

## ABSTRACT

## Hvordan tackles de nye cariesydelser?

*Baggrund* – Sundhedsstyrelsen indfører nye nationale retningslinjer for indkaldeintervaller, herunder nye ydelser, fx: Diagnostisk grundundersøgelse (DG/DGBU), Fokusundersøgelse (FU) og Statusundersøgelse (SU), som tandlægeteamet jf. godkendelsen af den nye overenskomst skal bruge i sin daglige omgang med patienter.

*Patienttilfældet* – Patienteksemplet illustrerer, hvilke anamnesticke og kliniske informationer der er nødvendige at indsamle for at kunne stille relevante cariesdiagnoser og for at kunne klassificere patienten som "grøn", "gul" eller "rød" risikopatient, som det er blevet obligatorisk at gøre under de nye retningslinjer. Det gennemgås, hvilke behandlinger der er relevante for patienten i forhold til de tre cariesdiagnoser: Caries dentalis progressiva superficialis (CS), Caries dentalis progressiva media (CM) og Caries dentalis progressiva profunda (CP). Diagnoseerne angiver aktiviteten og dybden af de klinisk/røntgenologisk observerede læsioner. Det gennemgås endvidere, hvilke risikorelaterede behandlinger der bør iværksættes på patienten (gul), og hvordan de nye ydelser DG (DGBU for unge), FU og SU samt den velkendte IFB (Individuel Forebyggende Behandling) bør bruges i dette patienttilfælde.

*Konklusion* – Fagligt set er det muligt at håndtere cariespatienter under de nye retningslinjer, men der kan opstå tvivl om, hvornår det er mest hensigtsmæssigt at anvende ydelserne FU frem for IFB.

# Caries og de nye nationale indkaldeintervaller

Kim Rud Ekstrand, lektor, ph.d., fagområderne Cariologi og Endodonti, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Gitte Bruun, afdelingstandlæge, fagområderne Cariologi og Endodonti, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Azam Bakhshandeh, adjunkt, ph.d., fagområderne Cariologi og Endodonti, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Tandlægeforeningen afholdt fredag den 7. november 2014 et carieskursus i København. Her blev de nye "Nationale kliniske retningslinjer for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen" (1) præsenteret under emnet "Behandler vi caries korrekt i dag". Foredragsholdere var afdelingstandlæge Lene Vilstrup fra Sundhedsstyrelsen og professor Bente Nyvad fra Tandlægeskolen i Aarhus. Tandlægeforeningens formand, tandlæge Freddie Sloth-Lisbjerg, var dagens mødeleder.

Undervejs var der tid til debat, og flere deltagere efterlyste eksempler på, hvordan patienter med cariesproblemer skulle håndteres under de nye retningslinjer. Dette er så meget mere relevant nu, hvor der er vedtaget en ny overenskomst.

Formålet med denne kasuistik er at give et eksempel på, hvilken relevant information der bør indhentes, for at cariesrisikoen kan estimeres, og cariesdiagnoser kan stilles. Relateret hertil anføres, hvilke relevante non-operative, operative og risikorelaterede behandlinger der bør udføres på patienten. Kasuistikken er bygget op, så den søger at indpasse Diagnostisk grundundersøgelse (DG), Fokusundersøgelse (FU) og Statusundersøgelse (SU), som er nogle af de nye ydelser, der indgår i retningslinjerne i håndtering af patienten. Kasuistikken vil også illustrere, at der kan være problemer med rationalet for, hvornår FU eller den velkendte IFB-ydelse skal anvendes, idet de ikke må anvendes ved samme besøg.

Følgende baggrundsinformation er nødvendig for at forstå diagnoserne (2-4), risikovurderingen og behandlingsforslagene (2-4).

