

FELHÍVÁS

*A Magyar Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Társaság kezdeményezésére,
a Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége (MOTESZ)*

„A biszfoszfonátok által indukált állcsont oszteonekrózisok megelőzése és kezelése” címmel,

*a Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság, a Magyar Onkológusok Társasága,
a Magyar Reumatológusok Egyesülete és a Magyar Ortopéd Társaság részvételével
interdiszciplináris fórumot szervezett.*

Magyarországon napjainkban, különböző indikációk miatt megközelítően 70 000 ezer ember részesül orális vagy intravénás biszfoszfonát-kezelésben. A kezelések döntő többsége oszteoporózis, malignus daganatok csontáttétei, myeloma multiplex, rheumatoid arthritis, fibrosus dysplasia, Paget-kór, osteogenesis imperfecta miatt történik. A forgalomban lévő gyógyszerek hatóanyagai hazánkban legtöbbször: alendronat, risedronat, ibandronat, zolendronat, clodronat, pamidronat.

A kezelt betegek kis százalékában – egyértelműen a kezeléssel kapcsolatban – állcsont-oszteonekrózis alakul ki. Nemzetközi referátumok ennek esélyét 0,1%-ra teszik, Magyarországon ez az érték valószínűleg magasabb (0,2%). Ennek elképzelhető oka a magyar népesség kétségbeejtő fogazati státusa, az elégtelen szájhigiénié, a fogorvosi kezelések negligálása. A tünetek elsősorban az intravénás készítményekkel és daganat miatt kezelt betegeknél jelentkeznek, a hazai gyakorlatban észlelt, biszfoszfonátok által kiváltott oszteonekrózisok mintegy 85–90%-át teszik ki.

Kiváltó okként foghúzás, fogsebészeti beavatkozás, egyéb nyálkahártya-sérülések szerepelnek. A kórkép elsősorban az alsó állcsontot érinti, de a maxillában is előfordul. Lényege, hogy az ép vagy ledált nyálkahártya alatt a csont kisebb-nagyobb területen elhal, szekveszter képződhet, gyulladás, állcsont-defektus alakulhat ki. A kórkép sokszor hasonlít a sugárkezelésen átesett betegeknél megfigyelt oszteo-radionekrózishoz.

A magyar arc-, állcsont- és szájsebészeti szakma képviselőinek egyöntetű véleménye, hogy nem a betegek abszolút száma, hanem a hazai esetszám dinamikus növekedése, az intravénás kezelésben részesülő betegek számának várható jelentős emelkedése miatt kell kiemelt figyelmet fordítani a biszfoszfonátokat rendelő orvosok, a betegek, a fogorvosok, az állcsontok környezetében sebészi beavatkozásokat végzők tájékoztatására.

A rendezvény célja volt, hogy felhívjuk a figyelmet az ilyen kezelésben részesülő betegek kivizsgálásának, tájékoztatásának, előkezelésnek és kontrollálásának speciális szempontjaira.

Fontos hangsúlyozni, hogy a biszfoszfonátokat gyártó cégek egy része már ma is sokat tesz a Betegek és a Kollégák informálásáért, továbbá, hogy a szövődmény mindegyik biszfoszfonát származék adása esetében kialakulhat (gyártótól függetlenül).

Kiemelten fontos a beteg tájékoztatása az állcsont-nekrózis lehetőségéről, mind a gyógyszert elrendelő orvos, mind a gyógyszergyártók részéről.

A fórumot lezáró kerekasztal-megbeszélésen a résztvevő szakmai társaságok az alábbi, konszenzusos állásfoglalást fogalmazták meg:

1. A biszfoszfonát-készítmények rendszeres szedésének előnye messze felülmúlja az esetleges mellékhatások okozta hátrányokat. Emiatt a kezelések elsődleges indikációi (pl. oszteoporózis, daganatáttétek kezelése, a patológiás törések megelőzése stb.) nem kérdőjelezhetők meg.

2. **Malignus kórképek** esetén, az alapbetegség miatt immunszuppresszív állapotban lévő betegek a biszfoszfonátokat várhatóan magas dózisban, i.v. kezelés formájában, életük végéig kapják. Esetükben a kezelés megkezdése előtt, vagy legkésőbb annak első 3 hónapjában történjék fogorvosi vizsgálat, kezelés. A fogazat ellátása, szanációja megegyezik a sugárterápia előtt szokásos preventív beavatkozásokkal (rossz fogak-gyökerek eltávolítása, depurálás, gócmentesítés, konzerváló fogászati beavatkozások). E betegcsoport rendszeres fogorvosi ellenőrzése szükséges.

