

Prosjektoppgave for integrert mastergradsstudium i odontologi

Pasienterfaringer med ubehandlede visdomstenner

en spørreundersøkelse



prestige-dental-care.com

**Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen
Bergen, januar 2015**

Skrevet av:

Stud. Odont. Helene Reime Hellem

Stud. Odont. Marte Kjersheim

Veileder:

Professor Trond Inge Berge



Innholdsfortegnelse

• Sammendrag / abstract	3
• Innledning	4
○ Vanskelig renhold	4
○ Perikoronitt	5
○ Karies	5
○ Plassmangel	6
○ Posisjon av visdomstenner	7
○ Problemstilling	8
• Metode	9
• Resultater	10
• Diskusjon	16
• Konklusjon	20
• Takk til	20
• Referanser	21

Sammendrag

Formålet med undersøkelsen var fra et pasientperspektiv å kartlegge forhold ved visdomstenner før de ble fjernet, opplevelser av smertene og årsakene til fjerning. Data ble innsamlet gjennom spørreskjema ved en privatklinikk. Smerte i forbindelse med visdomstenner var et utbredt problem. Flere menn enn kvinner oppgav erfaring med visdomstannrelaterte smerter. De fleste opplevde smerte i alderen 16-35 år, og hyppigst i underkjeven. Mest anvendte behandling var ekstraksjon. Få fikk annen behandling før eventuell ekstraksjon, men hos disse var antibiotika mest brukt. Den hyppigst oppgitte grunnen for fjerning var plassmangel. Tendensen til fjerning økte med økt utdanningsnivå, men viste ingen sammenheng med arbeid eller inntekt. En del inkonsistente svar ble registrert, og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

Abstract

The aim of this survey was to investigate conditions associated with wisdom teeth before extraction, the experience of pain and perceived reasons for removal, all from a patient perspective. Data were collected through questionnaires at a private dental clinic. Pain associated with wisdom teeth was frequent. More men than women experienced pain related to wisdom teeth. A majority of the participants experienced pain between the age of 16-35 years, and most frequently in the lower jaw. The most common treatment of symptomatic wisdom teeth was extraction. A few participants received treatment before extraction, and antibiotics were then the most frequently used type of treatment. Lack of space was the most frequently perceived as reason for removal. The tendency to have the wisdom teeth removed increased with increased level of education, but showed no association with work situation or income. Some inconsistent answers were recorded, and the results must therefore be interpreted with caution.

Innledning

Denne oppgaven er en prosjektoppgave ved mastergradstudiet i odontologi. I oppgaven har vi valgt å undersøke ulike årsaker til fjerning av visdomstenner. Visdomstenner, også kalt tredje molar, er posisjonert lengst posteriort på kjevekammen, men det er også vanlig at tannen bare erupterer partielt eller aldri erupterer og forblir omkranset av alveolarbeinet i kjevebuen. Hos dagens mennesker har visdomstenner den høyeste frekvensen av malplassering i kjevebuen, impaksjon og agenesi. Dette kan forklares med at visdomstenner er de eneste tennene som utvikles først etter fødselen, og har forventet erupsjonstid i alderen 16-24 år ⁽¹⁾.

En teori er at betydelig mykere kost og bedret hygiene har ført til at vi ikke har det samme behovet for å erstatte tapte tenner med visdomstenner som tidligere. Vi har i dag mindre tanntap hos unge, og dette fører ofte til dårlig plass når visdomstenner erupterer. Resultatet kan vi se som innkilte tenner, tenner som erupterer partielt eller i feil aksestilling, tenner som blir vanskelige å holde rene og som kan ende opp med perikoronitt, karies etc. ⁽¹⁾.

Visdomstenner og mulige komplikasjoner er ofte stilte spørsmål fra pasient til behandler, og som tannlegestudenter får vi ofte spørsmål om visdomstenner fra pasienter på skolen, men også mye i dagliglivet generelt. Både venner, familie og bekjente berøres av disse tennene, og derfor ønsker vi å kunne gi noen utdypende svar.

Ved universitetet i Oslo ble det i 2006 skrevet en oppgave om forekomsten av visdomstenner blant tannlegestudenter, mulighet for nær relasjon til nervus alveolaris inferior og faktisk kontakt, vurdering av indikasjoner for fjernelse av visdomstenner og postoperative komplikasjoner ⁽²⁾. Vi ønsket å undersøke en annen pasientgruppe som er bedre sammenlignbar med den gjennomsnittlige befolkningen enn tannlegestudenter selv.

Vanskelig renhold

Den posteriore plasseringen på kjevekammen vanskeliggjør adekvat renhold av visdomstenner, grunnet både redusert innsyn og utfordrende bruk av hygienemidler som tannbørste og tanntråd. Operculum på partielt erupterte visdomstenner utgjør også en barriere. Uadekvat renhold fører til plakkakkumulering som igjen kan resultere i perikoronitt og/eller karies. Dette fører til at noen partielt eller fullstendig erupterte visdomstenner fjernes for å hindre residiv av perikoronitt, eller som alternativ til konserverende behandling.

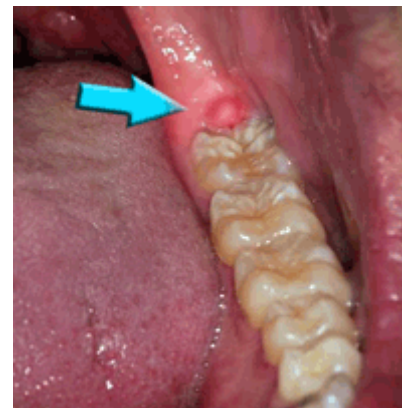
Profylaktisk fjerning av visdomstenner defineres som fjerning av impakterte visdomstenner uten lokale symptomer for å forhindre sykdom. Flere årsaker er gitt for profylaktisk fjerning. De har ikke alltid en funksjonell rolle i munnen, og kan utvikle en rekke patologiske tilstander som for eksempel perikoronitt, karies, resorpsjon av nabotann og utvikling av cyster ⁽³⁾.

Perikoronitt

Perikoronitt er en inflammasjon i bløtvevet rundt en partielt- eller fullt eruptert tann. Tilstanden er oftest forbundet med partielt erupterte visdomstenner ⁽⁴⁾. Inflammasjonen kan oppstå som en følge av bakterieplakk og mat som samler seg under tannkjøttet rundt en partielt eruptert tann. Tenner som ligger vanskelig til for adekvat renhold er også i faresonen for at en slik tilstand kan oppstå. De mest vanlige symptomene inkluderer hevelse i tannkjøttet, lokal ømhet/smerter og vond smak i munnen ⁽⁵⁾. Mer alvorlige symptomer er trismus, feber, dysfagi, produksjon av puss og regionalt forstørrede lymfekjertler ⁽⁴⁾. I de mest alvorlige tilfellene kan luftveiene bli truet. Studier viser at aldersgruppen 16-30 år er mest utsatt for denne typen betennelse ⁽⁴⁾. En akutt perikoronitt er som regel en forbigående tilstand, men uten tiltak kan tilstanden komme tilbake etter en viss tid.