Der opereres med overordnede diagnoser på patientniveau, fx caries dentalis, gingivitis chronica og erosio dentis. Herudover anvendes tre cariesdiagnoser relateret til flader: Caries dentalis progressiva superficialis (CS), Caries dentalis progressiva media (CM) og Caries dentalis pro-

### EMNEORD

Caries;  
diagnose;  
risk



gressiva profunda (CP). Progressiva indikerer, at tandlægen/tandplejeren har vurderet læsionen som aktiv på undersøgelsestidspunktet, og superficialis angiver, at læsionen kun er i emaljen eller hvis i dentinen, så begrænset til den yderste tredjedel af afstanden til pulpa. På kronen omfatter det klinisk set så godt som alle ikke-kaviterede læsioner. Der er dog den undtagelse, at læsioner, der klinisk fremtræder med skygge uden at være kaviteret, er dybere. Media angiver, at læsionen er i den midterste tredjedel af dentinen, og klinisk fremtræder disse læsioner enten som værende kaviterede med en kavitet begrænset til emaljen, eller der ses en skygge. Skyggen skyldes, at demineraliseringen af den underliggende dentin ændrer farven på dentinen til brunlig, hvilket kan ses igennem emaljen. Skyggen kan være blålig, grålig eller endog hvidlig. De profunde læsioner er dybdemæssigt i den inderste tredjedel af dentinen og er klinisk karakteriseret ved, at der er en kavitet, som blotlægger den underliggende demineraliserede dentin (2-4).

På klinisk niveau har en aktiv profunda- eller media-kronelæsion én eller flere af følgende karakteristika (2-4):

- I en aktiv profunda-læsion er kaviteten, som blotlægger dentinen, beliggende i et naturligt plakstagnationsområde (langs gingiva, approximalt, i okklusalladens fure-fossa-system eller i palatinale/bukkale pits). Kavitetens randområder er uregelmæssige, og i randområdet af læsionen ses skygger. Dentinen er oftest blotlagt, og den er blød ved sondering.
- En aktiv media-læsion er ligeledes beliggende i et naturligt plakstagnationsområde. Er der en emaljekavitet, er randområdet uregelmæssigt, og i randområdet af læsionen ses skygger. Ofte er der ikke brud i emaljen, men media-læsionen er karakteriseret ved en tydelig skygge.

En aktiv superficialis-kronelæsion har én eller flere af følgende karakteristika (2-4):

- Læsionen er beliggende i et naturligt plakstagnationsområde, læsionen er mat og hvidlig/gullig, evt. fremtræder læsionen som en svag skygge, og emaljen kan føles ru, når en sonde forsigtigt køres henover. Er læsionen lokaliseret approximalt eller gingivalt, ses blødning ved forsigtig sondering af den læsionsnære gingiva (5).

Standsede superficialis-læsioner er karakteriseret ved at være hvidlige/brunlige/sorte, som fremstår skinnende, hårde og glatte ved sondering. Standsede superficielle læsioner approximalt eller gingivalt er min. 0,5 mm væk fra gingiva, og/eller gingiva bløder ikke ved forsigtig sondering (5) (Fig. 1).

### Radiologisk

På linje med de kliniske diagnoser inddeles på Tandlægeskolen i København caries på røntgenbilleder også i superficialis (radiolucens i emaljen evt. i den yderste tredjedel af denti-

## KLINISK RELEVANS

De nye nationale kliniske retningslinjer for indkaldeintervaller opererer med nye ydelser, som tandlægeteamet skal bruge: Patienttilfældet giver et eksempel på:

- Hvad en diagnostisk grundundersøgelse (DG) bør indeholde i det aktuelle tilfælde?
- Hvorfor patienten blev klassificeret som gul risikopatient?

- Fokusundersøgelser (FU) eller IFB?
- Hvornår statusundersøgelsen bør foregå?

Patienttilfældet demonstrerer tydeligt, at klinisk diagnostik uden radiologisk diagnostik samt uden cariesrisikovurdering vil medføre mangelfuld cariologisk behandling af patienten.

nen), media (radiolucens i midterste tredjedel af dentinen) og profunda (radiolucens i den inderste tredjedel af dentinen). Om den identificerede læsion på røntgenbilledet er aktiv eller standset, kan ikke afgøres på et røntgenbillede alene, men for approximale læsioner har man en god indikator: Hvis der er blødning ved forsigtig sondering i den læsionsnære gingiva, er det et godt tegn på, at læsionen er aktiv. Gingiva, som ikke bløder ved forsigtig sondering, indikerer derimod, at læsionen er standset (5).

