



## Hampaan juurihoito

### Esiintyvyys

Kahdella kolmasosalla hampaallisista suomalaisista aikuisista on vähintään yksi juurihoitettu hammas ja juurihoidon tarvetta on noin 25 %:lla. Usein oireettomien hampaiden juurihoidon tarve todetaan sattumalöydöksenä.

### Diagnostiikka ja hoitopäätös

Useimmiten juurihoidon syynä on hammaspulan infektio, syvä reikä hampaassa tai lähelle hampaan ydintä ulottuva paikka. Juurihoidon tarvetta diagnosoidessa yhdistetään potilaan kertomiin esitetöihin kliininen tutkimus, pulpan herkkyyssmittaukset<sup>B</sup> ja periapikaali- tai pantomoröntgenkuvaus. Särky on tavallisin hampaan pulpatulehduksen eli pulpiitin ja hampaan nekroosin oire. Juuren kärkialueen tulehduksissa (apikaalinen parodontiitti) voi esiintyä myös paikallista tai diffuusia intra- tai ekstraoraalista turvotusta. Usein apikaalinen parodontiitti havaitaan myös oireettoman hampaan röntgentutkimuksessa juuren kärjen luusulaumana. Paras tapa ehkäistä juurihoitojen tarvetta on kariesen hallinta (ks. Käypä hoito -suositus Karies (hallinta)).

Diagnostiikassa keskeistä on selvittää, onko kyseessä palautuva eli reversiibeli pulpatulehdus, jolloin hammas voidaan useimmiten vielä säilyttää elävänä tekemällä siihen kariesvaurion osittainen tai vaiheittainen poisto<sup>B</sup>, niin sanottu lääkepaikkaus. Välitön kattaminen tai osittainen pulpotomia voi tulla kysymykseen lähinnä lapsilla ja nuorilla pysyvissä hampaissa, kun karies on jo edennyt pulpaan mutta tulehtunut alue on pieni ja verenvuoto saadaan hallintaan.

Jos taas pulpatulehdus todetaan palautumattomaksi tai hampaassa on apikaalinen parodontiitti, hammas pitää juurihoitaa tai poistaa. Akuutissa apikaalisessa parodontiitissa ensiapuhoitona on insisio ja tarvittaessa dreneeraus. Antibioottihoitoa tulee käyttää vain harkiten. Siitä ei ole lisähyötyä, jos insisiolla saadaan tulehduseksudaatti poistetuksi (ks. Käypä Hoito -suositus Hammasperäiset äkilliset infektiot ja mikrobilääkkeet). Ensiavun jälkeen jatkohoito (juurihoito tai poisto) tulisi järjestää 1–2 viikon kuluessa.

Juurihoitopäätöksen tekemiseen vaikuttavat yksittäisen hampaan diagnoosin lisäksi hampaan ennuste, potilaan yleisterveys ja purentaelimistö kokonaisuutena (ks. Käypä hoito -suosituksen Hampaan juurihoito hoitopäätöskaavio sivustolta [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)). Jos hammas päätetään juurihoidon sijasta poistaa, pitää myös harkita, onko se tarpeen korvata ja miten.

### Juurihoito ja sen ennuste

Kun juurihoitoon on päädytty, se pyritään tekemään tiiviillä aikataululla osana hampaiston kokonaishoitoa. Aseptisen ja potilasturvallisen juurihoidon perustana on kofferdamin (suojakumi, jolla juurihoidettava hammas eristetään suuontelosta) käyttö<sup>B</sup>. Hoidon kulkuun kuuluvat potilaan hyväksyntä juurihoidolle ja restoratiiviselle hoidolle kustannusarvioineen, kemomekaaninen preparointi, desinfiointiaineiden adekvaatti käyttö, juurikanavien täyttö ja restoratiivinen hoito.

On tärkeää, että hoitokäyntiin varataan riittävästi aikaa. Jos hammas on oireeton, kanaan ei tule tulehduseritettä apikaalialueelta

ja aikataulu sallii kaikkien vaiheiden asianmukaisen toteuttamisen, juurihoito voidaan viedä loppuun yhdellä hoitokäynnillä<sup>B</sup>. Ellei tämä ole mahdollista, kanava lääkitään kalsiumhydroksidilla<sup>C</sup> ja juurentäyte tehdään seuraavalla hoitokäynnillä, mielellään 1–2 viikon kuluttua. Vaste hoitoon (hampaan oireettomuus, ei tulehduseritettä kanavaan ja mahdollisen fistelin sulkeutuminen) olisi saatava viimeistään kuukauden kuluessa.

Primaarijuurihoidetun hampaan täydellisen paranemisen ennuste on 73–90 %<sup>B</sup>. Apikaaliparodontiitin vuoksi juurihoidetun hampaan paranemisennuste on noin 10 % heikompi kuin pulpiittisen hampaan<sup>A</sup>. Juuritäyte suositellaan ulotettavan 0–2 mm:n päähän juuren kärjestä<sup>B</sup>. Juurihoidon laatu ja hampaan restaurointi juurihoidon jälkeen ovat tärkeimmät hoitotulokseen vaikuttavat tekijät<sup>B</sup>. Diabeetikoilla paranevistulos saattaa olla terveitä huonompi.

Juurihoidon jälkeen hoitotuloksen seuranta on tärkeää. Ensimmäinen arviointi tehdään viimeistään vuoden kuluttua. ■

Koko suositus on luettavissa:

**[www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)**

LEO TJÄDERHANE (pj.), MARJA PÖLLÄNEN, VUOKKO ANTONEN, ANJA KOTIRANTA, MERJA LAINE, NINA MANDELIN, KIRSI MIKKOLA, TUIJA PALINPALOKAS, EVA SIRÉN ja PÄIVI SIUKOSAARI

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä

Näytön asteen luokitus:

- A = Vahva tutkimusnäyttö
- B = Kohtalainen tutkimusnäyttö
- C = Niukka tutkimusnäyttö
- D = Ei tutkimusnäyttöä

### **Endodontic treatment**

The Finnish guideline on endodontics emphasizes good quality of endodontic treatment and coronal seal of the restoration. For prevention of endodontic treatment need caries control is essential. For deep carious lesions stepwise excavation or partial caries removal are recommended. Partial pulpotomy can be used if bleeding can be controlled. The decision for root canal treatment is based on prognosis, occlusion and general health of the patient. The use of kofferdam is essential in aseptic working. Chemomechanical preparation with NaOCl and root canal filling within 0-2 mm from the apex improve prognosis. Healing should be controlled annually up to four years.