

Veiledning ved tannbehandling av pasienter (med kreft eller osteoporose) på benresorpsjonshekkere og ved etablert kjevebensnekrose (ONJ)

(Revidert 21.01.20 v/prof. Bente Brokstad Herlofson, avd. oral kirurgi og oral medisin, UiO)

Kreftpasienter:

Før oppstart/under: Høydose intravenøs bisfosfonatbehandling (hver 4-6 uke), adjuvant intravenøs bisfosfonatbehandling (hver 6. måned) eller subcutan denosumabbehandling(120mg, hver 4-6 uke)

- Grundig klinisk og røntgenologisk oral undersøkelse med henblikk på infeksjonsfoci.
- Tenner med dårlig prognose fjernes (grav karies, uttalt perio, apikale prosesser, cyster, tannrøtter m/karies/perio/infeksjon, delvis frembrudte visdomstenner med patologi, perikoronitt). Ingen bisfosfonat/denosumab før komplett bløtvevstilheling. Økt risiko ved fjernelse av underkjevemolærer.
- Informere pasient om risiko for ONJ og forsøk å forebygge skader/sykdommer som kan kreve inngrep senere.
- Økt risiko for ONJ ved samtidig annen komorbiditet (eks. diabetes, revmatoid artritt) og komedikasjon (immunsuppresiva, antiangiogene, tyrosinkinasehekkere; eks. medikamenter med følgende endelser; -nib, -mab, -mus, -ercept)
- Instruere pasient i god munnhygiene og optimalisere eventuelle tannproteser.
- Jevnlige tannlegekontroller (min. hver 6. måned).
- Hvis tannekstraksjon er nødvendig under behandlingen, anbefales antibiotika og primær bløtvevslukning, bør utføres av oral/kjevekirurg. **Kontrolleres til alveolen er tilhelet.** Vurdér eventuell pause i medisineringen i samråd med behandlende onkolog. Implantatkirurgi frarådes hos pasienter som behandles for skjelettmetastaser, ved adjuvant behandling individuell vurdering. Økende antall doser øker risiko for ONJ.

Osteoporosepasienter:

Før oppstart/under lavdose peroral(oftest en gang pr uke)/intravenøs (en gang årlig) bisfosfonatbehandling eller subcutan denosumabbehandling(60mg, 2 ganger årlig)

- Risiko for ONJ hos disse pasientene er mindre (< 1%) enn for kreftpasienter spesielt ved behandling < 4 år. Risiko øker ved behandling utover 4 år og ved samtidig annen komorbiditet og komedikasjon (eks. kortikosteroider, antiangiogene, immunsuppresiva, tyrosinkinasehekkere).
- Pasienten bør informeres om risiko, viktighet av god munnhygiene og om jevnlige tannlegekontroller.
- Klinisk og røntgenologisk rutineundersøkelse med henblikk på orale infeksjonsfoci før eller tidlig i behandlingen. Instruere pasienten i god munnhygiene.
- Om mulig minimere risiko for fremtidige oralkirurgiske inngrep.
- Implantatbehandling er ikke kontraindisert, men pasienten må informeres om at risiko for osteonekrose og «implant failure» øker med antall år på benresorpsjonshekker og at langtidsoppfølging derfor er viktig.
- Det er foreløpig uklart om en "drug holiday" reduserer risiko for osteonekroseutvikling ved innsettelse av implantater eller ved tannekstraksjoner, men i det nye *Position paper* (2014) foreslår AAOMS at man vurderer en to måneders pause før oral kirurgi i samråd med behandlende lege og reoppstart etter komplett tilheling.
- Vurder antibiotika "paraply" ved annen komorbiditet og komedikasjon (eks. diabetes, revmatoid artritt, bruk av kortikosteroider) hvis nødvendig med oralkirurgisk inngrep (eks. ekstraksjon). Tannekstraksjon hos osteoporosepasienter kan gjøres i allmenn tannlegepraksis. Bør utføres atraumatisk med nivellering av skarpe benkanter. Vurdér bløtvevslukning. **Kontrolleres til komplett bløt-og benvevstilheling.**

Pasienter med utviklet ONJ eller med mistanke om ONJ

- Henvises til og håndteres av oral-/kjevekirurg.
- Rapporter som oral medikamentell bivirkning til RELIS (www.relis.no).
- **Se også www.onj.no** ansvarlig for nettsiden professor Bente Brokstad Herlofson, avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet i Oslo, Universitetet i Oslo. E-mail: b.b.herlofson@odont.uio.no