### Beskrivelse af patienttilfælde

Henvendelsesårsag og indledende undersøgelse

- 23-årig mand har ringet til klinikken for at få en tid
- Patienten fortæller, at igennem en måneds tid har der sat sig føderester i klemme mellem kindtænderne i højre side af underkæben
- Patienten ønsker derudover en undersøgelse af tænderne, da det er ca. fem år siden, at han sidst har været til tandlæge
- Ved klinisk inspektion kan der ses caries i 7<sup>-2</sup> med brud, som afstedkommer retention af føderester
- Patienten tilbydes en diagnostisk grundundersøgelse for unge (DGBU) inklusive BWs med efterfølgende fokusundersøgelser (FU) og statusundersøgelser (SU) over de næste par år. Herudover skal patienten behandles, og han informeres om, at behandlingen omfatter både fyldningsterapi og forebyggelse (IFB). Patienten giver sit samtykke til planen
- Patienten har aktiv sygdom (bl.a. caries i 7<sup>-2</sup>) og skal ifølge de nationale retningslinjer karakteriseres enten som gul eller rød patient. Det kræver indsamling af anamnesticke og kliniske informationer for at afgøre dette.



### Relevante anamnesticke oplysninger

- Bopæl Helsingør, ([F] i drikkevandet  $\leq 0,3$  ppm)
- Har fulgt den kommunale tandpleje, til han blev 18 år. Har fået foretaget ortodontisk behandling, som dog ikke blev helt færdiggjort
- Bor for tiden på kollegie og er under uddannelse til mekaniker
- Har ikke været til tandlæge, siden den kommunale tandpleje sluttede (18-årsalderen)
- Ingen medicin, ingen sygdomme, ryger ikke, dyrker en del sport, men er ikke fanatiker
- Drikker kaffe med sukker mange gange om dagen
- Drikker Coca-Cola (original) mange gange om dagen
- > 5 mellemmåltider pr. dag
- Børster usystematisk morgen og aften (går rundt i hjemmet og børster tænder) med fluortandpasta, men er ikke sikker på koncentrationen (ringer til klinikken med oplysningerne, når han kommer hjem)
- Bruger ikke tandtråd, men tandstikkere, når noget sætter sig i klemme

### Relevante kliniske oplysninger: Intraoralt

- Salivasekretion: normal ved spejlprøve (spejlet klister ikke til mucosa)
- Plakindeks: Klinisk kan der konstateres plak i 45 % af approximalrummene. (Bemærk: Plakindeks er ikke en del af ydelsesbeskrivelsen)
- Gingiva bløder ved forsigtig sondering multiple steder
- Ingen patologiske pocher

Før den kliniske cariesundersøgelse foretages, anbefales en professionel afpudsning. DG/DGBU-ydelsen indbefatter afpudsning ”i det for diagnostikken nødvendige omfang”.

### Risikovurdering

Det vurderes, at patienten har høj risiko for nye læsioner og progression af eksisterende læsioner, hvis profilen ikke ændres på følgende forhold:

- Coca-Cola og kaffe med sukker mange gange om dagen (øger risiko)
- > 5 mellemmåltider pr. dag (øger risiko)
- 1.000 ppm fluortandpasta (1.450 ppm fluortandpasta vil reducere risiko)
- Plakindeks: Klinisk kan der konstateres plak i 45 % af approximalrummene (øger risiko)
- D3MFT = 11. D1MFT = 16 (D3-læsioner er media/profunda-læsioner, D1 inkluderer også de aktive superficialis-læsioner, M er tænder ekstraheret som følge af caries, og F er tænder fyldt som følge af caries). Begge indices er højere, end hvad der er normalt for patientens aldersgruppe.

Patienten karakteriseres som gul patient, fordi de fire første af ovennævnte forhold, der øger risikoen, kan håndteres, hvis patienten viser Kooperation.

