

Spinalenheter og andre enheter



I Tidsskriftet nr. 14/2012 om temaserien om ryggmargsskader problematiserer Ragnar Stien to felter (1): begrepet «spinalenhet» på den ene siden og viktigheten av tette bånd mellom akuttbehandling og rehabilitering og oppfølging av ryggmargsskader på den andre.

Det er viktig at akuttbehandlere har kunnskap om langtidsutfall som grunnlag for evaluering av sin virksomhet i tillegg til at det bør være tett kontakt og felles vurderinger når det gjelder eventuell

kirurgisk behandling av komplikasjoner. Stien har nok et poeng i at samarbeid mellom akutt- og rehabiliteringsmiljøene kan forbedres, selv om mitt inntrykk er at dette står i sentrum hos de ryggmargsskadebehandlende og -rehabiliterende miljøene i Norge. Et tettere samarbeid er nok ikke minst også mulig mellom miljøene som gjennomfører kirurgisk behandling av ryggmargsskadede.

Når det gjelder begrepsbruken, synes Stien å forutsette at begrepet «enhet» kun kan brukes hvis behandlingen på en enhet omfatter alt fra akuttbehandling til langtidsoppfølging. Jeg tror få avdelinger i norsk helsevesen er organisert slik. Et eksempel er slagenhetene som står for akuttbehandling og tidlig rehabilitering av slagpasienter de første par ukene etter slaget, men som regel ikke videre oppfølging, unntatt eventuelt en poliklinisk kontroll 3–6 måneder etter slaget (som heller ikke alltid er tett knyttet opp mot slagenheten). Mye av den videre behandlingen og oppfølgingen innenfor spesialisthelsetjenesten, spesielt den delen som er rettet mot funksjonsnedsettelse på grunn av hjerneslag, skjer i rehabiliteringsavdelinger. Selv om dagens slagenheter dermed ikke er «comprehensive» i den forstand Stien nevner, synes «slagenhet» å være et nyttig begrep.

Frank Becker

frank.becker@medisin.uio.no

Frank Becker (f. 1969) er spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Han er seksjonsoverlege ved Seksjon for hjerneslag ved Sunnaas sykehus og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Stien R. Tema: Ryggmargsskader. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1584.

Publisert som rask respons i nettutgaven 16.8. 2012.

Bivirkninger av bisfosfonater

Erik Fink Eriksen & Johan Halse diskuterer i Tidsskriftet nr. 14/2012 indikasjoner for seponering av bisfosfonater (1). Jeg har selv ingen kompetanse innen osteoporosebehandling og har ikke innvendinger mot konklusjonene i kronikken, men vil kommentere det jeg oppfatter som en bagatellisering av kjeveosteonekrose som bivirkning. Bisfosfonatrelatert kjevebeinsosteonekrose (bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws, BRONJ) er en alvorlig bivirkning som definisjonsmessig innebærer blottlagt nekrotisk kjevebein. Alvorlige infeksjoner og sekvestrering oppstår ofte sekundært. Slik nekrose utløses gjerne av et traume, et typisk eksempel er tanntrekking, men kan også oppstå spontant. Selv om kronikkforfatterne påpeker at «en direkte patogenetisk sammenheng med bisfosfonatbruk mangler», kan det ikke være tvil om en klar årsakssammenheng (2, 3). At man

derimot «har kartlagt en rekke andre risikofaktorer som disponerer for kjevebeinsosteonekrose» er ukjent for meg.

Det finnes i dag ingen etablerte kurative behandlingsregimer mot bisfosfonatrelatert kjevebeinsosteonekrose. Risikoen er utvilsomt høyest for intravenøst administrerte bisfosfonater gitt på onkologisk indikasjon, der kumulativ insidens i enkelte studier er blitt angitt til over 10 % (2). Ved osteoporosebehandling med perorale bisfosfonater er nekrose, som Eriksen & Halse påpeker, et mindre problem i forhold til nytteverdien. Det er imidlertid tegn som tyder på at slik nekrose også i denne pasientgruppen forekommer hyppigere enn tidligere antatt, med kumulativ insidens på opp mot 1 % etter tannekstraksjoner (2). Dette kan synes lite, men flere titusener behandles med bisfosfonater på osteoporoseindikasjon i Norge. Tatt i betraktning alvorlighetsgraden og fravær av effektive behandlingsregimer er dette derfor et stort problem for et økende antall pasienter (4). Underrapportering er antakelig utbredt: Ved en gjennomgang av de siste 25 registrerte BRONJ-tilfellene ved egen avdeling var kun ett meldt til Relis. Samtaler med andre kjevekirurgiske avdelinger bekrefter at tilsvarende underrapportering dessverre er vanlig. For øvrig var 15 av tilfellene oppstått etter peroral bisfosfonatmedikasjon på osteoporoseindikasjon. Kun en av disse har siden blitt friskmeldt for denne typen nekrose.

