Gool, J. J. Ten Bosch, and G. Boering. Clinical consequences of complaints and complications after removal of the mandibular third molar. *Int J Oral Surg* 6:29-37, 1970
- C. McGrath, M. B. Comfort, E. C. M. Lo, and Y. Luo. Changes in life quality following third molar surgery-the immediate postoperative period. *Br Dent J* 194:265-7, 2003.
- E. K. Breivik and G. A. Björnsson. Variation in surgical trauma and baseline pain intensity: effects on assay sensitivity of an analgesic trial. *Eur J Oral Sci* 106:844-852, 1998.
- T. P. Osborn, JR G. Frederickson, I. A. Small, and T. S. Torgerson. A Prospective Study of Complications Related to Mandibular Third Molar Surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 43:767-769, 1985.
- D. S. Osthoff, E. Reinhart, S. Eulert, T. Betz, and J. Reuther. Intra- and postoperative complications of surgical removal of third molars. A retrospective analysis. *Int.J.Oral Maxillofac.Surg.* 30 (Supplement A):S25, 2001.
- J. Carter and L. Halperin. The effective age on the clinical outcome of third molar surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg* 30 (Supplement A):S55, 2001.
- A. L. Sisk, W. B. Hammer, D. W. Shelton, and E. D. Joy. Complications Following Removal of Impactet Third Molars. *J Oral Maxillofac Surg* 44:855-859, 1986.
- M. P. D. de Boer, G. M. Raghoobar, B. Stegenga, P. D. Schoen, and G. Boering. Complications after third molar extraction. *Quintessence Int.* 26 (11):779-784, 1995.
- P. E. Larsen. Alveolar osteitis after surgical removal of impacted mandibular third molars. Identification of the patient at risk. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 73 (4):393-397, 1992.
- F. Song, D. P. Landes, A-M. Glenn, and T. A. Sheldon. Prophylactic removal of impacted third molars: an assessment of published reviews. *Br Dent J* 182:339-346, 1997.
- L. A. Assael. Editoriaal. Impacted teeth: Reflection on Curran, Kugelberg, and Rood. *J Oral Maxillofac Surg* 60:611-612, 2002.
- A. E. Curran, D. D. Damm, J. F. Drummond. Pathologically significant pericoronar lesions in adults: Histopathologic evaluation. *J Oral Maxillofac Surg* 60:613-618, 2002.
- R. H. Haug, M. J. Hoffman, and A. T. Indresano. An Epidemiologic and Anatomic Survey of Odontogenic Infection. *J Oral Maxillofac Surg* 49:976-980, 1991.
- A. R. Samsudin and D. A. Mason. Symptoms from impacted wisdom teeth. *Brit J Oral Maxillofacial Surg* 32:380-383, 1994.
- AAOMS. Report of a Workshop on the Management of Third Molar Teeth. *J Oral Maxillofac Surg* 52:1102-1112, 1994.
- Irja Venta. Thesis. Helsinki 1993.