### Behandlingsplan

Risikorelateret behandling omfatter:

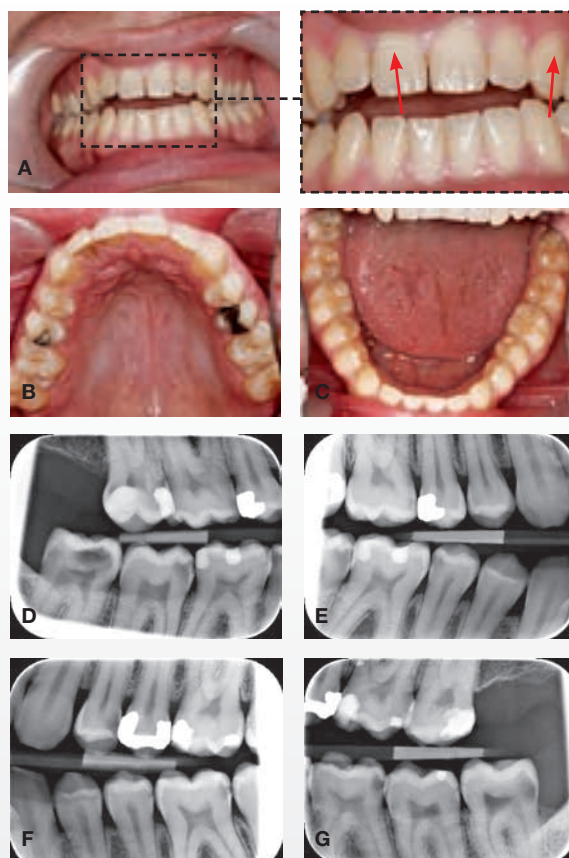
- Anbefales at bruge 1.450 ppm fluortandpasta 2 x dagligt
  - Instruktion i systematisk tandbørstning min. 2 min pr. gang. Start og slut det samme sted hver gang og stå ved vasken i badeværelset (fokuseret)
  - Instruktion i daglig brug af tandtråd
  - Anbefales færre mellemmåltider
  - Anbefales at bruge sødetabletter i kaffen og at drikke vand, alternativt sukkerfri cola
- De nævnte tiltag er indeholdt i ydelsen IFB.

Korrektiv behandling:

- Fyldningsbehandling, som iværksættes så hurtigt som muligt + IFB (Fig. 1-4)

### Diagnoser (Fig. 1-4)

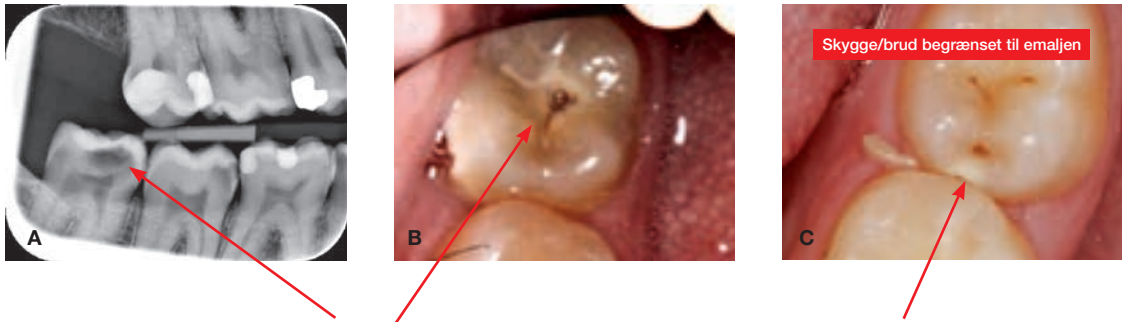
#### Patientens tandstatus



**Fig. 1.** A-C: kliniske og D-G: BW-optagelser af patientens tandstatus. Pilene peger på læsioner med diagnosen Caries dentalis non progressiva superficialis (CNS) formentlig forårsaget i relation til den tidligere udførte ortodontiske behandling.

**Fig. 1.** A-C: clinical and D-G: radiographical pictures showing the dental status of the patient. The arrows point to arrested lesions which likely developed in relation to the previous orthodontic treatment.