Jeg er enig med Eriksen & Halse i at risiko for eller etablert bisfosfonatrelatert kjevebeinsosteonekrose ikke nødvendigvis er indikasjon for seponering av bisfosfonater. Behandlere av osteoporose må allikevel være klar over problemstillingen, og det bør etter min mening oppfordres til tannlegeundersøkelse for sanering av dårlige tenner og potensielle infeksjonsfoci før bisfosfonatbehandling iverksettes.

Sigbjørn Løes

sigbjorn.loes@odont.uib.no

Sigbjørn Løes (f. 1975) er dr. philos., førsteamanuensis og spesialist i oral kirurgi og oral medisin, Kjevekirurgisk avdeling, Haukeland universitetssykehus og Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Oppgitte interessekonflikter: Han er prosjektmedarbeider (ulønnet) i «DEMAB – Sikkerhetsstudie av nytt osteoporosemedikament» [denosumab], et multinasjonalt prosjekt finansiert av Amgen].

Litteratur

1. Eriksen EF, Halse J. Når seponere bisfosfonater? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1630–2.
2. Yamazaki T, Yamori M, Ishizaki T et al. Increased incidence of osteonecrosis of the jaw after tooth extraction in patients treated with bisphosphonates: a cohort study. Int J Oral Maxillofac Surg 2012; e-publisert 26.7.2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2012.06.020>.
3. Marx RE. Uncovering the cause of «phossy jaw» Circa 1858 to 1906: oral and maxillofacial surgery closed case files—case closed. J Oral Maxillofac Surg 2008; 66: 2356–63.
4. Løkken P, Skoglund LA, Skjelbred P. Kjeveosteonekrose ved bisfosfonatbehandling. Tidsskr Nor Legeforen 2007; 127: 1945–7.

Publisert som rask respons i nettutgaven 15.8. 2012.

E.F. Eriksen & J. Halse svarer:

Vi takker for kommentaren til vår artikkel, men vi er uenige i flere av de fremsatte synspunktene. For det første må osteoporosepasienter og kreftpasienter behandles separat når det gjelder risiko. Kreftpasienter har mer enn 100 ganger høyere risiko for kjeveosteonekrose enn pasienter i behandling for benign sykdom (1). Derfor understrekes behov for tannlegeundersøkelse før start av bisfosfonatbehandling kun for kreftpasienter i preparatomtalene for bisfosfonater fra EMEA og FDA. Odontologisk undersøkelse av alle osteoporosepasienter før behandlingsstart virker overdrevet i betraktning av den lave risikoen for kjeveosteonekrose hos pasien-

>>>

ter som ikke har kreft. Siden perorale bisfosfonater ikke brukes i kreftbehandling, er denne forskjellen i risiko også den mest sannsynlige forklaringen på den høyere hyppigheten av kjeveosteonekrose ved bruk av intravenøs administrasjon av bisfosfonater, som er rapportert i visse oversikter. Blant osteoporosepasienter er det ikke vist at risikoen ved intravenøs administrasjon er høyere enn for peroral administrasjon (1, 2).

Termen «BRONJ» bør også revideres, da kjeveosteonekrose ikke er en bisfosfonat spesifikk bivirkning. Denosumab, som er et monoklonalt antistoff med anti-resorptiv effekt, gir samme risiko for kjeveosteonekrose som bisfosfonater (3). Det er også rapportert tilfeller av kjeveosteonekrose hos placebobehandlede pasienter.

Prognosen for kjeveosteonekrose er betydelig bedret de seneste årene. Nyere artikler anfører at bruk av munnskyllinger med klorheksidin, tidlig sutur av slimhinnedefekter, antibiotika og behandling med PTH kan forebygge og i mange tilfeller føre til fullstendig regresjon av lesjoner i slimhinne og bein (4).

At bivirkninger underrapporteres er velkjent, men at den for kjeveosteonekrose skulle være så uttalt som anført av Sigbjørn Løes, er etter vår erfaring vanskelig å tro. Vi har behandlet flere tusen osteoporosepasienter med bisfosfonater – mange i ti år eller mer – og har ikke sett et eneste tilfelle av kjeveosteonekrose ennå. Overdiagnostisering av kjeveosteonekrose kan ikke utelukkes heller, det er for eksempel vanskelig å differensiere kjeveosteomyelitt fra kjeveosteonekrose.

Kjeveosteonekrose er en alvorlig bivirkning, men risikoen hos osteoporosepasienter er så lav, at den ikke spiller en vesentlig rolle for iverksettelse av behandling. Situasjonen er selvfølgelig en helt annen hos pasienter med kreft, hvor en odontologisk bedømmelse før behandling er viktig. At alle pasienter skal informeres om denne bivirkningen, er en selvfølge.

