

Tann- og kjeveproblemer og adjuvant bisfosfonatbehandling hos pasienter med brystkreft

Utarbeidet av overlege H.P.Eikesdal, Kreftavd. og overtannlege S. Løes, Kjevekirurgisk avd. Haukeland Universitetssjukehus, I.amanuensis/spesialtannlege B.B.Herlofson, Avd.oral kirurgi og oral medisin, Universitetet i Oslo/ Radiumhospitalet, Oslo Universitetssykehus

Bakgrunn:

I.h.t. retningslinjer fra Norsk Brystcancergruppe skal 5 års adjuvant zoledronsyre (hver 6. mnd) gis til alle brystkreftopererte som er postmenopausale, over 55 år og som mottar adjuvant systemisk behandling. Zoledronsyre gir 20-25% relativ reduksjon og 1-5% absolutt reduksjon for recidiv av brystkreftsykdommen. Antallet kvinner som hvert år skal starte zoledronsyrebehandling anslås til ca. 1200-1500.

Osteonekrose i kjevene (ONJ) er en kjent, men sjelden komplikasjon til bisfosfonatbehandling. Kumulativ insidens av ONJ etter adjuvant, intravenøs bisfosfonatbehandling er usikker, men er oppgitt til 0-0.3% (1). Halveringstiden er såpass lang for bisfosfonatene at risikoen for ONJ må antas å være livslang. ONJ er svært vanskelig å behandle når tilstanden først har inntruffet, og tiltak for å forebygge ONJ er derfor viktige. Norske anbefalinger er utarbeidet med bakgrunn i en tysk og en amerikansk konsensusartikkel fra 2009 (1, 2).

Risikofaktorer for ONJ under bisfosfonatbehandling

Osteonekrosirisiko er særlig høy hos pasienter med dårlig tannstatus eller der det gjøres inngrep under eller etter zoledronsyrebehandlingen. Risikoen er særlig knyttet til kirurgiske inngrep som omfatter kjeveben, feks. tanntrekking, men også gnagsår fra proteser øker risiko. Andre riskofaktorer kan være langvarig bisfosfonatbehandling, kjemoterapi, bevacizumab, steroider, spontan tannløsning, tannrotsinfeksjoner, høyt alkoholinntak, røyking (1, 2).

Forebyggende tiltak

Alle pasienter bør undersøkes hos tannlege før behandlingen starter. Alle ikke-restaurerbare tenner og tenner med dårlig prognose bør, dersom medisinske forhold tillater det, ekstraheres og adekvat slimhinnetilheling oppnås før oppstart med zoledronsyre. Man bør i den grad det er forsvarlig unngå kjevekirurgi/tanntrekking under og etter endt zoledronsyrebehandling, og velge konserverende/endodontisk tannbehandling dersom dette er mulig. Grunnet lang halveringstid og akkumulasjon av bisfosfonater i beinvev kan man ikke sette sikre intervall fra avsluttet behandling før tannkirurgi kan utføres.

Det er enda ikke avklart om forebyggende tannbehandling før oppstart adjuvant zoledronsyre gir rett på trygdefusjon.

Behandling

Hvis smerter og ubehag fra tenner, kjeve og slimhinner oppstår under behandlingen, bør pasienten undersøkes hos tannlege snarlig. Behandlingen av ONJ er vanskelig, og pasienter med mistanke om ONJ må henvises oral/kjevekirurg med spesialkompetanse på området. Antakelig vil ONJ lettere kunne behandles om det oppdages tidlig og bisfosfonatbehandlingen opphører.

Referanser

1. T. Fehm *et al.*, Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw in breast cancer patients: recommendations for prevention and treatment. *Breast* **18**, 213 (Aug, 2009).
2. S. L. Ruggiero *et al.*, American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws--2009 update. *J Oral Maxillofac Surg* **67**, 2 (May, 2009).