Perikoronitt kan, i tillegg til symptomer som smerte, direkte påvirke pasientenes daglige liv. Studier viser at det er en korrelasjon mellom perikoronitt og nedsatt livskvalitet ⁽⁶⁾. Det er blitt vist store forskjeller i livskvalitet hos en gruppe med perikoronitt før og etter fjerning av visdomstannen ⁽⁷⁾. Undersøkelsen ble gjort med spørreskjema gitt til den aktuelle gruppen før og etter inngrepet.

Det finnes ulike måter å behandle perikoronitt på. Den mest effektive endelige behandlingen er ekstraksjon av tannen ⁽⁸⁾. Initiale metoder er kirurgisk fjerning av tannkjøttslappen som ligger over en partielt eruptert tann (operculum), skylning med saltvann rundt tannen, effektivisering av renhold, antibiotika og bruk av antimikrobielt skyllemiddel.



Viser tann 38 med perikoronitt.
healthproductsamerica.com

Karies

Den første overflaten som eksponeres i munnhulen etter erupsjon er okklusalflaten, og okklusalflaten på visdomstenner har ofte dype fissurer. Dette fissursystemet er mottakelig for akkumulering av biofilm. I en rapport fra «National Institutes of Health» sies det at karies er en sykdom som krever tilstedeværelse av spesifikke bakterier i biofilmen. Disse bakteriene danner kolonier og produserer syre fra vertens inntak av karbohydrater, som over tid kan føre til utvikling av dental karies ⁽⁹⁾.

I en klinisk studie med en median oppfølgingstid på 2,9 år fant en at pasientgruppen på over 25 år hadde flere karieslesjoner i visdomstenner enn gruppen på 25 år og yngre (43 % mot 9 %). Etter oppfølging ble resultatet mer utvikling av karies i visdomstenner hos den yngre

gruppen enn hos den eldre gruppen (19 % mot 9 %). Mandibulære visdomstenner hadde oftere karies enn maksillære visdomstenner, både ved baseline og ved oppfølging. Ved begge målinger hadde nesten alle pasienter med karies i visdomstenner også karies i første- og/eller andremolar, noe som indikerer at okklusale kariesangrep er en kontinuerlig prosess i alle jeksler med de gitte forholdene, ikke bare visdomstenner ⁽¹⁰⁾.



Noen mener at studier bekrefter sammenheng mellom partielt erupterte mandibulære visdomstenner og utvikling av cervikale kariesangrep distalt på andre molar. De anbefaler derfor profylaktisk fjerning av visdomstenner i denne posisjonen. Mesioangulær posisjonering vil ikke alltid føre til karies på nabotann, og mange visdomstenner fjernes på grunn av perikoronitt og andre årsaker før eventuell karieslesjon oppstår ⁽¹¹⁾.

*Viser kariesangrep i visdomstann.
nunezdental.com*

Dental karies er den vanligste årsaken til at det kan oppstå en pulpitt. Symptomer kan være smerte og følsomhet for varme, kulde og søte stoffer. I senere stadier kan en pulpitt gi voldsomme smerter som krever endodontisk terapi eller fjerning av tannen ⁽¹²⁾.

Plassmangel

Når kronen til visdomstenner er større enn plassen mellom andre molar og anteriore begrensning av ramus, er det ikke plass til at visdomstenner kan eruptere skikkelig. En årsak til dette er at visdomstenner er de siste tennene som bryter frem, og plassen er derfor allerede okkupert av tidligere erupterte tenner. Dette kan medføre at en visdomstann blir impaktet eller at den partielt erupterer. Visdomstenner erupterer vanligvis etter avsluttet vekst av kjeven, og eventuelle plassproblemer forblir permanente ⁽¹³⁾. En teori er at det kan oppstå smerter/ubehag i forbindelse med trykk fra en erupterende visdomstann der det er liten plass.

Noen mener at press fra visdomstenner påvirker plassforholdene i underkjevens front. Tanken er at trykket fra visdomstenner presser på nærliggende tenner, og at det oppstår trangstilling i underkjevens front som følge av dette. En oversikt konkluderte med at de fleste undersøkelser ikke støtter denne teorien, og at det derfor ikke er anbefalt å trekke visdomstenner for å forebygge plassmangel i fronten ⁽¹⁴⁾.

Posisjon av visdomstener

Det er ulike systemer en kan bruke ved klassifisering av roterte visdomstener. Det mest vanlige er hvordan lengdeaksen til visdomstener ligger i forhold til lengdeaksen til den nærliggende andre molar. Det er ulike typer rotasjoner ⁽¹⁵⁾:

Mesioangulær posisjon av visdomstener er den mest vanlige og inkluderer ca. 43 % av alle impakterte visdomstener. Da ligger kronen til visdomstannen mesialt mot andre molar.

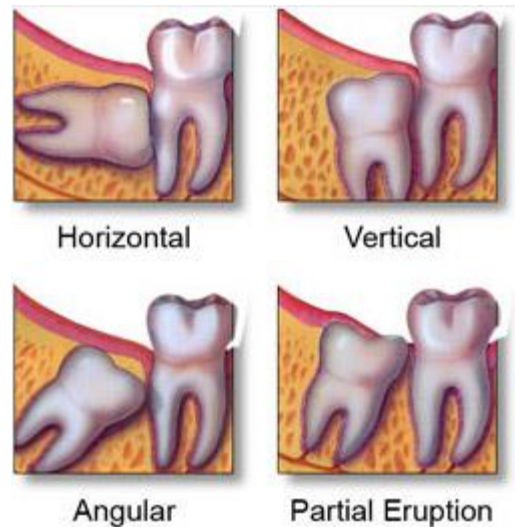
Vertikal posisjon er mest vanlig, etter mesioangulær posisjon, og står for ca. 38 % av alle impakterte visdomstener. Lengdeaksen av tannen ligger da parallelt med lengdeaksen til andremolar.

Distoangulær posisjon er den minst vanlige posisjonen og står for rundt 6 % av alle impakterte visdomstener. Ved denne type posisjon ligger kronen til visdomstannen mot det distale, det vil si den anteriore begrensningen av ramus.

Horisontal posisjon er mindre vanlig og omtrent 3 % av impakterte tenner i underkjeven ligger i denne posisjonen. Det er ikke vanlig at visdomstener i overkjeven har denne typen posisjon. I disse tilfellene ligger visdomstannen vinkelrett mot andre molar med kronen mot det mesiale.

