

A biszfoszfonátok indukálta állcsont-oszteonekrózisok

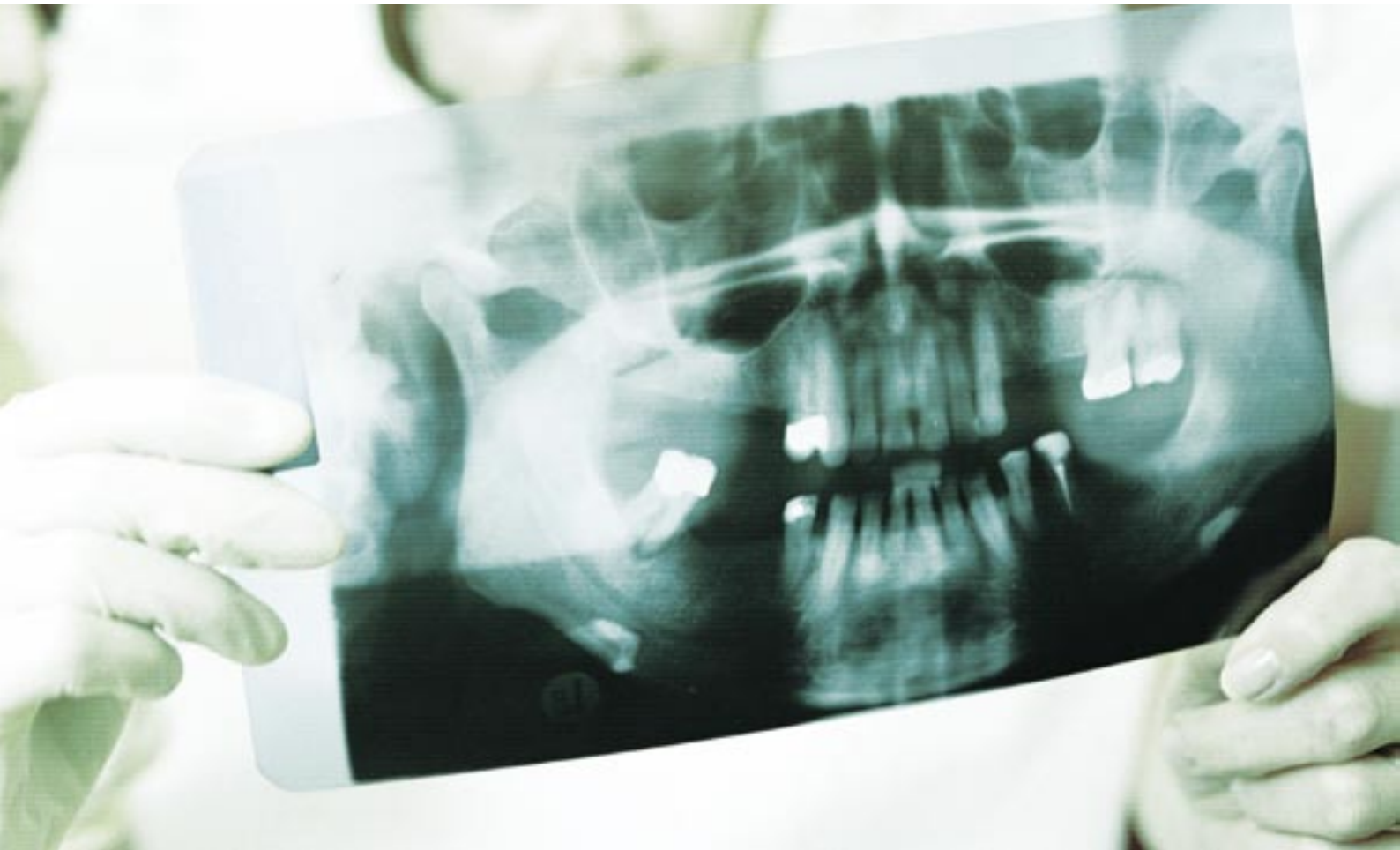
A Magyar Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Társaság kezdeményezésére, a Magyar Orvostudományi Társaságok Egyesületének Szövetsége (MOTESZ) „A biszfoszfonátok által indukált állcsont-oszteonekrózisok megelőzése és kezelése” címmel, a Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság, a Magyar Onkológusok Társasága, a Magyar Rheumatológusok 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 osteoporózis, 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 szájhigiéné, 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-deformitás alakulhat ki. A kórkép sokszor hasonlít a sugárkezelésen átesett betegeknél megfigyelt oszteo-radioneurózishoz.

A magyar arc-, állcsont- és szájszészeti szakma képviselőinek egyöntetű véleménye, hogy nem a betegek abszolút száma, hanem 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 gyógyszerrel 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, daganattáttétek kezelése, a patológiás törések megelőzése stb.) nem kérdőjelezhetőek 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, gócmesítés, konzerváló fogászati beavatkozások). E betegcsoport rendszeres fogorvosi ellenőrzése szükséges.