## Carieslæsioner i patientens højre side

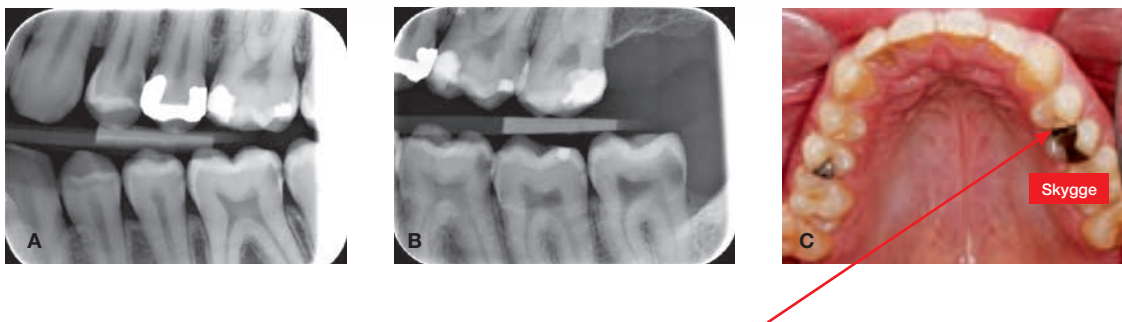


- 8<sup>-1,3</sup>: Caries dentalis progressiva profunda (CP)  
 7<sup>-1,2</sup>: Caries dentalis progressiva media (CM)  
**6<sup>+2</sup>: Caries dentalis progressiva superficialis (CS)**  
**6<sup>-2</sup>: Caries dentalis progressiva superficialis (CS)**  
 5<sup>-4</sup>: Caries dentalis progressiva media (CM)  
 Røde læsioner: Identificeret kun ud fra røntgenoptagelserne

**Fig. 2.** A. BW af højre side med diagnoserne angivet på tand og flade. B. Profund caries okklusalt og facialt (8-). C. viser det kliniske tegn (skygge) på media-læsionen i 7<sup>-1,2</sup>.

**Fig. 2.** A. Bite-wing (right side) and the related caries diagnoses. B. Extensive caries occlusal and facial (8-). C. shows the clinical appearance (dentine shadow) on an moderate lesion in 7<sup>-1,2</sup>.

## Carieslæsioner i patientens venstre side

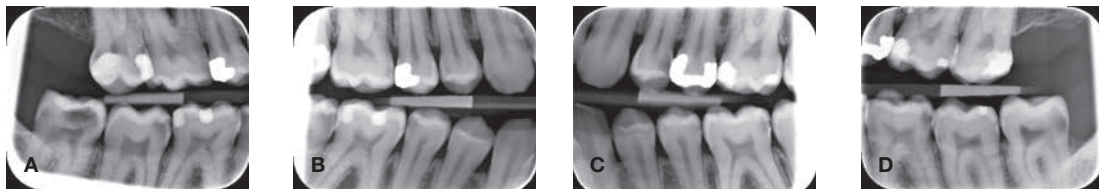


- +4<sup>4</sup>: Caries dentalis progressiva media (CM)  
**+7<sup>2</sup>: Caries dentalis progressiva superficialis (CS)**  
**-5<sup>4</sup>: Caries dentalis progressiva superficialis (CS)**  
 -6<sup>4</sup>: Caries dentalis progressiva media (CM)  
**-7<sup>2</sup>: Caries dentalis progressiva superficialis (CS)**  
 -8<sup>4</sup>: Caries dentalis progressiva profunda (CM)  
 Røde læsioner: Identificeret kun ud fra røntgenoptagelserne

**Fig. 3.** A, B. BWs af venstreside med angivet diagnoser. C. viser det kliniske tegn på media-læsionen i +4<sup>4</sup>.

**Fig. 3.** A, B. Bite-wing (left side) and related caries diagnoses. C. shows the clinical appearance of a moderate lesion on +4<sup>4</sup>.

## Forslag til behandlinger



6+ <sup>2</sup> (CS) I*, F**				+4 <sup>4</sup> (CM) P***		+7 <sup>2</sup> (CS) I,F	
8- <sup>1,3</sup>	7- <sup>12</sup>	6- <sup>2</sup>	5- <sup>4</sup>	-5 <sup>4</sup>	-6 <sup>4</sup>	-7 <sup>2,4</sup>	-8 <sup>2,4</sup>
(CP)	(CM)	(CS)	(CS)	(CS)	(CM)	(CS)	(CS/CP)
Ex****	P	I,F	P	I,F	P	I,F	Ex

\* Instruktion  
\*\* Lokal fluorbehandling  
\*\*\* Plast  
\*\*\*\* Ekstraktion

Fig. 4. Angiver de korrektive behandlinger relateret til diagnoserne.