Visdomstener ligger i ulik dybde i kjeven. De som er retinerte har bløtvevsdekke og i noen tilfeller hardvevsdekke, og er ikke synlige i munnhulen. Visdomstener som er plassert mer superiort, kan være partielt erupterte. De har da kommunikasjon til munnhulen og kan være synlige ved at deler av kronen er eruptert, men kan mangle fullstendig erupsjon på grunn av plassmangel.

Det er spesielt i underkjeven av det oppstår problem med visdomstener. Normalt ligger anlegget til en underkjeve visdomstann i en horisontal posisjon. Når tannen begynner å vokse samtidig som kjeven blir større, skal normalt underkjeve visdomstannen rotere fra horisontal posisjon til mesioangulær posisjon, og til slutt til en vertikal posisjon ⁽¹⁵⁾. Svikt i denne rotasjonen mener noen er hovedårsaken til at underkjevens visdomstener blir impakterte, da i en horisontal posisjon eller i en mesioangulær posisjon. I en slik situasjon vil visdomstannen bli kilt fast mot andre molar, og bli helt eller delvis hindret i å eruptere. En annen viktig årsak til at en visdomstann blir impaktert er, som nevnt før, plassmangel.



Viser 3 ulike typer rotasjoner av visdomstener og en variant av partial erupsjon.
drummoynedentalpractice.com

Det er da for liten plass mellom andre molar og anteriore begrensning av ramus til at visdomstannen kan eruptere normalt.

I tillegg til rotasjon kan en visdomstann være displasert. Det vil si at den ligger utenfor tannbuen, for eksempel vil den komme plassert ut mot kinnnet i en bukkal posisjon.

Problemstilling

Målet med denne studien var å kartlegge og analysere pasientenes erfaringer i forbindelse med ubehandlede visdomstenner, spesielt med tanke på smerte, samt erfaringer med behandlinger av visdomstenner.

Metode

For å samle inn data til studien ble det utformet et spørreskjema. Skjemaet var på fire A4-sider, en side med informasjon og tre sider med til sammen 16 ulike spørsmål om alder, kjønn, utdanningsnivå, inntekt, arbeidssituasjon, om vedkommende har eller har hatt visdomstenner og flere oppfølgingsspørsmål om eventuelle symptomer og/eller behandlinger av disse. Spørsmålene ble besvart ved avkrysning av mellom 2 til 6 forhåndsformulerte svaralternativer. Hvis pasienten krysset av for alternativet «nei» på spørsmålet om å ha eller ha hatt en eller flere visdomstenner, takket vi for deltagelsen og ba dem levere skjemaet uten å fylle ut videre.

Vi fikk tillatelse til å levere ut skjemaer på Arken tannlegesenter, en privatklinikk på Åsane storsenter like utenfor Bergen sentrum. Med hjelp av flere medstudenter som arbeider der ulike ettermiddager, fikk vi til slutt samlet inn 77 utfylte skjemaer i løpet av en tidsperiode fra april til oktober 2014.

Deltagelse i spørreundersøkelsen var fullstendig frivillig og helt anonym. På fremsiden av skjemaet som ble utlevert var det presisert at informasjonen kunne bli brukt i undervisningssammenheng og i publiserte artikler, men at det ikke kunne spores tilbake til vedkommende. Pasientene fikk tilbud om å delta i undersøkelsen da de meldte seg i resepsjonen. Tanken var at de kunne fylle ut skjemaet mens de ventet på å få komme inn til tannlegen. Om de ønsket å delta, leverte de sitt ferdigutfylte skjema i resepsjonen før de forlot klinikken.

Ved ferdig innsamling ble svarene plottet inn i et excel-dokument, og ved hjelp av dataprogrammet IBM SPSS versjon 22 fikk vi ut frekvenstabeller for de ulike spørsmålene. Analysene ble gjort ved krystabeller og Chi-Square signifikant-tester.

Resultater

Totalt 77 personer svarte på undersøkelsen. Disse var i alderen mellom 20 - 70 år (n=56). Av respondentene var 58 % menn og 42 % kvinner (n=76). Det var flest personer i aldersgruppen 30 år eller yngre (34), mens resten var jevnt fordelt i gruppene 31-39 år (14), 40-45 år (14) og 52 år eller eldre (14). Kjønnfordelingen var lik i de ulike aldersgruppene.

Universitet- eller høyskoleutdanning var høyeste utdanning for 32 (43 %) av de som deltok i undersøkelsen, fulgt av 23 (31 %) med videregående, 15 (20 %) med yrkesfag og 4 (6 %) med ungdomsskole (n=74).

Tabell 1: Fordeling av arbeidssituasjon blant 59 respondenter

Arbeid	n	Prosent
Ansatt	45	76,3 %
Selvstendig næringsdrivende	7	11,9 %
Elev/student	4	6,8 %
Annet	3	5,1 %
Total	59	100,0 %
Ikke svart	18	

Et flertall av respondentene var ansatte, oppfulgt av selvstendig næringsdrivende. Få av respondentene var elever, studenter eller annet.

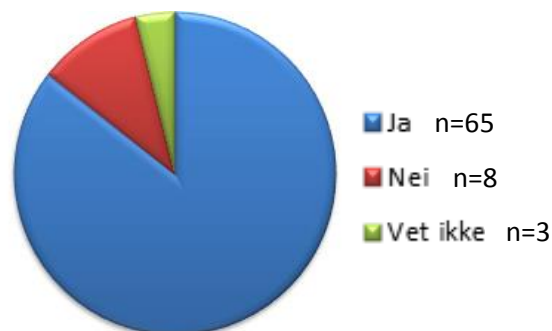
Tabell 2: Fordeling av inntekt blant 75 respondenter

Inntekt	n	Prosent
Inntil 100 000 kr	4	5,3 %
100 - 200 000 kr	3	4,0 %
200 - 500 000 kr	35	46,7 %
Over 500 000 kr	32	42,7 %
Ønsker ikke å svare	1	1,3 %
Totalt	75	100,0 %
Ikke svart	2	

Totalt 90 % hadde en inntekt på 200.000 kroner eller mer.

På spørsmålet «Har eller har du hatt en eller flere visdomstenner» svarte 86 % av respondentene ja, 10 % svarte nei, mens 4 % visste ikke (n=76). De som svarte nei på spørsmålet ble ekskludert fra videre analyser.

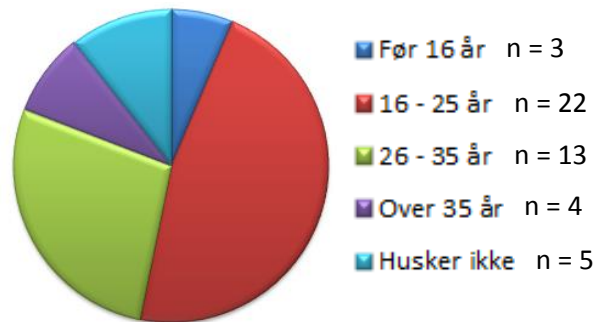
Figur 1: Fordeling av svar på spørsmålet «Har eller har du hatt visdomstenner?»



