

Benskörhet och tandvård

Den största risken i munhålan vid osteoporos är inte att man ska få en fraktur av käkbenet. Det sker mycket sällan, och då oftast efter kraftigt trauma. Men det finns annat i munhälsan som påverkas och som är bra att känna till.



Charlotta Elleby,
Sjukhustandläkare¹, doktorand²,
¹Medicinsk tandvård Stockholms
sjukhem, Folk tandvården Stock-
holms län AB,² Institutionen för
Neurobiologi, Vårdvetenskap och
Samhälle, Karolinska Institutet.
e-post charlotta.elleby@ssl.se

Bakgrund

Benskörhet beror på en negativ balans i den ständigt pågående omsättningen av benvävnad, så att mindre ben bildas än vad som byggs upp, och benet blir skörare. Det yttre, kortikala lagret av benet, blir tunnare och mer poröst och det inre, trabekulära, benet får tunnare och gle sare trabekelstruktur. Denna process pågår från ca 30 års ålder hela livet ut, och kvinnor har en extra snabb bennedbrytning efter klimakteriet. För att sätta diagnosen benskörhet, osteoporos, görs en speciell mätning av benmineral-tätheten i höft och kotor, s.k. DXA, Dual X-ray Absorptiometry. Benskörhet i sig ger inga symtom, men drabbade personer får en ökad risk för frakturer även vid förhållandevis mildt trauma. Förutom mineralhalten, bentätheten, är strukturen av benvävnaden av betydelse. Andra kända riskfaktorer är t.ex. hög ålder, att vara kvinna, att redan ha haft en benskörhetsfraktur, långvarig medicinering med kortison samt ökad fallrisk. För att göra en bedömning av frakturrisken har ett web-baserat verktyg utvecklats, FRAX, där man matar in data om riskfaktorer för att få en uppskattning av den absoluta risken att få en benskörhetsfraktur de kommande 10 åren(1).

Riskbedömning av benskörhet hos tandläkaren

För att ännu bättre kunna identifiera de personer som riskerar att få en benskörhetsfraktur letar man efter fler riskfaktorer så att rätt behandling ska kunna sättas in hos rätt individer och frakturer undvikas. Här deltar även tandläkarna.

Underkäken är ett av de ben i kroppen där det sker snabbast benomsättning. Därför har många studier gjorts, och är på gång, om sambandet mellan käkbenets struktur på röntgen och osteoporos och frakturer. Man studerar både intraorala (bild 1, intraoral röntgenbild) och extraorala röntgenbilder s.k. panoramaröntgen (bild 2, panoramaröntgen). Många av dessa studier har visat att gles trabekel-struktur ökar risk för förekomst av osteoporos och frakturer och på panoramaröntgen har man kunnat se att en tunn och porös nedre begränsning av underkäken är vanligare vid osteoporos. Det har även gjorts dator-program som automatiskt ska kunna bedöma röntgenbilderna. Än så länge saknas dock det vetenskapliga stödet för att införa dessa undersökningar rutinmässigt (2).

Benskörhet och tandbehandling

Benskörhet har visat sig ha en viss betydelse vid tandbehandling. (3). Vid tandreglering hos vuxna, särskilt äldre kvinnor, kan det gå fortare och krävas mindre kraft för att förflytta tänder vid gles benstruktur än vid tät. Likaså kan det vid behandling med tandimplantat behövas längre implantat-skruvar och längre inläkningstid vid gles benstruktur. Om tandlossningssjukdomen påverkas av benskörhet är inte fastställt. Det finns vetenskapliga studier som visar både på att det går fortare och långsammare för tänderna att förlora ben-fäste vid benskörhet. Flera tandläkare vittnar om att det är lättare att ta bort tänder vid gles än vid tät benstruktur. De uppger också att det är lättare att få viss bedövning att ta. Men detta finns inte fastlagt i vetenskapliga studier.

Risker med mediciner mot benskörhet

Patienter som erbjuds medicinering mot benskörhet i form av bisfosfonater (t.ex. Alendronat eller Aclasta) eller monoklonala antikroppar (t.ex. Denosumab)

brukar få information om att det finns ökad risk för komplikationer i munhålan och rekommenderas att kontakta sin tandläkare för en infektionssanering före behandlingsstart. Den ovanliga biverkningen man vill undvika är svåråtläta sår i munnen med blottade benytter, s.k. käkbensnekros, MRONJ (Medication Related Osteonecrosis of the Jaw).(4) Benblottorna, som består av nekrotisk (död) benvävnad, kan vara större eller mindre eller inte synas alls. Tillståndet är inte alltid smärtsamt, i alla fall inte i början, men slemhinnan i anslutning till benet kan vara rodnad och svullen och det kan förekomma sekundär infektion. Behandlingen av MRONJ beror på symtom och omfattning. Vid mindre avancerade stadier fokuseras på upprätthållande av god munhygien, men oftast krävs både käkkirurgisk behandling och antibiotikabehandling, ibland långvarig.

