

Osteonecrosi della mandibola/mascella

Cos'è l'osteonecrosi?

L'osteonecrosi della mandibola/mascella è una condizione rara, caratterizzata da un'area circoscritta di necrosi del tessuto osseo, associata a un quadro di infezione a lenta guarigione. Questo quadro si può potenzialmente verificare in pazienti che utilizzano bisfosfonati e denosumab, ma anche in persone che non assumono questi farmaci.

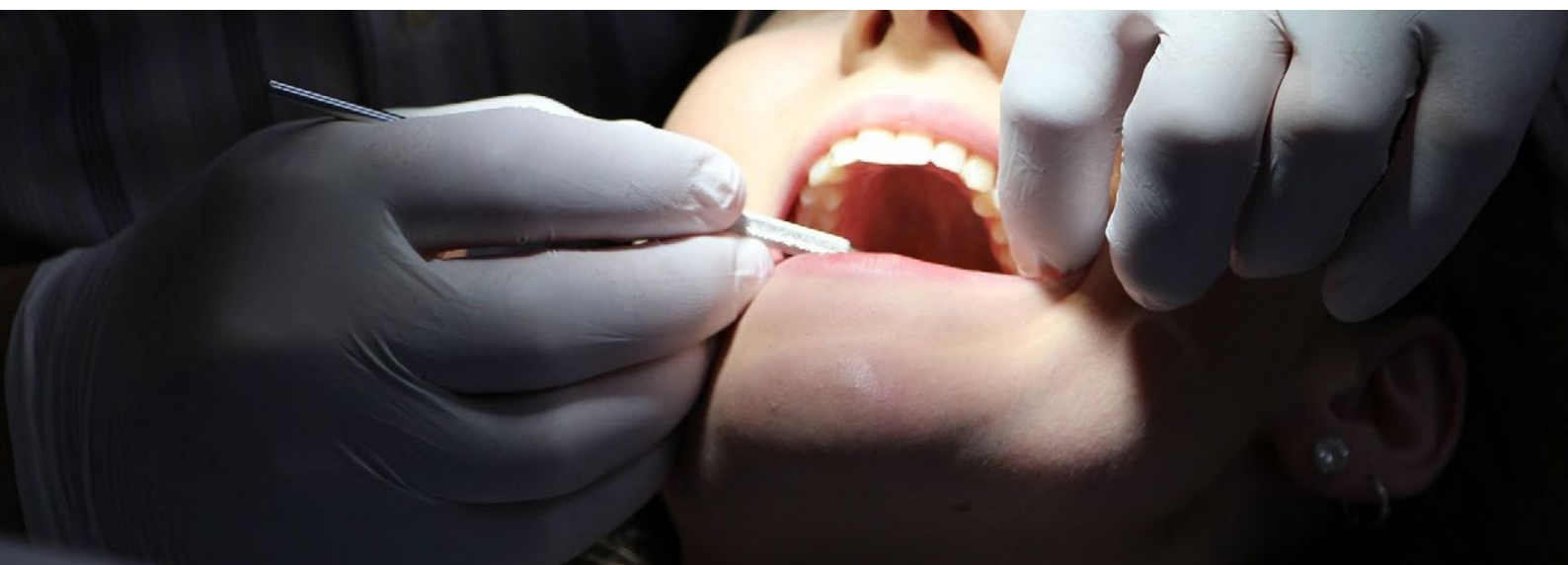
Quanto è frequente?

L'osteonecrosi è una condizione rarissima, anche nei soggetti che assumono bisfosfonati o denosumab per osteoporosi o altre patologie scheletriche benigne. L'incidenza infatti (1 caso ogni 10.000 - 100.000 soggetti all'anno) è solo di poco superiore a quella della popolazione generale. Il rischio è invece più elevato nei soggetti, affetti da neoplasie con metastasi ossee, che assumono questi farmaci a dosaggi molto più elevati.

L'aumento del rischio nei pazienti con metastasi è dovuto al fatto che questi pazienti assumono, in un anno, la dose di farmaco che un paziente con osteoporosi assume in 10 o più anni di terapia.

Che sintomi dà l'osteonecrosi?