Av de 68 gjenværende respondentene svarte 41 (60 %) at de har hatt smerter i forbindelse med visdomstenner, 24 (35 %) har aldri hatt smerter, mens 3 (5 %) visste ikke.

Av respondentene som har eller har hatt visdomstenner, er 61,5 % menn og 38,5 % kvinner. 63,4 % av mennene med visdomstenner svarte at de har hatt smerter og/eller ubehag i forbindelse med visdomstenner, mens 36,6 % av kvinnene svarte det samme.

Figur 2: Alder ved første smerteepisode



Et flertall opplevde smerter i forbindelse med visdomstenner første gang mellom 16-35 år.

Av de 47 som har svart på spørsmålet om i hvilken kjeve smertene har oppstått, har 7 (15 %) oppgitt smerter i overkjeven, 17 (36 %) i underkjeven, 12 (26 %) hadde fått problemer i begge kjevene, mens 11 (23 %) visste ikke i hvilken kjeve smertene kom fra.

Av de 47 som svarte på om de har fått behandling mot smertene, svarte 32 (68 %) at de aldri har fått noen behandling (før eventuell fjerning), 11 (23 %) hadde fått behandling og 4 (9 %) visste ikke.

Elleve respondenter svarte at de hadde fått annen behandling av smertene før eventuell fjerning. 6 av disse (55 %) tilhørte aldersgruppen 30 år eller yngre, mens ingen tilhørte gruppen på 52 år eller eldre.

Tabell 3: Ulike typer behandling utenom fjerning (flere svar mulig)

Ulike typer behandling utenom fjerning	n	Prosent
Fjerning av tannkjøtt/operculum	4	18,2 %
Bruk av bakteriedrepende skyllemiddel	4	18,2 %
Antibiotika	10	45,5 %
Fjerning av tannkjøtt i kombinasjon med bruk av bakteriedrepende skyllemiddel	1	4,5 %
Bruk av bakteriedrepende skyllemiddel i kombinasjon med solobørste	2	9,1 %
Antibiotika i kombinasjon med skylking under tannkjøtt/rundt visdomstann.	1	4,5 %
Totalt	22	100,0 %
Ikke svart	55	

Åtte respondenter svarte negativt på spørsmålet om annen behandling mot smerte enn ekstraksjon, samtidig som de oppga type behandling i oppfølgingsspørsmålet. Antibiotika var oppgitt som mest brukt av annen behandling.

Av de som har hatt smerter i forbindelse med visdomstenner, har 18 (45 %) hatt smerter én gang. 10 (25 %) har opplevd at smertene har oppstått to ganger, 3 (5 %) tre ganger og 10 (25 %) har hatt smerter fire ganger eller mer (n=41). Én respondent har ikke svart på spørsmålet om antall smerteepisoder.

Tabell 4: Oppgitte tidsintervaller mellom smerteepisoder

Tid mellom smerteepisoder	n	Prosent
1 - 3 uker	7	35,0 %
1 - 12 måneder	6	30,0 %
1 - 2 år	3	15,0 %
2 år eller mer	4	20,0 %
Totalt	20	100,0 %
Ikke svart + husker ikke	57	

Av de som hadde opplevd smerter i forbindelse med visdomstenner ved flere anledninger, har de fleste svart at de ikke husker tidsintervallet mellom smertene.

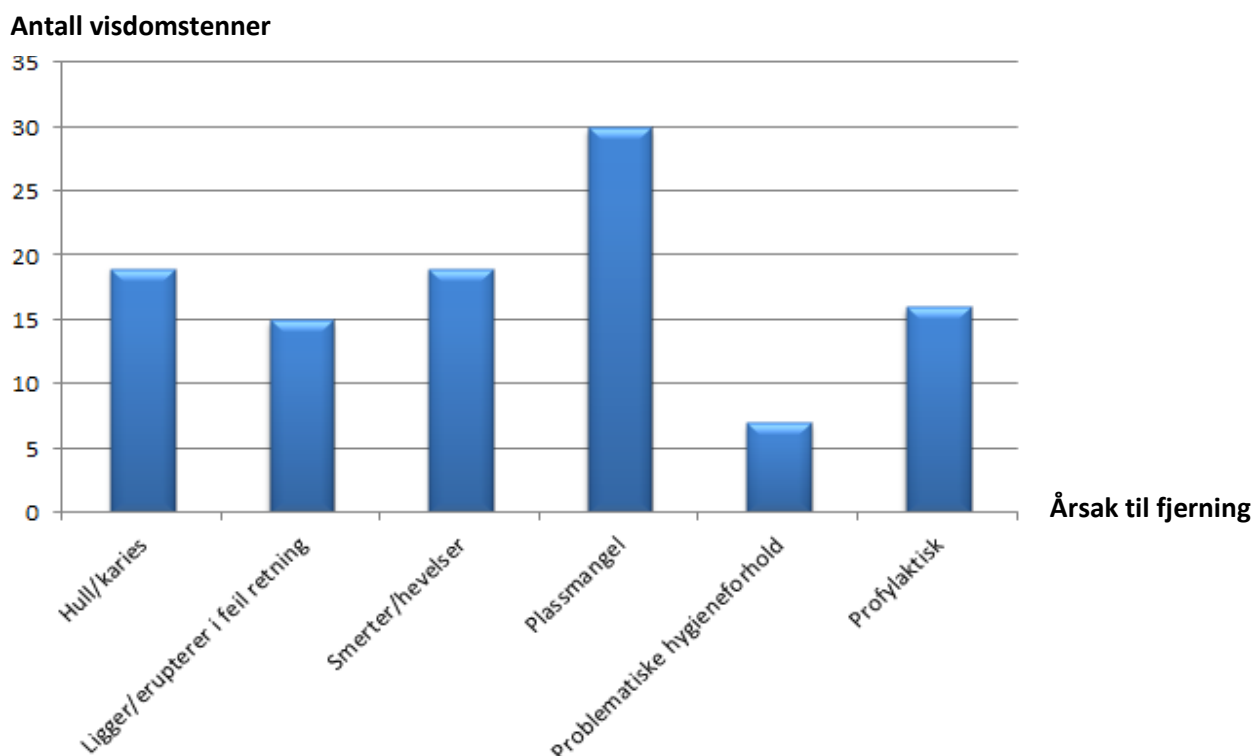
På spørsmålet «Har du fått fjernet ut visdomstenner?» svarte 46 (72 %) av respondentene ja, 17 (27 %) svarte nei, og én respondent visste ikke om det var blitt fjernet visdomstenner eller ikke (n=64).