3. Oszteoporózis, illetve egyéb metabolikus csontbetegség esetén fontos a betegek szövődményorientált tájékoztatása, javasolt a betegek (szokásos) fogorvosi kontrollvizsgálata. Erősen ajánlott, hogy a fokozott rizikójú betegek (súlyos parodontitisz, diabétesz, rossz szájhigiéné szimultán fennállása) igen alapos felvilágosítása, rendszeres fogorvosi ellenőrzése. Elengedhe-

tetlen a fogorvosi-szájszészeti kezelések alkalmával tájékoztatni a kezelőorvost a megkezdett biszfoszfonát terápiáról. Nagyon fontos a fokozott szájhigiéné fenntartása, panasz esetén a fogorvos haladéktalan felkeresése.

4. A biszfoszfonát kezelés alatt álló beteg foghúzás, szájszészeti beavatkozás előtt a gyógyszer szedését ne hagyja abba. Nem állnak rendelkezésünkre olyan kontrollált eredmények, melyek a szövődmények ilyen 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 csontreszorpció útján) ürülnek, ha egyáltalán ez maradéktalanul megtörténne.

5. Mindkét betegcsoport esetén fontos, hogy foghúzás, szájszészeti 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 – történjék. Törekedni kell a minimál invazív megoldásokra, a fogmegtartásra. Fogsort viselő betegeknél alapvető az alaplmez puhán maradó anyaggal történő alábélelése, a nyálkahártya-mikrosérülések elkerülésére.

6. Kialakult állcsont-nekrózis esetén a beteg kezelését minden esetben arc-állcsont-szájszész véggezze. A terápia legtöbbször, a szájhigiéné fokozásából, antibiotikus kezelésből, a nekrotikus csontrészek konzervatív (általában ismételt) eltávolításából, olykor szoftlézer-kezelésből, szükség esetén radikális sebészeti beavatkozásokból áll. Műtét során kötelező a lágyszövetekből 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 beszél-

hetünk. Éppen ezért a legfontosabb feladat a széles körű tájékoztatás és a prevenció. A fórum résztvevői fontosnak tartják, hogy a hazai alap- és szakellátásban részt vevő 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.

DR. OLASZ LAJOS, EGYETEMI TANÁR, ELNÖK
Magyar Arc-, Állcsont- és Szájszészeti Társaság

DR. HORVÁTH CSABA, EGYETEMI DOCENS, ELNÖK
Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság

DR. SZENTIRMAI ZOLTÁN, EGYETEMI TANÁR, ELNÖK
Magyar Onkológusok Társasága

DR. POÓR GYULA, EGYETEMI TANÁR, ELNÖK
Magyar Reumatológusok Egyesülete

DR. BUCSI LÁSZLÓ, FŐORVOS, ELNÖK
Magyar Ortopéd Társaság

GRPCONSULT HAB MED CDV

Wir suchen für ein öffentliches Schwerpunktkrankenhaus (>500 Betten) mit angeschlossenem, medizinischen Zentrum in Stadtrandnähe, nordöstlich von Wien/ÖSTERREICH folgende Positionen

OBERARZT (m/w) für INNERE MEDIZIN / GASTROENTEROLOGIE Arbeitszeitmodell mit 6 Stunden-Tagen
*** Möglichkeit: Leitung eines Funktionsbereiches ***

mit abgeschlossener Facharztausbildung für Innere Medizin – das Zusatzfach Gastroenterologie ist nicht Bedingung, aber erwünscht; Teilzeit ist möglich. Die Abteilung bietet Gastroenterologie und Endoskopie mit Spezialeingriffen auf internationalem Niveau – (ERCP, Polypenabtragung, interventionelle Sonografie, etc.).

OBERARZT (m/w) für INNERE MEDIZIN / ONKOLOGIE Arbeitszeitmodell mit 6 Stunden-Tagen
mit abgeschlossener Facharztausbildung für Innere Medizin – das Zusatzfach Onkologie ist Bedingung; Teilzeit ist möglich.
Der wachsende Bereich der Onkologie bietet eine selbständige, breit gefächerte Tätigkeit mit der Möglichkeit, bei Interesse, einer wissenschaftlichen Betätigung.

OBERARZT (m/w) für ANÄSTHESIE oder fertiger ARZT (m/w) – mit NOTARZT-Einsätzen

Die gut ausgestattete Abteilung Anästhesie beinhaltet eine Intensivstation (550 Patienten pa.) und eine Schmerzambulanz. Gesucht wird Facharzt für Anästhesie oder fertiger Arzt (mit der Zulassung als Arzt in Ungarn arbeiten zu können). Interesse für Anästhesie ist Voraussetzung. Stelle beinhaltet Abteilungs- und Notarzttätigkeit. Für den Arzt besteht die Chance auf einen späteren Facharztausbildungsplatz. Voraussetzung: Notarztdiplom

ACHTUNG: alle Stellen nur mit sehr guten Deutschkenntnissen!!
Die Führung einer eigenen Praxis ist bei allen Positionen erlaubt.
Wohnmöglichkeit vorhanden. Für Details siehe unsere Homepage.

Rufen Sie uns an – wir gestalten Ihre Zukunft!
Ihre Bewerbung richten Sie bitte per Mail oder Post an:

GRPconsult MMAG. PETER GRILL
4050 Traun / Austria Leharstrasse 15
TEL: + 43 699 1075 2909 FAX: +43 7229 614 71
MAIL: office@grpconsult.at WEB: www.grpconsult.at