Fig. 4. The therapeutically treatments related to the diagnoses are presented.

## Indkaldinterval

- Undervejs i den korrektive fase vurderes patientens kooperation på den risikorelaterede behandling, som også er foretaget.
- Patienter indkaldes til FU/IFB, ca. tre måneder efter at de korrektive behandlinger er gennemført. Der spørges ind til de risikoforhold, som betød, at patienten havde forøget risiko, og der kan evt. tages et nyt plakindeks. Den fortsatte aktivitet af de approximale superficielle læsioner vurderes ved blødning/ingen blødning i den læsionsnære gingiva. Vurderes det, at læsionerne er standset, og den samlede risiko er faldet siden henvendelsen, fordi kooperationen er acceptabel, gives et længere interval til næste besøg (FU/IFB). Det kunne fx være efter et halvt år. Er der derimod stadig aktivitet i de superficielle læsioner, appliceres lokal fluorterapi, og der gives reinstruktion. Det ville være i trit med de nye retningslinjer at definere dette kontrolbesøg som en FU.

## Faktaboks

- Forfatterens definition af korrektivbehandling involverer både operativ og non-operativ terapi, relateret til cariesdiagnoserne. Fx skal 7-<sup>12</sup> CM behandles operativt.
- Risikorelateret behandling retter sig mod de faktorer, som vurderes at øge risikoen for fx ny caries og sigter mod hele tandsættet.

- Men ifølge ydelsesbeskrivelsen (\*se fodnote) kan det kun gøres, hvis der ikke er behov for fluorterapi. FU er beskrevet som en vurdering af sygdom og Kooperation samt evt. reinstruktion, men fx ikke fluorbehandling. I tilfælde af sygdomsaktivitet kunne et nyt tremåneders interval aftales.
- Statusundersøgelse ca. 1½-2 år efter henvendelsestidspunktet, hvor der i dette tilfælde tages nye BWs.

## Diskussion

Kasuistikken omhandler en velkendt patienttype; en ung mand på 23 år, der ikke har været til tandlæge, siden han forlod børne- og ungdomstandplejen, men nu har fået problemer. Fra den kliniske og radiologiske undersøgelse kan det konkluderes, at hvis ikke patienten ændrer vaner på flere områder, vil der være høj risiko for, at han udvikler nye carieslæsioner. Der vil også være høj risiko for, at superficialis-læsioner (allerede identificerede) vil fortsætte med at progrediere.

På Tandlægeskolen i København anvendes tre cariesdiagnoser udover en hoveddiagnose (2-4); CS, CM og CP, fordi der er behandlingstyper tilpasset disse diagnoser (2-4). CS-læsioner behandles generelt non-operativt, CM generelt operativt, dog anbefales ved okklusale læsioner at anvende den non-operative SEAL-behandling (6,7), og for CP-læsioner anbefales operativ behandling, gerne involverende successiv ekskavering. I dette patienttilfælde blev 8-8, som begge havde profunda-læsioner (CP), ekstraheret. Standsede læsioner angives som Caries dentalis non progressiva med dybdeangivelse, fx Caries dentalis non progressiva superficialis (CNS).

Forfatterne er selvfølgelig bekendt med, at litteraturen anviser andre cariesdiagnoser end de i denne kasuistik anvendte. Nyvad og medarbejdere (8,9) i 1999 og 2003 foreslår fx ”diagnoserne” non-kaviteret/aktiv, kaviteret/aktiv, non-kaviteret/inaktiv, kaviteret/inaktiv, men disse ”diagnoser” angiver ikke dybden/alvorligheden af læsionerne. Disse diagnoser kan heller ikke bruges til at klassificere læsioner identificeret på røntgenbilleder, og som ikke blev identificeret klinisk. I det aktuelle tilfælde blev der faktisk observeret fem læsioner på BWs, som forfatterne ikke kunne identificere klinisk. Disse læsioner fik diagnosen CS og blev korrekt behandlet non-operativt i forsøget på at undgå fyldningsterapi på længere sigt.