Tabell 5: Antall visdomstenn fjernet per respondent

Antall visdomstener fjernet per respondent	n	Prosent
1	14	30,4 %
2	12	26,1 %
3	9	19,6 %
4	9	19,6 %
Vet ikke	2	4,3 %
Totalt	46	100,0 %
Ikke svart	31	

Til sammen hadde 56,5 % av respondentene fjernet en eller to visdomstener, mens 39,2 % hadde fjernet tre eller fire. 4 % visste ikke hvor mange visdomstener som var blitt fjernet (n=46).

Figur 3: Oppgitte årsaker til fjerning av visdomstenner



Det var 13 respondenter som svarte at det til sammen ble fjernet nitten visdomstenner på grunn av karies. Av disse fjernet 10 respondenter én visdomstann, mens 1 respondent fjernet henholdsvis to, tre og fire visdomstenner.

Ti respondenter svarte at til sammen femten visdomstenner lå eller erupterte i feil retning, og at dette resulterte i fjerning. 7 svarte at én visdomstann var blitt fjernet av denne årsaken, 2 svarte to visdomstenner og 1 respondent svarte fire.

Femten respondenter har hatt smerter/hevelse som førte til fjerning av nitten visdomstenner. 13 har fjernet én visdomstann, mens 1 respondent har fjernet henholdsvis to og fire visdomstenner.

Sytten hadde problemer med plassmangel, som førte til fjerning av tretti visdomstenner. 9 svarte at én visdomstann var blitt fjernet, 4 svarte to, 3 svarte tre og 1 svarte fire.

Femten respondenter anga vanskelig renhold som årsak, og sju visdomstenner ble fjernet som følge av dette. 4 av disse fikk fjernet én visdomstann, mens 1 fjernet tre.

Ti svarte at de fikk fjernet visdomstenner med profylaktisk hensikt, til sammen seksten visdomstenner. 7 fikk én visdomstann fjernet, mens 1 respondent fikk fjernet henholdsvis to, tre og fire visdomstenner.

Fem av respondentene svarte at de ikke visste årsaken til at de fikk fjernet en eller flere visdomstenner.

Tabell 6: Registrerte svar på spørsmål relatert til smerte

Spørsmål	Antall svar
Har du noen gang hatt smerter eller ubehag fra en visdomstann? (alternativ JA)	41
Ved hvilken alder fikk du først smerter i forbindelse med en visdomstann?	47
Har smerten/ubehaget oppstått i overkjeven eller underkjeven?	47
Fikk du behandling for å lindre smerten?	47
Hvor mange ganger har du hatt smerter i forbindelse med samme visdomstann?	40
Hvor lang tid har det i gjennomsnitt gått mellom hver gang smerte/ubehag har oppstått?	36

Tabellen viser en oversikt over registrerte svar på flere ulike spørsmål relatert til smerte. Det er 41 respondenter som har svart «ja» på spørsmålet «har du noen gang hatt smerter eller ubehag fra en visdomstann». På resterende fem spørsmål er tallet i tabellen antall respondenter uansett svaralternativ.

Tabell 7: Sammenheng mellom smertealder og fjerning av visdomstenner

Smertealder	Fjernet visdomstenner			Total
	Ja	Nei	Vet ikke	
Før 16	3	0	0	3
16 - 25	18	4	0	22
25 - 35	13	0	0	13
over 35	3	0	1	4
Husker ikke	3	2	0	5
Total	40	6	1	47

$p=0,025$

Sammenligning av smertealder og fjerning av visdomstenner ga signifikante resultater. Av respondentene som fikk smerter i forbindelse med visdomstenner før fylte 16 år, fikk 100 % fjernet disse tennene, og det samme gjaldt aldersgruppen 25-35 år. Av de som fikk smerter første gang i alderen 16-25 år, fikk 81,8 % fjernet de aktuelle tennene.

Det er en signifikant sammenheng mellom smerte og fjerning av visdomstenner. Av respondentene som rapporterte å ha hatt smerter i forbindelse med visdomstenner, har 85,1 % av dem fått dem fjernet.

Av respondentene som har svart at de har hatt smerte i forbindelse med visdomstenner, har 10 av dem fått annen type behandling før eventuell fjerning, 26 har ikke fått annen behandling, og 4 har svart at de ikke vet om de har mottatt annen behandling eller ikke.

Tabell 8: Sammenheng mellom aldersgrupper og antall fjernede visdomstenner

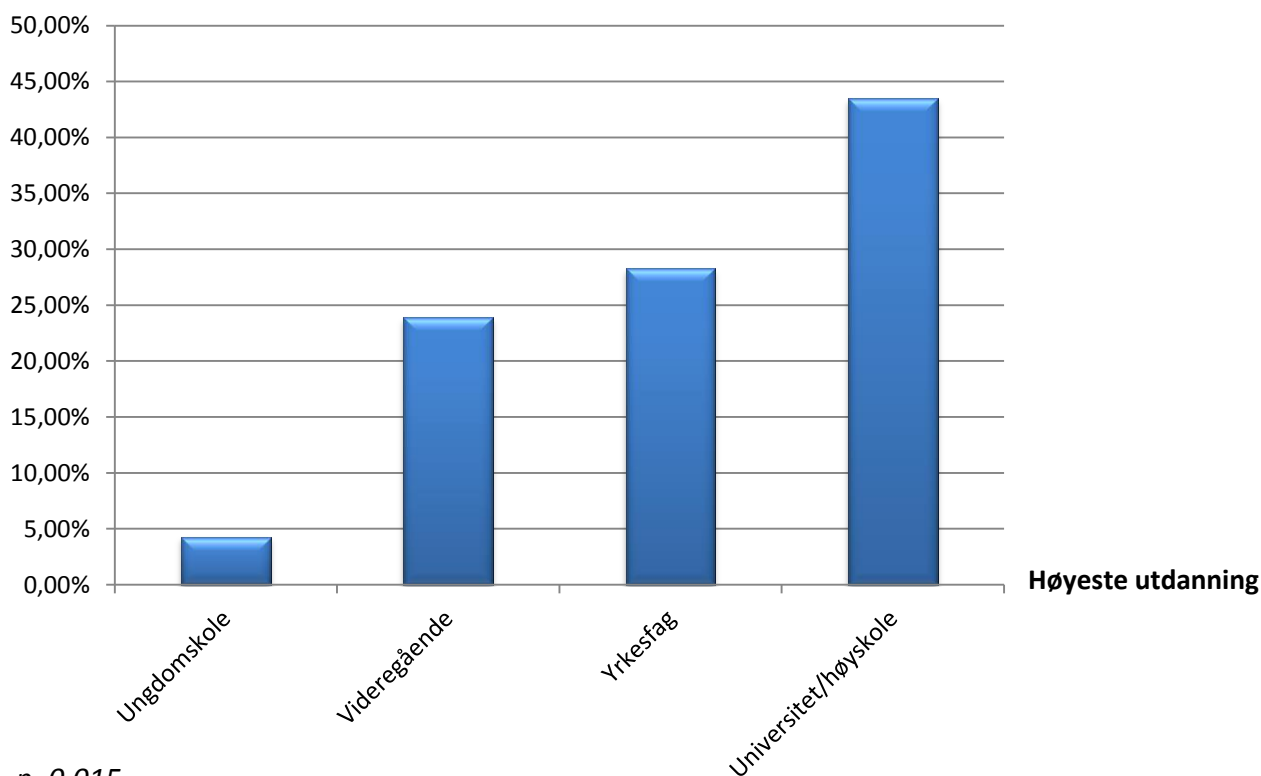
Aldersgrupper	Antall fjernede visdomstenner					Total
	1	2	3	4	Vet ikke	
30 år eller yngre	10	5	4	0	1	20
31-39 år	2	2	4	4	0	12
40-51 år	2	4	1	0	0	7
52 år eller eldre	0	1	0	5	1	7
Total	14	12	9	9	2	46

