

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

(Revidert oktober 2025 v/prof. Bente Brokstad Herlofson, avd. oral kirurgi og oral medisin, UiO, OUS)

Kreftpasienter:

Før oppstart/under: Intravenøs bisfosfonatbehandling (hver 4-6 uke), subcutan denosumab-behandling (120mg, hver 4-6 uke), adjuvant intravenøs bisfosfonatbehandling (hver 3. eller 6. måned i henholdsvis 2 eller 5 år)

- Hyppig administrasjon: høy ONJ-risiko (1-15%), adjuvant dosering; liten til moderat ONJ-risiko (1-2%), økt risiko langvarig behandling, høy kumulativ dose, høy total dose. Noe økt risiko ved denosumab versus zoledronsyre, denosumab akkumulerer ikke i kjeveben som zoledronsyre og effekten avtar etter 6-9mnd.
- Økt ONJ-risiko ved komorbiditet (eks. diabetes, revmatoid artritt), komedikasjon (kortikosteroider, immunsuppressiva, antiangiogene, tyrosinkinasehemmere, kjemoterapi, hormonbehandling, biologiske medikamenter; obs medikamenter med endelser; -nib, -mab, -mus, -ercept), orale infeksjoner
- Grundig klinisk og røntgenologisk 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 benresorpsjonshemmer før komplett bløtvevstilheling. Økt risiko ved fjernelse av underkjevemolarer.
- Informere pasient om risiko for ONJ og forebygg oral sykdom som kan kreve inngrep senere.
- Instruer pasient i god munnhygiene, optimaliser tannproteser for å unngå decibitus.
- Jevnlig tannlege-/tannpleierkontroll (min. hver 6. måned).
- Hvis tannex nødvendig henvis til oral-kjevekirurg for optimalisering av tilheling med primær bløtvevslukning. Vurder pause i medisinerings i samråd med behandlende onkolog **til bløtvevstilhelet alveole**. Implantatkirurgi frarådes hos pasienter som behandles for skjelettmetastaser eller myelomatose. Ved adjuvant behandling; individuell risikovurdering og god pasientinformasjon og behandlingen bør utføres av spesialist med erfaring.

Osteoporosepasienter:

Før oppstart/under peroral (70mg en gang pr uke)/intravenøs (5mg en gang årlig) bisfosfonat-behandling, subcutan denosumabbehandling (60mg, 2 ganger årlig), subcutan romosozumab (250mg (105mg x2) 1 gang pr måned i 12 måneder)

- Risiko for ONJ er mye lavere hos disse pasientene (< 1%) enn for kreftpasienter. Risiko øker ved behandling utover 4 år og ved komorbiditet (se over), komedikasjon (se over) og orale infeksjoner.
- Pasienten bør informeres om liten ONJ-risiko, men instrueres i god munnhygiene og om jevnlig kontroll.
- Klinisk og røntgenologisk rutineundersøkelse med henblikk på orale infeksjonsfoci før eller tidlig i behandlingen. Pasienter som ikke har vært hos tannlege/tannpleier på lenge burde få vurdert tannstatus før oppstart.
- Implantatbehandling er ikke kontraindisert, men pasienten må informeres om at risiko for osteonekrose og implantatsvikt øker med antall år på benresorpsjonshemmer og at langtidsoppfølging derfor er viktig. anbefaler aksial belastning og jevnlig kontroll av okklusjon og munnhygiene.
- Pausering ikke nødvendig før tannex eller annen oralkirurgi (implantater), men inngrep bør om mulig ikke utføres rett etter administrert denosumabinjeksjon eller iv bisfosfonatinfusjon. Elektivt inngrep tilpasses før neste dose slik at komplett bløtvevstilheling oppnås og i samråd med behandlende lege vurdere å utsette neste dose hvis tilheling ikke er tilfredsstillende. Vurder antibiotikaparaply ved suppurasjon, komorbiditet/komedikasjon (eks. diabetes, revmatoid artritt, kortikosteroider, immunsuppressiva). Tannekstraksjon bør utføres atraumatisk, skarpe benkanter nivelleres og vurder primær bløtvevslukning eller henvis til oral-kjevekirurg. Størst risiko ved fjernelse av molarer. **Alltid kontroll til komplett bløtvevstilheling (6-8 uker).**

Pasienter med utviklet ONJ eller med ONJ mistanke

- Henvises til og håndteres av oral-/kjevekirurg

Husk at benmodulerende behandling er viktig for pasientene; reduserer risiko for patologiske brudd, bentap, tilbakefall av sykdom, tidligere død og bedrer livskvalitet!