Patienten var cariesaktiv (overordnede diagnose: caries dentalis) og skal derfor risikosættes som enten gul eller rød risikopatient. I dette tilfælde blev det gul, fordi patientens øgede cariesrisiko var relateret til risikoforhold, som – forudsat patienten vil kooperere – kan ændres. Når de korrektive og de risikorelaterede behandlinger er igangsat eller overstået, kan patienten forhåbentligt klassificeres som grøn patient efter en passende kontrolperiode.

I den aktuelle situation anbefaler vi tre måneders intervaller mellem DGBU og FU/IFB og mellem følgende FU eller IFB, hvilket er baseret på den antagelse, at lokal fluoroterapi virker cariesreducerende i ca. tre måneder (10). Intervallet mellem DGBU og SU er i det aktuelle patienttilfælde sat til 1½-2 år. Forklaringen er, at det i det tidsspand kan vurderes klinisk og radiologisk, om de superficiele carieslæsioner progredierer el-

ler er standset. I tilfælde af fortsat progression antages det, at læsionerne ”kun” er blevet til media-læsioner, som så skal behandles operativt, hvis ikke andet taler imod.

De nye ydelser DG, FU og SU er sat i verden, for at tandlægeteamet kan undersøge og journalisere relevante fund, herunder optage anamnese, udfærdige diagnoser og estimere risiko for derefter at udfærdige en behandlingsplan eller justere en allerede udarbejdet behandlingsplan. Bortset fra at forklare patienterne om årsagen til deres evt. tandsygdomme, i tilfældet her caries, og evt. foretage afpudsning er der ingen terapeutiske behandlingsaktiviteter knyttet til disse ydelser. Patienten har adskillige flader med diagnosen: Caries dentalis progressiva superficialis (CS). De terapeutiske behandlinger knyttet til denne diagnose er instruktion i bedre plakkontrol og lokal applikation af fx 2 % NaF. Her skal ydelsen IFB anvendes, men denne ydelse må ikke anvendes sammen med FU. Det vil sige, at tandlægeteamet skal tænke sig om i en samlet behandlingsplan, som ofte strækker sig over flere år, hvornår IFB skal bruges, og hvornår FU skal anvendes. Forfatterne er af den opfattelse, at IFB er vigtigere for denne patient end FU, fordi der i IFB indgår aktive behandlingsinitiativer mod caries.

Afslutningsvis skal det understreges, at denne gennemgang tager stilling til, om det er fagligt muligt at håndtere cariespatienter under de nye retningslinjer, hvilket med lidt besvær ser ud til at kunne lade sig gøre. Der tages ikke stilling til økonomiske forhold i relation til patientbetaling eller overenskomsten.

\*Artiklen er udarbejdet i de første måneder af 2015, og efterfølgende er forfatterne blevet gjort opmærksom på, at det diskuteres i Tandlægeforeningens kompetente organer, hvorvidt FU omfatter eller ikke omfatter fluorbehandling.

## Tak

Stud.odont. Heela Abdul Shukoor Zahir takkes for medvirken ved udarbejdelsen af billedmaterialet.

## ABSTRACT (ENGLISH)

### **Caries and the new national examination intervals**

**Background** – The Danish National Board of Health is introducing new national guidelines for dental examination intervals, including new services, such as: Diagnostic basis examination (DG/DGBU), Focus examination (FU) and Status examination (SU), which the dental team, since the passing of the new agreement, must use in the daily handling of their patients.

**Case study** – The case illustrates, which anamnestic and clinical information should be recorded to enable the dentist to make relevant caries diagnoses, and to classify the patient as ”green”, ”yellow” or ”red” risk, as required by the new guidelines. The case describes which treatments are relevant to the patient, referring

to the three caries diagnoses: Caries Dentalis progressive superficialis (CS), Caries dentalis progressive media (CM) and Caries dentalis progressive profunda (CP). The diagnoses indicate the activity and the depth/severity of the clinically/radiologically observed lesions. The case shows, which risk related treatment should be carried out on the patient (yellow), and how the new services DG (DGBU for young adults), FU and SU and the well known IFB (individually preventive treatment) should be used in this case.

**Conclusion** – From a professional point of view, it is possible to handle caries patients under the new guidelines, but doubts may arise about when it is appropriate to use the FU rather than the IFB service.

