

## Tannproblemer og adjuvant bisfosfonatbehandling hos pasienter med brystkreft

**O**steonekrose er en fryktet bivirkning ved oralkirurgiske inngrep hos pasienter som benytter eller har benyttet bisfosfonater eller andre benmodulerende medikamenter. Tilstanden har fått mye oppmerksomhet de senere år. Særlig har intravenøst administrerte bisfosfonater (eks. zoledronsyre, Zometa®) vært forbundet med høy risiko. Slik behandling var tidligere forbeholdt en svært liten gruppe pasienter, eksempelvis pasienter med påviste skjelettmetastaser, som får middelet med 3–4 ukers intervaller. En stor andel pasienter har også fått bisfosfonater for behandling eller forebygging av osteoporose. Dette har gjerne vært peroralt administrerte medikamenter som natriumalendronat (Fosamax®, Alendronat®). Disse kan også forårsake kjeveosteonekrose, men risikoen har vært ansett som langt lavere, sannsynligvis på promillenivå, selv etter tannekstraksjoner eller andre oralkirurgiske inngrep.

Norsk Brystcancergruppe (NBCG) har fra 2013 innført zoledronsyre som standard tilleggsbehandling hos alle brystkreftopererte som er postmenopausale, er over 55 år og som mottar adjuvant systemisk behandling. Flere store studier har vist at risiko for residiv av brystkreftsykdommen til skjelett reduseres og overlevelsen øker dersom zoledronsyre gis adjuvant (1). Zoledronsyre skal i denne sammenheng gis hver 6. måned i 5 år, noe som normalt

innebærer en lavere eksponering enn hos pasienter som får zoledronsyre for allerede påviste skjelettmetastaser. Det er imidlertid verdt å merke seg at dette er en langt større pasientgruppe, ca. 1500 nye pasienter pr. år i Norge, og langt de fleste vil ha en god sykdomsprognose. På grunn av akkumulering av bisfosfonater i skjelettet og meget lang halveringstid vil derfor antallet pasienter med risiko for osteonekrose-utvikling raskt øke i befolkningen. Kumulativ insidens av kjeveosteonekrose etter adjuvant, intravenøs bisfosfonatbehandling er fremdeles noe usikker, men er oppgitt til 0,3–2,2% (2–3).

Det er på bakgrunn av dette utarbeidet retningslinjer for hvordan man skal forholde seg til disse pasientene når det gjelder odontologisk utredning og behandling. NBCG og NTF har stilt seg bak disse anbefalingene, og de presenteres derfor her i NTFs Tidende. Hovedbudskapet er at kjeveosteonekrose kan forebygges ved at man i størst mulig grad gjennomfører tanntrekking og kjevekirurgiske inngrep før bisfosfonatbehandlingen starter. Det skal også nevnes at trygdeytelser foreløpig ikke finnes for denne problemstillingen per dags dato.

### Referanser

1. Coleman R, Gnani M, Paterson AH, Powles T, von Minckwitz G, Pritchard K, et al. Effects of bisphosphonate treatment on recurrence and cause-specific mortality

in women with early breast cancer: A meta-analysis of individual patient data from randomised trials. In: AACR, editor. Thirty-Sixth Annual CTSC-AACR San Antonio Breast Cancer Symposium; 2013; San Antonio: Cancer Research; 2013. p. S4–07.

2. T. Fehm et al., Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw in breast cancer patients: recommendations for prevention and treatment. *Breast*. 18, 213 (Aug, 2009).

3. Rathbone EJ, Brown JE, Marshall HC, Collinson M, Liversedge V, Murden GA, et al. Osteonecrosis of the jaw and oral health-related quality of life after adjuvant zoledronic acid: an adjuvant zoledronic acid to reduce recurrence trial sub-protocol (BIG01/04). *J Clin Oncol*. 2013; 31: 2685–91.

*Adresser: Hans Petter Eikesdal, overlege dr. med., Avd. for kreftbehandling og medisinsk fysikk Haukeland universitetssjukehus/Seniorforsker, Mohn kreftforskningslaboratorium, Bergen.*

*Sigbjørn Løes, overtannlege dr. philos., Kjevekirurgisk avdeling Haukeland universitetssjukehus/førsteamanuensis Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.*

*Bente Brokstad Herlofson, førsteamanuensis dr. odont., Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo/Spesialtannlege Oslo Universitetssykehus Radiumhospitalet*