

Medikamentrelatert osteonekrose i kjevene:

Et økende problem som krever mer oppmerksomhet

Professor og overtannlege Bente Brokstad Herlofson holdt et interessant og nyttig foredrag under tittelen «Når kjeven står på spill» under NTFs landsmøte.

 **DIPAK SAPKOTA, VITENSKAPELIG REDAKTØR I NTFs TIDENDE**



Professor og overtannlege Bente Brokstad Herlofson ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, UiO; Tann- og kjeve, Øre-nese-halsavdelingen, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus. Foto: Marie Lindeman Johansen, OD/UiO

Fremskrittene innen diagnostisering og behandling av flere typer sykdommer, inkludert kreft og osteoporose, medfører at pasienter lever lenger i dag enn tidligere. Dette betyr også at et økende antall pasienter er under behandling med ulike typer medisiner, inkludert legemidler som er rettet mot å styrke bein og redusere symptomer relatert til beinsykdommer. Blant disse er antiresorptiva (bisfosfonater, denosumab, romosozumab) angiogenese- og TNF- α -hemmere som påvirker beinmetabolismen og er blitt stadig viktigere i behandlingen av tilstander som osteoporose og visse typer kreft. Antiresorptive legemidler bidrar til å redusere beintap ved å hemme osteoklastene. Imidlertid er det en økende bekymring for sammenhengen mellom langvarig bruk av disse medikamentene og utviklingen av osteonekrose i kjeven (medikamentrelatert osteonekrose i kjevene/MRONJ). Dette er en alvorlig bivirkning som kan føre til smerter, nekrose av kjevebein, fisteldannelse, suppurasjon, dårlig ånde og infeksjoner i kjeveområdet, samt en betydelig reduksjon i livskvaliteten for pasientene.

Tannhelsepersonell er nøkkelen til å forebygge og håndtere pasienter med risiko for MRONJ av flere grunner. For det første kan tannhelsepersonell identifisere risikopasienter ved å ta opp en grundig anamnese inkludert komorbidite, komedikasjon og utføre en grundig klinisk undersøkelse. Dette er spesielt viktig ettersom mange tannbehandlingsprosedyrer er invasive som for eksempel tannekstraksjoner og dermed assosiert med risiko for MRONJ. For det andre er tannhelsepersonell i stand til

å gjenkjenne tidlige symptomer på MRONJ som smerte, infeksjon med pussdannelse, tannmobilitet og hevelse, og kan dermed iverksette relevante tiltak for å forhindre MRONJ-progresjon. Dette er avgjørende for pasientens helse og livskvalitet. Pasienter med skjelettmetastatisk kreft eller myelomatose har høyest risiko for MRONJ, moderat risiko for kreftpasienter på adjuvant behandling og svært lav risiko for pasienter som behandles for osteoporose. Pasienter med mistanke om MRONJ henvises til spesialist med erfaring i behandling av disse. Samarbeid med annet helsepersonell er viktig for en helhetlig tverrfaglig håndtering av pasienter med risiko for MRONJ. Her er utveksling av informasjon om pasientenes antiresorptive behandling viktig. Det er derfor viktig at tannhelsepersonell har oppdatert kunnskap om pasienter med risiko for utvikling av MRONJ.

Foredraget satte søkelys på tre hovedpunkter: Hvilke typer medisiner kan føre til MRONJ, hvordan kan tannhelsepersonell identifisere risikopasienter, og hvordan diagnostisere, håndtere og behandle disse pasientene for å bidra til god livskvalitet etter behandling.

Herlofson presenterte også en oppdatert veileder (<https://www.odont.uio.no/onj/pasienter/retningslinjer-onj-bbh-07-03-2016.pdf>) som gir tannhelsepersonell klare instruksjoner om hvordan de skal håndtere pasienter med risiko for utvikling av MRONJ. Herlofson understreket samtidig behovet for mer kunnskap og forskning på området, samt bedre samarbeid mellom helsepersonell og tannhelsepersonell.