$p=0,003$

50 % av respondentene i aldersgruppen 30 år eller yngre hadde fjernet én visdomstann og ingen har fjernet alle fire. I aldersgruppen 52 år eller eldre har 71,4 % fjernet alle fire visdomstennene, mens ingen hadde fjernet én visdomstann alene.

Figur 4: Sammenheng mellom høyeste utdanning og fjerning av visdomstenner

Prosent fjernet



$p=0,015$

Det er en jevn økning i andelen som har fjernet visdomstenner fra laveste til høyeste utdanningsnivå. Av de som har fjernet har 4,3 % fullført grunnskolen og 43,5 % hadde universitet- eller høyskoleutdannelse. Resultatene viser at arbeid eller inntekt ikke har noen sammenheng med fjerning av visdomstenner.

Diskusjon

Innsamlingen av data har vist seg å være både tidkrevende og utfordrende med tanke på oppnå et representativt utvalg. Det ble først forsøkt å samle inn data på studentklinikken ved UiB, men vi fikk erfare at dette var ineffektivt. Dermed undersøkte vi blant instruktører og medstudenter om det var alternative distribusjonsmåter, og endte opp med å samle inn data på privatklinikken Arken tannlegesenter. Vi valgte en privatklinikk da vi var interesserte i pasienter fra 20 år og oppover, med tanke på erupsjonstid til visdomstenner. Arken tannlegesenter har lange åpningstider, også på kveldstid. Klinikken har åpent 365 dager i året. Åpningstidene gjør at pasientutvalget i klinikken kan skille seg noe fra utvalget i en privat klinikk med mer begrensede åpningstider. Arken tannlegesenter tar i mot flere akutte pasienter enn en vanlig privatklinikk, de reklamerer også for dette på sine hjemmesider.

Formulering av spørsmålene var en balanse mellom å skape forståelse hos pasientene, men samtidig å få den informasjonen vi var ute etter. Dette gjorde at problemstillingen vår ble mindre presis enn vi først hadde tenkt.

Vi ser av tabell 6 at antall respondenter på spørsmålene relatert til smerte, ikke samsvarer. På det første spørsmålet om respondenten har eller har hatt smerter i forbindelse med en visdomstann, indikerer tallet 41 antall avkryssinger på svaralternativ «ja». En ville ha forventet at følgespørsmål som omhandler smerter vil ha samme, eller lavere antall respondenter. Flesteparten av spørsmålene har imidlertid 47 respondenter. Årsaken kan være at respondentene kommer på at de har hatt smerter underveis i utfyllingen, uten å endre svaret på det første spørsmålet. På spørsmålet om antall ganger en har opplevd smerter i forbindelse med visdomstenner fantes ingen alternativ «vet ikke». Dette kan være noe av grunnen til at det her var kun 40 respondenter som svarte. Spørsmålet kan også være vanskelig å svare på, for eksempel hvis smerteepisodene fant sted for lenge siden. Det samme gjelder spørsmålet om hvor lang tid det i gjennomsnitt har gått mellom smertene oppstod, der vi kun har 36 respondenter. 47 er det høyeste antall svar på spørsmål om smerte, og er også det antallet som repeteres oftest. Ved videre sammenligning mellom smerte og andre faktorer, har vi derfor valgt å bruke antallet 47 da vi vurderer det som det mest reelle antall respondenter med smerteerfaring.

Vårt utvalg på 77 respondenter skiller seg fra den generelle norske befolkning ved at vi har begrenset oss til et utvalg personer mellom 20-70 år. Vi har ved analyse av utvalget sett på faktorene kjønn, alder, utdanning, inntekt og arbeid i forhold til den aktuelle aldersgruppen. Sammenlignet med tall fra SSB er det en liten overrepresentasjon av menn, men aldersfordelingen er representativ⁽¹⁶⁾. Respondenter med grunnskole som høyeste utdanning er noe underrepresentert. Samtidig som andel videregående- eller

universitet/høyskoleutdannede er noe overrepresentert ⁽¹⁷⁾. Majoriteten av respondentene lå i nærheten av den beregnede årslønningen for 2013 ⁽¹⁸⁾. Hele 88,2 % av respondentene var yrkesaktive. Dette kan forklares med at vårt utvalg kun omfatter personer over 20-70 år, og dermed ekskluderer en del av befolkningen som er for unge eller for gamle for et yrkesaktivt liv. Vi fant ingen sammenlignbare data for vår spesifikke aldersgruppe når det kom til arbeidssituasjon. Sammenligning med tall fra SSB viser dermed at utvalget til en viss grad er representativ for personer mellom 20 og 70 år, men gir en begrenset gyldighet for hele befolkningen.

Forekomst av visdomstenner varierer mye i befolkningen. I følge en oversiktsstudie utført i 2003 var det kun 6,5 % av 107 femtenåringer som manglet anlegg for samtlige fire visdomstenner. 78,6 % hadde ved sammenligning alle fire anlegg ⁽¹³⁾. Våre resultater viser samme høye forekomst, men en liten tendens til at flere menn enn kvinner har eller har hatt visdomstenner. Resultatene viser også at litt flere menn har hatt smerter i forbindelse med visdomstenner. Dette i motsetning til at kvinner generelt rapporterer mer smerte ⁽¹⁹⁾. En årsak kan være at kvinner ofte er mer observante når det gjelder sin egen tannhelse. En annen årsak kan være at menn ofte avventer å gå til tannlege før situasjonen er akutt. I og med at våre data kommer fra en privat klinikk der akuttpasienter mest sannsynlig er godt representert, kan dette ha påvirket resultatet.