L'osteonecrosi può presentarsi con un'area di tessuto osseo non coperto da gengiva senza sintomi oppure, nei casi più gravi, con un quadro di dolore intenso con segni di infezione e suppurazione nel cavo orale. I sintomi più frequenti sono dolore, parestesie e tumefazione della gengiva. In presenza di uno di questi sintomi, chiunque, indipendentemente dall'eventuale terapia con bisfosfonati o denosumab, dovrebbe eseguire una valutazione odontoiatrica per porre la corretta diagnosi. Questi sintomi infatti sono molto comuni e, nella maggior parte dei casi, sono dovuti ad altre patologie del cavo orale, molto più frequenti.



Letteratura

- Di Fede O et al The Dental Management of Patients at Risk of Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw: New Paradigm of Primary Prevention. *Biomed Res Int.* 2018
- Khan AA et al International Task Force on Osteonecrosis of the Jaw. Case-Based Review of Osteonecrosis of the Jaw (ONJ) and Application of the International Recommendations for Management From the International Task Force on ONJ. *J Clin Densitom.* 2017
- Campisi G, et al. Proceedings of the Closed Round Table and Italian Consensus on the Medication-related Osteonecrosis of Jaws (MRONJ) the Symposium of Italian Society of Oral Pathology and Medicine (SIPMO) Ancona, 20 October 2018.

10 cose da sapere sull'osteonecrosi della mandibola/mascella

1

La terapia con bisfosfonati o denosumab, se assunta da massimo 3 anni, non determina alcun rischio particolare e non richiede da parte sua o del dentista particolari precauzioni in occasione di interventi odontoiatrici, a meno che lei non abbia uno o più dei seguenti fattori di rischio: 1. Terapia cronica con cortisone; 2. Diabete; 3. Fumo ; 4. Artrite Reumatoide o altre connettiviti.

2

Il medico che le ha prescritto il farmaco deve indicarle l'eventuale presenza di altri fattori di rischio di osteonecrosi (terapia cronica con cortisone, fumo, diabete, artrite reumatoide o altre connettiviti), in modo che lei possa informare il suo dentista.

3

È consigliabile che lei, indipendentemente dalla terapia che sta facendo, abbia una corretta igiene orale e si sottoponga regolarmente a igiene orale professionale. Se porta una protesi mobile deve farne periodicamente valutare la stabilità dal dentista.

4

Non vi sono differenze nel rischio di osteonecrosi tra i bisfosfonati che si assumono per via orale (alendronato, risedronato e ibandronato) e quelli somministrati per via endovenosa (zoledronato, ibandronato, neridronato). Inoltre, non ci sono differenze tra bisfosfonati e denosumab.

5

Se deve fare un intervento dentario (estrazioni, chirurgia periodontale/endodontica, implantologia, chirurgia preimplantare) e assume il farmaco da massimo 3 anni e non ha fattori di rischio non è necessario, se non suggerito dal dentista, che esegua una profilassi antibiotica. Soprattutto, non è necessario che sospenda la terapia.

6

Se deve fare interventi dentari (estrazioni, chirurgia periodontale/endodontica, implantologia, chirurgia preimplantare) e assume il farmaco da più di 3 anni o ha fattori di rischio aggiuntivi è opportuno che esegua una profilassi antibiotica.

7

Non vi sono evidenze che la sospensione della terapia sia associata a una riduzione del rischio di osteonecrosi. Non è quindi indicato che lei, in previsione di interventi dentari, sospenda il farmaco autonomamente o solo sulla base dell'indicazione del dentista.

8

In caso di situazioni particolari, in presenza di fattori di rischio aggiuntivi di osteonecrosi, lo specialista che le ha prescritto il bisfosfonato, dopo attenta valutazione del rapporto rischio/beneficio in termini di rischio di frattura e rischio di osteonecrosi, potrà decidere per una sospensione di 2-3 mesi. La terapia con Denosumab richiede degli accorgimenti in più.

9

Se assume Denosumab deve sapere che la sospensione della terapia o il ritardo nell'esecuzione della terapia si può associare ad un aumento acuto del rischio di frattura, in particolare vertebrale. È fondamentale quindi che lei non decida autonomamente, o su indicazione unicamente del dentista, di sospendere la terapia, ma consulti eventualmente lo specialista.

10

Indipendentemente dalla durata della terapia con questi farmaci non è controindicata in generale l'implantologia.