

09.09.2019 – revideret 20.09.2019. Vedtaget ved DSOMK's Generalforsamling 20.09.2019.

National visitationsretningslinje.

Patienter i behandling med antiresorptiv medicin og Medicin Relateret Osteonekrose i kæberne (MRONJ)

**Vejledning for Tand-Mund-Kæbekirurgiske hospitalsafdelinger i DK,
privatpraktiserende specialtandlæger i Tand-Mund-Kæbekirurgi, samt alment
privatpraktiserende tandlæger.**

Baggrund:

Siden det første tilfælde af MedicinRelateret Osteonekrose i Kæberne (MRONJ) i 2003 er hyppigheden af MRONJ steget overalt i verden og udgør i dag en stor udredning- og behandlingsopgave. En aktuell problemstilling omhandler hvem der kan/skal udføre fokussanering (fjernelse af odontogene foci) på patienter i antiresorptiv (AR) (knoglestyrkende) behandling stigende og uafklaret på landsplan mht hvor behandling skal foregå.

Vedlagte oversigt er en vejledning til ensartet visitation for de danske kæbekirurgiske hospitalsafdelinger (TMK) og en organisering og fordeling af de forskellige opgaver mellem hospitalssektoren og primærsektoren.

Hovedvægten i denne vejledning er lagt på hvilke patientgrupper der findes relevante at visitere ind til TMK-afdelingerne til hospitalsbehandling.

National visitationsretningslinje

Patienter i behandling med antiresorptiv medicin og Medicin Relateret Osteonekrose i kæberne (MRONJ)

Introduktion:

Antiresorptiv (AR) behandling omfatter Bisfosfonater (BF) samt antistoffer (Denosumab), der hæmmer knogleresorption, og anvendes til styrkelse af knoglerne ved myelomatose, brystcancer, prostatacancer og, visse typer lunge- og nyrecancer samt ved knogleskørhed (osteoporose) og enkelte andre maligne og benigne knoglesygdomme.

AR behandling virker ved at styrke knoglerne, så smerter og spontanfrakturer i skelettet nedsættes. Herudover har AR en forebyggende virkning mod osteoporose og mod spredning af metastaser fra brystkræft og prostatakræft.

Medicin-Relateret Osteonekrose af kæben (MRONJ) er en kendt bivirkning til antiresorptiv behandling. Risikoen for MRONJ er relateret til en række faktorer, inkl. dosis og varighed af AR. Endvidere er infektion omkring tænder samt tandekstraktion af disse er ofte forbundet med start af MRONJ.

- **1-Højdosis AR** gives til cancerpatienter med spredning til skelettet (**med** metastaser)
- **2-Moderat/lavdos is Adjuverende AR (forebyggende)** gives til cancerpatienter **uden** metastaser
- **3-Lavdos is AR** gives til osteoporosepatienter

Udover AR kan visse moderne kemoterapeutika (bl.a. tyrosin-kinase hæmmere) også udløse MRONJ.

Definition af MRONJ:

ONJ defineres som tilstedeværelse af blottet kæbeknogle ≥ 8 uger hos en patient i antiresorptiv behandling, som ikke har modtaget strålebehandling på kæberne.

Prævalens af MRONJ er 0,8-20 % hos cancerpatienter i højdos is antiresorptiv-behandling.

Prævalens af MRONJ er 0,01-0,4 % hos osteoporosepatienter i lavdos is antiresorptiv behandling.

Risikofaktorer for ONJ:

- **1-Cancerpatienter med metastaser i højdosis antiresorptiv behandling: Høj risiko**
- **2-Cancerpatienter uden metastaser i moderat/lavdosis antiresorptiv adjuverende (forebyggende) behandling: Risiko endnu ukendt.**
- **3-Osteoporosepatienter i lavdosis antiresorptiv behandling: Lav risiko**

Generelle risikofaktorer:

Bisfosfonat type: Nitrogenholdige BF har højere risiko end nitrogenfrie, f.eks har zolendronsyre højere risiko end ibandronat.

Varighed af antiresorptiv behandling: lang tid = større risiko. Efter ca. 3 måneder stiger risikoen ved højdosis antiresorptiv behandling. Efter 3 år med lavdosis stiger risiko.

Ostoporosepatienter i lavdosisbehandling har lav risiko ved ≤ 4års behandling.

Ostoporosepatienter i lavdosisbehandling >4 år har antagelig højere, men endnu ukendt risiko for ONJ (sept. 2019).

1-Højdosis antiresorptiv medicin gives til cancerpatienter med metastaser = højere risiko.

1-Højdosis kan gives både intravenøst (Zolendronsyre=Zometa 4 mg/md), subcutant (XGEVA=Denosumab 120 mg/md), eller som tabletter (Ibandronat=Bondronat/50 mg daglig).

2-Moderat/lavdosis antiresorptiv medicin gives som adjuverende (= forebyggende) til brystcancer og prostatacancer patienter (oftest hver 3-6 md) (Zolendronsyre=Zometa/3-6 md, eller XGEVA=Denosumab 120 mg/3-6 mdr).

3-Lavdosis AR gives i form af Zolendronsyre (aclasta iv/årlig), eller alendronat 70 mg/ugentlig eller Denosumab (=Prolia 60 mg s.c./6 mdr)

Anden medicin som kemoterapi eller steroidbehandling kan øge risikoen for ONJ.

TKI synes at øge risikoen for ONJ.

Tilføjelse 20.11.2019:

Nedenstående oversigt er en vejledning til visitation af patienter, der skal have foretaget oral kirurgi inklusive tandfjernelse i forbindelse med antiresorptiv behandling.

Grundlag for behandlingssted besluttet ud fra individuel patient-vurdering.

Retningslinier for visitation af patienter til tandekstraktion/kirurgi i de Tand-Mund-Kæbekirurgiske hospitalsafdelinger (TMK):

Patienttype	Modtages i TMK hospitalsafdelinger	Privatpraktiserende Specialtandlæger i TMK	Privatpraktiserende tandlæger
Patienter, der skal starte AR behandling	Nej	Ja	Ja
Cancerpatienter, har modtaget eller er i gang med højdosis AR behandling	Ja	Nej	Nej
Cancer patienter, der er i adjuverende AR behandling	Nej	Ja	Nej
Osteoporose patienter, der er i lavdosis AR behandling ≤4 år	Nej	Ja	Ja
Osteoporose patienter, der er i lavdosis AR behandling >4 år	Nej	Ja	Nej
Patienter med mistanke om MRONJ	Ja	Nej	Nej

Der vil blive indsat et link her til RH's webside med Standard Operation Procedures (SOP) for behandling af patienter i AR behandling og patienter med MRONJ samt lister over antiresorptive præparater (AR).

20.09.2019:

Det er aftalt at vedlagte visitationsskrivelse skal revideres inden for 2 år.