Seksti prosent av våre respondenter har eller har hatt visdomstenner med smerter. Dette er med på å underbygge at problemer med visdomstenner er utbredt, og at informasjon rundt dette er viktig. Også en norsk studie viser at et snitt på 4,3 pasienter hver måned besøker allmenntannlege med problemer i forbindelse med en eller flere visdomstenner. Det kan bety at i et tidsintervall på 1 år vil cirka 20 % av pasienter med visdomstenner trenge behandling for symptomer i forbindelse med de aktuelle tennene ⁽²⁰⁾. Studien var basert på spørreskjema fra allmennpraktiserende tannleger.

I vårt utvalg oppgav flertallet å få smerter i forbindelse med visdomstenner i alderen 16-35 år. Dette kan i nedre del av aldersintervallet henge sammen med erupsjonstid for visdomstenner. Problemer med visdomstenner synes å gi symptomer i tidlig alder, og at personer sjeldent opplever smerte første gang i forbindelse med visdomstenner når de er passert 35 år. Funnene stemmer overens med tidligere studier som viste at perikoronitt er vanligst i alderen 16-30 år ⁽⁴⁾.

Av respondentene som har fått smerter i forbindelse med visdomstenner, har flesteparten fått smerter i underkjeven eller i begge kjever. Dette samsvarer med oppfattelsen om at det oftest oppstår problemer og smerter i forbindelse med visdomstenner i underkjeven, som beskrevet i innledningen.

Få av våre respondenter har fått utført annen type behandling før eventuell ekstraksjon av

visdomstenner med symptomer. Det er flere som har svart på hvilken type behandling de har fått, enn som har svart «ja» på om de har fått annen type behandling. En kan derfor anta at noen ikke har forstått sammenhengen mellom spørsmålene. Lav svarprosent og usammenhengende svar på spørsmålet om ulike typer annen behandling enn ekstraksjon, gjør resultatene usikre. Antibiotika er angitt som den mest brukte av andre typer behandlinger. Unødvendig bruk av antibiotika kan føre til resistensutvikling hos bakterier og sensibilisering av pasientene. Svarene kan tyde på at det er et overforbruk av antibiotika ved smertetilstander ved visdomstenner. En mulig forklaring til at få har fått utført annen type behandling, er at ekstraksjon er ansett som den mest effektive behandlingen av visdomstenner med komplikasjoner.

I aldersgruppen 30 år eller yngre oppga hele 55 % å ha fått annen behandling før ekstraksjon. Til sammenligning fikk ingen i aldersgruppen 52 år eller eldre annen type behandling, selv om de gjennom et lengre liv kan ha hatt flere problemer i forbindelse med visdomstenner som kan ha ført til behov for behandling. Dette kan indikere at de ikke husker tidligere episoder med symptomer, eller at disse smerteepisodene har vært mindre intense.

Opplevelse av smerter i forbindelse med visdomstenner én gang er oppgitt av 45 % av respondentene. En mulig forklaring kan være at en del pasienter fjerner visdomstenner etter første gangs smerter. I dag er vanligste behandling mot problemer/smerter i forbindelse med visdomstenner ekstraksjon, og på den måten permanent fjerne årsaken til smertene.

På spørsmålet om tidsintervall mellom smerteepisoder var svarene jevnt fordelt . De fleste respondentene oppgav at de ikke husket tid mellom de ulike smerteepisodene. En forklaring kan være at det er lenge siden problemene oppstod, og at det er vanskelig å huske tidsintervall langt tilbake i tid. Også her kan smerteepisodene ha vært av begrenset intensitet og dermed vanskelig å huske.

Andelen av utvalget som hadde fått fjernet en eller flere visdomstenner, var 72 %. Én respondent husket ikke om det var blitt fjernet visdomstenner eller ikke. Fjerning av visdomstenner ser ut til å være noe pasienten husker godt i ettertid. Årsaken kan være at opplevelse av ubehag/smerter og store inngrep etterlater større inntrykk enn et vanlig tannlegebesøk. Pasienter kan også bedre huske en ekstraksjon enn annen type behandling utført i forkant.

Den hyppigste oppgitte årsak til fjerning av visdomstenner er plassmangel. Visdomstenner er de siste tennene som erupterer i kjeven, og plassen i kjevekammen allerede kan allerede være okkupert av tidligere erupterte tenner. Siden veksten av kjeven er avsluttet, er det vanskelig og omfattende å behandle plassmangel på annet vis enn ekstraksjon av tannen ⁽¹³⁾. Ofte kan plassmangel føre til partielt erupterte tenner, som igjen kan føre til perikoronitt og/eller karies. Det kan dermed være en innfløkt årsakssammenheng for fjerning av visdomstenner, og som pasient kan det være vanskelig å få med seg hele bakgrunnen for

fjerning av den aktuelle tannen. Det kan også tenkes at noen pasienter har fjernet visdomstener på anbefaling av kjeveortoped, for å unngå trangstilling i front, selv om dette ikke er vitenskapelig dokumentert ⁽¹⁴⁾. Ulik tolkning av spørsmålet, og ulike svaralternativer som kan gå noe over i hverandre, gjør at tolkning av resultatet må gjøres med forsiktighet.

Majoriteten av de som har hatt smerter i forbindelse med en visdomstann, har fått ekstrahert den aktuelle tannen. Aldersgruppen som skilte seg ut var de mellom 16-25 år, hvor 18,2 % ikke fikk fjernet visdomstannen. De kan enten vente på behandling, avvete situasjonen siden de fortsatt er i ung alder, ikke følge opp videre behandling etter akuttbehandling eller være i en livssituasjon hvor tannhelse ikke prioriteres. Dersom de har opplevd smerte ved kun ett enkelt tilfelle, kan det ha vært erupsjonssmerter og dermed ikke krevd videre behandling. Smertene kan også ha andre patologiske opphav, som for eksempel karies, periodontal- eller pulpasykdom. Andre behandlingsformer kan da være adekvate og ekstraksjon kan unngås.

I vårt utvalg hadde 12,2 % av respondentene med tidligere smerteerfaring ikke fått fjernet den aktuelle visdomstannen. Dette er i samsvar med en longitudinell studie der 1/3 av deltagerne hadde symptomer i forbindelse med visdomstener, men 13 % av disse valgte ikke å ekstrahere de aktuelle tennene på tross av symptomene ⁽²¹⁾. Årsakene kan være de samme som nevnt over, eller at pasienten har fått annen type effektiv behandling enn ekstraksjon. Eksempel på dette er skylning med saltvann og/eller antibakterielt skyllemiddel, fjerning av operculum, antibiotikabehandling eller effektivisering av renhold. I vårt utvalg er det få respondenter som har fått annen type behandling før eventuell ekstraksjon. Annen type behandling kan bli sett på som mindre effektiv enn ekstraksjon, blant annet fordi residivtendensen er høy.