## Litteratur

1. SUNDHEDSSTYRELSEN. Nationale kliniske retningslinjer for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen. Sundhedsstyrelsen, 2013.
2. Ekstrand KR, Zahir H, Twetman S. Cariesdiagnostik og risikovurdering i tandlægepraksis på voksne patienter. Tandlægebladet 2013;117:212-23.
3. Ekstrand KR, Zahir H, Twetman S. Cariesdiagnostik og risikovurdering i tandlægepraksis på en voksen patient. Tandlægebladet 2013;117:226-31.
4. KØBENHAVNS TANDLÆGESKOLE. Generelle retningslinjer for operativ carierterapi. (Set 2014 december). Tilgængelig fra URL: [http://odont.ku.dk/fagomr/cariologi\\_endodonti/vejledninger/dokumenter/Plast\\_restI\\_03.pdf](http://odont.ku.dk/fagomr/cariologi_endodonti/vejledninger/dokumenter/Plast_restI_03.pdf)
5. Ekstrand KR, Bruun G, Bruun M. Plaque and gingival status as indicators for caries progression on approximal surfaces. Caries Res 1998;32:41-5.
6. Bakhshandeh A, Qvist V, Ekstrand KR. Sealing occlusal caries lesions in adults referred for restorative treatment: 2-3 years of follow-up. Clin Oral Investig 2012;16:521-9.
7. KØBENHAVNS TANDLÆGESKOLE. SEAL-Behandling. (Set 2014 december). Tilgængelig fra URL: [http://odont.ku.dk/fagomr/cariologi\\_endodonti/vejledninger/dokumenter/Plast\\_restI\\_09.pdf](http://odont.ku.dk/fagomr/cariologi_endodonti/vejledninger/dokumenter/Plast_restI_09.pdf)
8. Nyvad B, Machiulskiene V, Baelum V. Reliability of a new caries diagnostic system differentiating between active and inactive caries lesions. Caries Res 1999;33:252-60.
9. Nyvad B, Machiulskiene V, Baelum V. Construct and predictive validity of clinical caries diagnostic criteria assessing lesion activity. J Dent Res 2003;82:117-22.
10. Bruun C, Givskov H. Formation of CaF<sub>2</sub> on sound enamel and in caries-like enamel lesions after different forms of fluoride applications in vitro. Caries Res 1991;25:96-100.

# INSPIRATION, INDKØB OG NETWORKING

på årets store dentalmesse i København



## Mød dentalbranchen på SCANDEFA i Bella Center

Oplev to inspirerende dage på SCANDEFA-messen som i flere end 47 år har samlet virksomheder og kunder omkring de nyeste **produkter** indenfor **dentaludstyr, tilbehør** og **beklædning**.

På messen kan du bl.a. opleve live-operationer og se vinderen af **SCANDEFA Prisen 2015**.

Sideløbende med messen afholder **Tandlægeforeningen** deres **Årskursus**, hvor de nyeste teorier og tendenser på dentalområdet belyses.

De inviterer samtidig alle til "get together" – torsdag d. 16. april kl. 17:00 i C4 – med tilhørende forfriskning.

Mød dine kollegaer i branchen i en uformel og festlig atmosfære. Vi holder et brag af en **SCANDEFA branchefest** torsdag d. 16. april. Læs mere og tilmeld dig festen på hjemmesiden [scandefa.dk](http://scandefa.dk)

### Åbningstider

Torsdag den 16. april 2015 kl. 09.00 - 19.00  
Fredag den 17. april 2015 kl. 09.00 - 18.00

### Sted

Bella Center, Indgang Vest  
Center Boulevard 5, 2300 København S

### Rekvirér kursusprogram

T: +45 33 48 77 69 og på [aarskursus.dk](http://aarskursus.dk)

### Adgangsforhold

Scandefa 2015 er en fagmesse for tandlæger, klinikassistenter, tandteknikere, tandplejere samt branchefolk. Der er gratis adgang ved registrering.

**Registrer dit besøg på [scandefa.dk](http://scandefa.dk)**  
**- så undgår du kø ved indgangen**

SCANDEFA  
SCANDINAVIAN DENTAL FAIR

16.-17. APRIL 2015

[www.scandefa.dk](http://www.scandefa.dk)