Erik Fink Eriksen

e.f.eriksen@medisin.uio.no

Johan Halse

Erik Fink Eriksen (f. 1953) er seksjonsoverlege ved Endokrinologisk avdeling, Oslo universitetssykehus.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatter har mottatt honorar fra Amgen, Novartis og Eli Lilly.

Johan Halse (f. 1944) er praktiserende spesialist ved Osteoporose-klinikken, Spesialistsenteret Pilestredet Park.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatter har mottatt honorar fra Amgen, MSD, Novartis, Nycomed, Eli Lilly, GSK, Pfizer, Roche og Novo Nordisk.

Litteratur

1. Khosla S, Burr D, Cauley J et al. Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: report of a task force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res* 2007; 22: 1479–91.
2. Poole KE, Compston JE. Bisphosphonates in the treatment of osteoporosis. *BMJ* 2012; 344: e3211.
3. Stopeck AT, Lipton A, Body JJ et al. Denosumab compared with zoledronic acid for the treatment of bone metastases in patients with advanced breast cancer: a randomized, double-blind study. *J Clin Oncol* 2010; 28: 5132–9.
4. Voss PJ, Joshi Oshero J, Kovalova-Müller A et al. Surgical treatment of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: technical report and follow up of 21 patients. *J Craniomaxillofac Surg* 2012; e-publisert 13.2.2012.

Feil ved årstall?

I Tidsskriftet nr. 14/2012 beskrives juvenil myoklonusepilepsi, og Marte Roa Syvertsen og medarbeidere hevder at tilstanden først ble beskrevet av Théodore Herpin i 1867 (1). Men rett før har de sagt at han levde 1799–1865. Hvordan kan dette ha seg?

Younes Bakali

yb1980@gmail.com

Younes Bakali arbeider ved Ditt Apotek Sveio.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Syvertsen MR, Markhus R, Selmer KK et al. Juvenil myoklonusepilepsi. *Tidsskr Nor Legeforen* 2012; 132: 1610–3.

Publisert som rask respons i nettutgaven 17.8. 2012.

M.R. Syvertsen & K.O. Nakken svarer:

Younes Bakali må berømmes for grundig lesing! Forklaringen er enkel: Herpin døde i 1865. Hans hovedverk om epilepsi, «Des Accès Incomplets d'Épilepsie», ble utgitt posthumt, dvs. i 1867. Dette verket inneholdt en ikke tidligere publisert beskrivelse av juvenil myoklonusepilepsi (1).

Marte Roa Syvertsen

marsyv@vestreviken.no

Karl Otto Nakken

Marte Roa Syvertsen (f. 1982) er assistentlege ved Neurologisk avdeling, Drammen sykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Karl Otto Nakken (f. 1945) er seksjonsoverlege ved Klinikkk for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Eadie MJ. The epileptology of Théodore Herpin (1799–1865). *Epilepsia* 2002; 43: 1256–61.

Systematisk oversikt om kvikksølveksponering

Bjørn Hilt og medarbeidere skriver i Tidsskriftet nr. 14/2012 at det sannsynligvis er økt forekomst av kognitive senskader etter kvikksølveksponering i tannhelsetjenesten, men at denne forekomsten antagelig er lav (1). På bakgrunn av at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2011 fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å oppsummere tilgjengelig forskning om kvikksølveksponering og helseutfall av slik eksponering for tannhelsepersonell (2), ønsker vi å kommentere innlegget. Vi identifiserte totalt 118 studier hvor grad av og/eller effekten av kvikksølveksponering hos tannhelsepersonell var undersøkt. Disse studiene fant vi både gjennom omfattende litteratursøk og gjennom innspill fra Hilt og andre eksperter i Norge. Vi synes det er rart at Hilt ikke har referert til vårt omfattende arbeid.

Hilts og Kunnskapssenterets konklusjoner er imidlertid i stor grad sammenfallende.

Vi fant 83 studier om graden av kvikksølveksponering hos tannhelsepersonell. Norske studier skilte seg i liten grad fra resten av Norden og fra verden for øvrig, og tannhelsepersonell er utvilsomt, men i varierende grad, blitt eksponert for kvikksølv. Det er påvist høyest eksponering i 1960-årene, og synkende fremover mot 1990-årene. Det syntes som om tannlegeassistenter hadde vært utsatt for større mengder kvikksølv enn tannleger, og i de fleste studiene var det enkeltindivider blant de eksponerte som hadde betydelig høyere kvikksølvkonsentrasjon i vev enn gjennomsnittet. I flere studier bemerket studieforfatterne at 4–5 % av respondentene hadde høye verdier, inkludert enkelte «ekstremverdier», av kvikksølv.

>>>