I aldersgruppen 31-51 år er det jevn fordeling av antall visdomstener hver respondent har fjernet. Derimot ser vi en tendens til at aldersgruppen 30 år eller yngre har fjernet få visdomstener. Halvparten har fjernet én visdomstann og 25 % har fjernet to, mens ingen har fjernet alle fire. I aldersgruppen 52 år eller eldre ser vi en motsatt tendens. Her har hele 71,4 % fjernet alle fire visdomstennene, mens ingen har fjernet kun én. Eldre mennesker har et lengre tidsrom bak seg hvor problemer i forbindelse med visdomstener kan ha oppstått, og også hatt lengre tid på seg til å få fjernet visdomstennene. Prioritering av tannhelse sammen med bedre økonomi, kan være årsaker til at flere i denne aldersgruppen har fjernet visdomstener. Sammenlignet med aldersgruppen 30 år og yngre, der livssituasjon og økonomiske forhold, for eksempel hos studenter, kan påvirke til utsettelse av ekstraksjon.

Våre resultater viser sammenheng mellom utdanning og fjerning av visdomstener, i motsetning til arbeid og inntekt. Høyere utdanning gir større sannsynlighet for å ha fjernet visdomstener. En forklaring kan være at personer med høyere utdanning er mer opptatte av tannhelse, og følger i større grad anbefalinger fra tannhelsepersonell.

Konklusjon

Undersøkelsen viste at smerteerfaringer knyttet til visdomstenner var et utbredt problem blant våre respondenter. Flertallet fikk visdomstenner, og over halvparten av disse opplevde smerter i forbindelse med dem. Smertene oppstod som regel i tidlig alder, og hyppigst i underkjeven.

Smarter i munnen er ofte vanskelige å lokalisere, og kan ha en kompleks årsakssammenheng. Det gjør det utfordrende for pasienter å svare korrekt på årsak til problemer rundt visdomstenner. I vår studie var hyppigst oppgitte grunn til fjerning plassmangel. Den hyppigste behandlingen av smerter relatert til visdomstenner var ekstraksjon. Andre typer behandlinger var lite brukt, særlig på eldre pasienter. Av disse var antibiotikabehandling mest brukt. Dette kan tyde på et overforbruk av antibiotika ved smertetilstander ved visdomstenner.

Det var en klar sammenheng mellom fjerning av visdomstenner og utdanning. Med høyere utdanning økte sannsynligheten for å ha fjernet visdomstenner. Resultatene må tolkes med forsiktighet.

Takk til

Vi ønsker først og fremst å rette en stor takk til Trond Inge Berge, professor ved institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen. Tusen takk for veldig god hjelp med fremstilling av data, og ypperlig veiledning gjennom hele arbeidsprosessen.

Vi vil også takke Arken tannlegesenter og dets ansatte for hjelp til distribuering av spørreskjemaene, og pasientene deres for å ha tatt del i undersøkelsen.

Referanser

1. Miki IM, Zore IF., Fuchs V., Matijevi J., Plan D., Katunari M., Bukovi D. Prevalence of Third Molars and Pathological Changes Related to Them in Dental Medicine. Coll Antropol. 2013 Sep; 37(3): 877-84.
2. Fellie HMR, Bommen LA. Visdomstenner hos tannlegestudenter ved Universitetet i Oslo 2006. Prosjektoppgave ved Det Odontologiske Fakultet høst 2006.
<http://urn.nb.no/URN:NBN:no-16719>
3. Nilsen E, Berge TI, Espeland L, Klock K, Ragne A. Profylaktisk fjerning av visdomstenner. Nor Tannlegeforen Tidende 2005; 115: 582–4.
4. Kay LW. Investigations into the nature of pericoronitis. Br J Oral Surg. 1966; 3: 188.
5. Soames JV, Southam JC. Oral pathology. 3d ed. Oxford: Oxford University Press, 1998: 51–70.
6. Magraw CB, Golden B, Phillips C, Tang DT, Munson J, Nelson BP, White RP Jr . Pain With Pericoronitis Affects Quality of Life. J Oral Maxillofac Surg. 2015 Jan; 73(1): 7-12.
7. Bradshaw, S., Faulk, J., Blakey, G.H. et al. Quality of life outcomes after third molar removal in subjects with minor symptoms of pericoronitis. J Oral Maxillofac Surg. 2012; 70: 2494.
8. Blakey GH., White RP Jr., Offenbacher S. Clinical/biological outcomes of treatment for pericoronitis. J Oral Maxillofac Surg. 1996 Oct; 54(10): 1150-60.
9. National Institutes of Health Consensus Development Panel. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Diagnosis and management of dental caries throughout life, March 26-28, 2001. J Am Dent Assoc. 2001 Aug; 132(8): 1153-61.
10. Shugars DA, Elter JR, Jacks MT, White RP, Phillips C, Haug RH, Blakey GH. Incidence of occlusal dental caries in asymptomatic third molars. J Oral Maxillofac Surg. 2005 Mar; 63(3): 341-6.
11. McArdle LW, McDonald F, Jones J. Distal cervical caries in the mandibular second molar: an indication for the prophylactic removal of third molar teeth? Update. Br J Oral Maxillofac Surg. 2014 Feb; 52(2): 185-9.

12. Zero DT, Zandona AF, Vail MM, Spolnik KJ. Dental Caries and Pulpal Disease. Dent Clin North Am. 2011 Jan; 55(1): 29-46.

13. Nilsen E, Berge TI, Espeland L, Klock K, Ragne A. Profylaktisk fjerning av visdomstenner. Metodevurdering basert på internasjonal og egen litteraturgransking. Oslo: Senter for Medisinsk SMM rapport nr 10/2003. Medisinsk Metodevurdering; 2003.
<http://www.kunnskapssenteret.no>

14. Zawawi KH, Melis M. The role of mandibular third molars on lower anterior teeth crowding and relapse after orthodontic treatment: a systematic review. ScientificWorldJournal. 2014; 2014: 615429.

15. Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. Oral and maxillofacial surgery, 5th edition s. 154-169.

16. Statisk sentralbyrå, Kristiansen JE. Dette er Norge 2014- Hva tallene forteller. Publisert 11. juli 2014.

17. Statistisk sentralbyrå, Seksjon for utdanningsstatistikk. Befolkningens utdanningsnivå, 1. oktober 2013. Publisert 19. juni 2014

18. Statistisk sentralbyrå, Seksjon for inntekts- og lønnsstatistikk. Lønn, alle ansatte, 2013. Publisert 20. mars 2014.

19. Manson JE. Pain: sex differences and implications for treatment. Metabolism 2010; 59: S16-S20

20. Berge TI. Third molars in Norwegian general dental practice. Acta Odontol Scand. 1992 Feb; 50(1): 17-24.

21. Ventä I, Ylipaavalniemi P, Turtola L. Long-term evaluation of estimates of need for third molar removal. J Oral Maxillofac Surg. 2000 Mar; 58(3): 288-91.