

Riktlinjer för extraktioner och annan kirurgisk behandling av patienter med antiresorptiv medicinering och medicinrelaterad osteonekros i käkarna (MRONJ)

Vägledning avser gränssnitt mellan allmäntandvården och specialisttandvården i Region Halland.

Bakgrund

Sedan det första fallet av medicinrelaterad osteonekros i käkarna (MRONJ) 2003 har förekomsten av MRONJ ökat över hela världen och är idag en stor patientgrupp i vården och tandvården.

Den bifogade översikten är en guide till fördelning av de olika uppgifterna mellan specialisttandvård och allmäntandvård i Halland.

Introduktion

Antiresorptiv (AR) behandling inkluderar bisfosfonater (BF) såväl som antikroppar (Denosumab), som hämmar benresorption och används för att stärka benen vid multipelt myelom, bröstcancer, prostatacancer och vissa typer lung- och njurcancer samt osteoporos och några andra maligna och godartade benskjukdomar. AR-behandling fungerar genom att stärka benen så att smärta och spontana frakturer i skelettet minskar. AR har också en förebyggande effekt mot osteoporos och mot spridning av metastaser vid bröst- och prostatacancer. Läkemedelsrelaterad osteonekros i käken (MRONJ) är en känd bieffekt vid antiresorptiv behandling. Risken för MRONJ är relaterad till ett antal faktorer, inklusive dos och varaktighet av AR. Dessutom är tandinfektion och tandutdragning ofta förknippat med uppkomsten av MRONJ.

- 1) Högdos AR ges till cancerpatienter med spridning till skelettet.
- 2) Måttlig/lågdos adjuvant AR (förebyggande) ges till cancerpatienter utan metastaser
- 3) Lågdos AR ges till osteoporospatienter

Förutom AR kan vissa moderna kemoterapeutiska medel (inklusive tyrosin-kinashämmare) också utlösa MRONJ. Dessa används exempelvis vid olika systemiska sjukdomar som RA och arteriter.

Definition av MRONJ

ONJ definieras som förekomst av blottat käkben ≥ 8 veckor hos en patient med antiresorptiv terapi som inte har fått strålbehandling inom käkregionen.

Förekomsten av MRONJ är 0,8-20% hos cancerpatienter som får högdos antiresorptiv behandling.

Förekomsten av MRONJ är 0,01-0,04% hos osteoporospatienter som får lågdos antiresorptiv behandling.

Riskfaktorer för ONJ

- 1) Cancerpatienter med metastaser med högdos antiresorptiv behandling: **Hög risk**
- 2) Cancerpatienter utan metastaser med antiresorptiv med måttlig/låg dos adjuvant (förebyggande) behandling: **Risk ännu inte känd**
- 3) Osteoporospatienter med lågdos antiresorptiv behandling: **Låg risk**

Allmänna riskfaktorer

Bisfosfonattyp: Kväveinnehållande BF har en högre risk än kvävefri, till exempel har zolendronsyra en högre risk än ibandronat.

Antiresorptiv behandling: långvarig = större risk. Efter ca 3 månader ökar risken vid högdos antiresorptiv behandling. Efter 3 år med låg dos ökar risken.

Osteoporospatienter i lågdosbehandling har en låg risk med ≤ 4 års behandling.

Osteoporospatienter i lågdosbehandling > 4 år har förmodligen högre, men ännu okänd risk för ONJ (september 2019).

- 1) Högdos antiresorptiv medicin ges till cancerpatienter med metastaser = högre risk
- 2) Hög dos kan ges både intravenöst (Zolendronsyra = Zometa 4mg/md), subkutant (XGEVA = Denosumab 120 mg/md), eller som tabletter (Ibandronat = Bondronat/50 mg dagligen)
- 3) Måttlig/lågdos antiresorptiv medicin ges som ett adjuvans (=förebyggande) för patienter med bröst- och prostatacancer (oftast vardera 3-6 månader) Zolendronsyra = Zometa/3-6 månader eller XGEVA = Denosumab 120 mg/3-6 månader.
- 4) Lågdos AR ges i form av zolendronsyra (Aclasta iv/årligen) eller alendronat 70 mg/vecka) eller Denosumab (= Prolia 60 mg s.c./halvår)

Andra läkemedel som kemoterapi eller steroider kan öka risken för ONJ.

Tyrosin-kinasinhämmare (TKI) verkar öka risken för ONJ, men reverserar vid utsättning.

Riktlinjer för extraktioner och annan kirurgisk behandling av patienter med antiresorptiv (AR) läkemedelsbehandling – Specialisttandvård eller Allmäntandvård

Patientgrupp	Specialisttandvård	Allmäntandvård
<p><u>Osteoporospatienter</u></p> <p>AR behandling både iv och per oral oavsett hur länge behandling pågått Om annan riskfaktor t.ex. RA med cortisonbehandling + lång AR-behandling – konsultera käkkirurgi alt. OFM.</p>	Nej	Ja
<p><u>Cancerpatienter</u></p> <p>Cancerpatienter med tidigare el pågående intravenös AR behandling</p>	Ja	Nej
<p><u>Cancerpatienter med</u></p> <p>adjuvant intravenös AR behandling</p>	Ja	Nej
<p><u>Patienter med misstänkt läkemedelsinducerad bennekros (MRONJ)</u></p>	Ja	Nej

Grunden när det gäller dessa patienter är att alla osteoporospatienter ska omhändertas i allmäntandvård till en början och uppföljning av läkning efter behandling ska ske upp till 8 veckor (intervall exv 2, 5 och 8 veckor).

Föreligger misstanke om utebliven läkning skickas remiss till specialisttandvården.

Extraktion ska ske på ett så skonsamt sätt som är möjligt.

Rådgivning gällande sanering inför en AR behandling kan ges av OFM Specialisttandvården

Halmstad 14 oktober 2020

Dan-Åke Wälivaara
Ämnesföreträdare Käkkirurgi

Ante Zakrisson
Ämnesföreträdare Orofacial medicin