

Svar ←



Af **SANNE W.M. ANDERSEN**
Specialtandlæge i kæbekirurgi,
Rigshospitalet

Svar på kommentar til Tandlægebladet fremsat af Torben Lillie om medicinrelateret osteonekrose i kæberne

Kære Torben Lillie

Tak for dine kommentarer til artiklen omhandlende patienter i knoglestyrkende behandling. Det fremgår af dine kommentarer til artiklen, at du overvejende er interesseret i de patienter, der er i knoglestyrkende behandling på grund af osteoporose.

Mit svar vil derfor tilsvarende alene omhandle denne patientgruppe. Det er en meget vigtig patientgruppe, som der skal være fokus på. Hvis ikke vi forstår at håndtere denne patientgruppe korrekt, kan konsekvenserne for den enkelte patient blive overordentlig store - ikke kun fysisk, men i den grad også psykisk.

Tallene for patienter, der udvikler medicinrelateret osteonekrose i kæberne (MRONJ), fortsætter desværre med at stige på trods af information vedrørende behandling af patienter i antiresorptiv behandling. Det får desværre den konsekvens, at en række patienter skal igennem store kirurgiske indgreb (knogleresektion og/eller yderligere tandekstraktion), der til tider er af invaliderende karakter. Tandekstraktion er den langt overvejende årsag til udvikling af MRONJ.

Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) udkom i marts 2021 med informationsmateriale om patienter i knoglestyrkende behandling. Særligt teksten omhandlende patienter i adjuverende eller lavdosis behandling over fire år har ifølge STPS affødt en del spørgsmål og kommentarer. Teksten i informationsmaterialet, som har givet anledning til spørgsmål, er:

Bliver implantatindsættelse, tandekstraktion eller anden oral kirurgi nødvendig, bør der foretages en individuel sundhedsfaglig vurdering af, om behandlingen kan foretages af en specialtandlæge i primærsektoren, eller om patienten skal henvises til en tand-, mund- og kæbekirurgisk afdeling på et sygehus).*

Der blev af den årsag i marts 2022 lavet en fodnote - som der i læserbrevet refereres til:

) Begrænsningen af de nævnte kirurgiske behandlinger på disse patienter ligger udelukkende i autorisationslovens § 17 om **omhu og samvittighedsfuldhed. Der skal dog ligge **væsentlige sundhedsfaglige overvejelser til grund for, at tandlæger uden speciale** udfører implantatindsættelse, tandekstraktion eller anden oral kirurgi på patienter i adjuverende eller lavdosis behandling i mere end fire år.*

Det er vigtigt at være opmærksom på og forstå betydningen af fodnoten, da den vil indgå i disciplinærsager.

Vi oplever desværre på trods af ovenstående, at flere patienter, der diagnosticeres med MRONJ på hospitalsafdelingerne, stiller spørgsmål til, om det forløb, de har gennemgået, kunne have været undgået, hvis deres tandlæge havde handlet anderledes og eventuelt henvist til specialtandlæge i kirurgi eller til hospitalsafdeling. I den sammenhæng kan det konstateres, at mange patienter er velinformeret om informationsmaterialet fra STPS og i en række tilfælde er uforstående overfor, hvorfor deres tandlæge ikke har henvist. Informationsmaterialet er udarbejdet af STPS, netop for at sikre patientsikkerheden - for i bedste tilfælde at kunne undgå, at patienter udvikler MRONJ - og dermed undgår invaliderende operationer til følge. I den sammenhæng er der to aspekter, som man må holde sig for øje: Det ene er, at danske specialtandlæger i kæbekirurgi har en avanceret femårig kæbekirurgisk uddannelse bag sig, som er anerkendt på lige fod med lægelige specialistuddannelser. Uddannelsen må forventes at give optimale forudsætninger for at behandle denne komplekse patientkategori, og det synes jeg, man skal anerkende. Det andet er det princip, som ligger til grund for, hvor behandlinger skal placeres i sundhedsvæsenet, nemlig at "øvelse gør mester". I aktuelle problemstilling, hvor det kan konstateres, at tandudtrækninger overvejende er ►



Vi kan som tandlæger ikke forebygge osteoporose, men **vi kan forebygge**, at patienter med osteoporose udvikler MRONJ

årsag til MRONJ, vil man med rette kunne indvende, at det har den privatpraktiserende tandlæge erfaring i. Der er imidlertid det problem, at antallet af patienter med den særlige medicinske problemstilling hos den enkelte tandlæge næppe er så stort, så det kan give anledning til den ønskede erfaring.

Antallet af patienter, der er i behandling grundet osteoporose, er ifølge de seneste oplyste tal fra 2022: 116.985. På nuværende tidspunkt kendes tallene ikke for, hvor mange patienter der har været i behandling i mere end fire år. I 2022 var der 4.772.698 borgere over 18 år, hvilket er de patienter, der behandles hos de privatpraktiserende tandlæger. Så ved beregning giver det, at 2,5 % af befolkningen over 18 år modtager behandling mod osteoporose, hvor behandlingsperioden med knoglestyrkende medicin er ukendt. Hvis din antagelse om, at hver 7. patient i de danske tandlægeklinikker skal modtage osteoporosebehandling, er sand, da vil der være tale om, at 681.814 patienter (14,3 % af befolkningen) skal modtage behandling grundet osteoporose. Dette ville være en stigning på 582 %, hvilket jeg ikke anser som sandsynligt.

Hvad angår din diskussion om ventetider og transport, er der, så vidt jeg er orienteret, ingen data, som for nærværende understøtter dine påstande. Med udgangspunkt i det tidligere nævnte princip om, at "øvelse gør mester", har man i Danmark besluttet at samle komplekse medicinske og kirurgiske behandlinger i større enheder på hospitalerne for at sikre patienterne den bedst mulige behandling efter princippet "øvelse gør mester". Behandling af patienter i knoglestyrkende behandling kan forekomme banal, men er kompleks grundet patientens grundmor-

bus. Konsekvenserne for den enkelte patient, når behandlingen ikke forløber, som det er forventet, er særdeles alvorlig og kan være svært invaliderende. Det er ikke min erfaring, at patienterne ikke vil flytte sig geografisk for at få den behandling, der kan sikre dem mod alvorlige bivirkninger. Det gør patienter også i mange andre sammenhænge, og vi må trods alt forvente, at patienter, som er i knoglestyrkende behandling, ikke hver og hver anden dag skal have ekstraheret en tand. Indtil data viser noget andet, som kan give anledning til at revidere det nuværende setup, skal vi selvfølgelig alle følge de retningslinjer, som STPS har udsendt.

Vi kan som tandlæger ikke forebygge osteoporose, men vi kan forebygge, at patienter med osteoporose udvikler MRONJ. Forebyggelse og behandling af infektion er en yderst vigtig opgave, og dette gælder også for patienter i både lav, adjuverende og høj-dosis knoglestyrkende behandling ♦

KILDER

1. STYRELSEN FOR PATIENTSIKKERHED. (Set 2023, september). Tilgængelig fra: URL: <https://stps.dk/da/laering/risikoomraader/laeringrisikoomraaderosteonekrose-i-kaeberne/~media/35DE3DEE311647C2A0724E5901EB2C86>
2. MEDSTAT.DK. (Set 2023, september). Tilgængelig fra: URL: www.medstat.dk
3. DANMARKS STATISTIK. (Set 2023, september). Tilgængelig fra: URL: www.statistikbanken.dk