3. **Oszteoporózis**, illetve egyéb metabolikus csontbetegség esetén fontos a betegek szövődmény-orientált tájékoztatása, javasolt a betegek (szokásos) fogorvosi kontroll-vizsgálata. Erősen ajánlott, hogy a fokozott rizikójú betegek (súlyos parodontitisz, diabétesz, rossz szájhigiéné szimultán fennállása) igen alapos felvilágosítása, rendszeres fogorvosi ellenőrzése. Elengedhetetlen a fogorvosi-szájsebészeti kezelések alkalmával tájékoztatni a kezelőorvost a megkezdett biszfoszfonát terápiáról. Nagyon fontos a fokozott szájhigiene fenntartása, panasz esetén a fogorvos haladéktalan felkeresése.

4. A biszfoszfonát-kezelés alatt álló beteg foghúzás, szájsebészeti beavatkozás előtt a gyógyszer szedését ne hagyja abba. Nem állnak rendelkezésünkre olyan kontrollált eredmények, melyek a szövődmények ily módon történő elkerülhetőségéről számolnának be. A kezelés felfüggesztése az alapbetegség eredményes kezelése miatt legtöbbször nem is lehetséges. A kezelés befejezését követően a biszfoszfonátok a csontokból évtizedek alatt (csak csont-resorptio útján) ürülnek, ha egyáltalán ez maradéktalanul megtörténne.

5. Mindkét betegcsoport esetén fontos, hogy foghúzás, szájsebészeti beavatkozás antibiotikus (pl. amoxicillin + klavulánsav 2x1,0 g/die, penicillin-allergia esetén clindamycin 4x300 mg/die, legalább 14 napig) védelemben – már a beavatkozás előtt 1-2 nappal megkezdve – történjen. Törekedni kell a minimál-invazív megoldásokra, a fogmegtartásra. Fogsort viselő betegeknél alapvető az alaplemez puhánmaradó anyaggal történő alábélelése, a nyálkahártya-mikrosérülések elkerülésére.

6. Kialakult állcsont-nekrózis esetén a betegek kezelését minden esetben arc-állcsont-szájsebész végezze. A terápia legtöbbször, a szájhigiene fokozásából, antibiotikus kezelésből, a nekrotikus csontrészek konzervatív (általában ismételt) eltávolításából, olykor szoft-lézer kezelésből, szükség esetén radikális sebészeti beavatkozásokból áll. Műtét során kötelező a lágy- és keményszövetekből a mintavétel az alapbetegség (pl. daganat) propagációjának kizárására. A kialakult csont-nekrózis előbb felsorolt módszerekkel nem gyógyítható maradéktalanul, a betegek folyamatos kontrollja, időről időre ismételt kezelése szükséges.

7. Biszfoszfonát-készítmények indukálta csont-nekrózisok esetén gyógyulásról tehát nem, csupán tartós remisszióról beszélhetünk. Éppen ezért a legfontosabb feladat a széles körű tájékoztatás és a prevenció. A fórum résztvevői fontosnak tartják, hogy a hazai alap- és szakellátásban résztvevő általános és fogorvosok tájékoztatást kapjanak a biszfoszfonát-kezelés előnyeiről, esetleges veszélyeiről.

8. Az oszteonekrózis kialakulásának gyanúja esetén a beteg keressen fel fogorvosi vagy fogsebészeti, arc-állcsontsebészeti szakambulanciát. A szakrendelés orvosa értesítse a beteg (alapbetegséget) kezelő orvosát a diagnózisról, és együtt beszéljék meg a teendőket.

Budapest, 2009. október 07.

Magyar Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Társaság
Dr. Olasz Lajos, egyetemi tanár, Elnök

Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság
Dr. Horváth Csaba, egyetemi docens, Elnök

Magyar Onkológusok Társasága
Dr. Szentirmay Zoltán, egyetemi tanár, Elnök

Magyar Reumatológusok Egyesülete
Dr. Poór Gyula, egyetemi tanár, Elnök

Magyar Ortopéd Társaság
Dr. Bucsi László, főorvos, Elnök