MRONJ kan uppstå efter t.ex. tanduttagning, en tandinfektion eller pga. skavsår från en illasittande protes, men ibland helt utan synbar orsak. Patientens allmänhälsa och munhygien påverkar uppkomsten av MRONJ, men den största riskfaktorn är dosen och hur länge behandlingen pågått (5). Mediciner som används mot benskörhet ges också som en del i cancerbehandling, mot skelettsmärtor och spontanfrakturer vid benmetastaser eller som tilläggsbehandling efter cancerbehandling. Doserna vid dessa behandlingar är betydligt högre och förekomsten av MRONJ betydligt vanligare än vid medicinering mot benskörhet. De patienter som får läkemedlen i samband med cancerbehandling har betydligt större risk (upp till 15 %) att få MRONJ än vid behandling mot osteoporos (0,001-0,44 %) pga. den högre dosen. Man räknar med att risken med att ha stått på bisfosfonater kvarstår resten

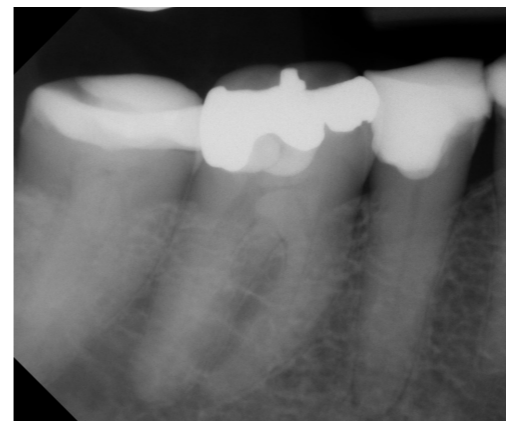


Bild 1, intraoral röntgenbild



Bild 2, panoramaröntgen

” Att inspektera munhålan i samband med munvård är också bra eftersom det är vanligt att patienter som får hjälp med munvården inte alltid kan informera om att något känns annorlunda i munnen. ”

av livet, men för denosumab avtar den snabbt efter avslutad behandling. För att inte avskräckas i onödan från att använda läkemedel mot osteoporos bör man betänka den goda effekt de har på minskning av frakturrisken. Läkemedlen beräknas minska kotfrakturer med 40-70% och höftfrakturer med ca 40 %. Att jämföra med risken för MRONJ som alltså ligger under en halv procent!

Vad kan man då göra för att ändå minska risken för MRONJ? Ett besök hos tandvården inför behandlingsstart rekommenderas. Det kanske finns någon tand som har en misstänkt, ”tyst” infektion och bör tas bort, tandlossning som kan behandlas, eller råd som kan ges för att förbättra munhygien. Att behålla kontakten med tandvården kontinuerligt resten av livet är också viktigt. Om man blir beroende av andras omsorg är det viktigt att omvårdnadspersonalen lägger märke till förändringar i munhålan och förändrade ätvanor. Det

finns en stor risk för ökad mängd karies, hål i tänderna, när man blir omsorgsberoende, och det kan leda till infektioner och att tänder behöver tas bort. Därför rekommenderas ofta högfluortandkräm (t ex Duraphat) istället för vanlig tandkräm vid tandborstning som bör ske 2-3 ggr per dag. Det här är extra viktigt för personer som fått behandling mot osteoporos, för att förebygga uppkomst av MRONJ. En god munhygien är viktigt för att förhindra tandlossning, även det en risk för uppkomst av MRONJ. Den bästa insats du som arbetar med äldre kan göra är att stödja och hjälpa personer som fått behandling mot osteoporos att upprätthålla god munhygien och att säkerställa att deras kontakt med tandvården inte bryts. Att inspektera munhålan i samband med munvård är också bra eftersom det är vanligt att patienter som får hjälp med munvården inte alltid kan informera om att något känns annorlunda i munnen. •

Referenser

1. Centre for Metabolic Bone Diseases UoS, UK. FRAX Fracture Risk Assessment Tool 2008 [Available from: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/index.aspx>].
2. Devlin H, Whelton C. Can mandibular bone resorption predict hip fracture in elderly women? A systematic review of diagnostic test accuracy. Gerodontology. 2015;32(3):163-8.
3. Jonasson G, Elleby C., Rythén, M. Käkens bentäthet - så påverkar den odontologiska behandlingar. Tandlakartidningen. 2019;111(11):104-8.
4. Aljohani S, Fliefel R, Ihbe J, Kuhnisch J, Ehrenfeld M, Otto S. What is the effect of anti-resorptive drugs (ARDs) on the development of medication-related osteonecrosis of the jaw (MRONJ) in osteoporosis patients: A systematic review. Journal of cranio-maxillo-facial surgery : official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery. 2017;45(9):1493-502.
5. Mucke T, Krestan CR, Mitchell DA, Kirschke JS, Wutzl A. Bisphosphonate and Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw: A Review. Seminars in musculoskeletal radiology. 2016;20(3):305-14.