POLEKOWA MARTWICA ŻUCHWY. FAKTY I MITY . Nagranie już dostępne

POLEKOWA MARTWICA ŻUCHWY. FAKTY I MITY

Video dostępne: https://youtu.be/OZ6PdV1af98

AKADEMIA OSTEOPOROZY

KONTROWERSJE

POLEKOWA MARTWICA ŻUCHWY. FAKTY I MITY.

Plan

- Definicja i patogeneza polekowej martwicy żuchwy (MRONJ)
- Częstość występowania w osteoporozie i u osób leczonych lekami antyresorpcyjnymi
- Ryzyko MRONJ po wyrwaniu zęba
- i wszczepieniu implantu
- Zasady leczenia i profilaktyki
- Podsumowanie

Streszczenie

Przyczyną MRONJ jest infekcja kości powodowana najczęściej uszkodzeniem dziąsła po zabiegu stomatologicznym (60-70%), lub skutkiem infekcji przyzębia. MRONJ jest wynikiem działania wielu czynników stanu zdrowia około zębowego i ogólnego. Przewlekła infekcja w trakcie chorób przyzębia zwiększa ryzyko MRONJ oraz wpływa na ogólny stan zdrowia. Osteoporoza równocześnie ze starzeniem się obniża fizyczną i biologiczną jakość kości żuchwy. Leki antyresorpcyjne: bisfosfoniany i denosunab obniżają odporność kości na infekcję poprzez zahamowanie przebudowy kości i angiogenezy.

Częstość MRONJ po bisfosfonianach jest różnie podawana w piśmiennictwie od 0.002% do 0,5%. Na dużym materiale (467.654) wykazano po 5 latach leczenia częstość 0,05 % (1/2000 leczonych). W 10-letnim badaniu klinicznym denosunabu stwierdzono po 10 latach leczenia 0,27% MRONJ. Dane w realnym świecie wykazują częstość 0,32% – 0,95% w krótszym okresie.. Ryzyko MRONJ zwiększa się z czasem ekspozycji. W trakcie leczenia BP wynosi kolejno: 0.01% po 2 latach; 0.05% po 5 latach; 0,18% po 10 latach. (1 MRONJ/ 2000 leczonych po 5 latach). MRONJ nie występuje po lekach tworzących kość (bone anabolic) takich jak: teryparatyd, abaloparatyd, romosozumab.

Po wyrwaniu zęba częstość MRONJ wynosi: bez osteoporozy 0,003%; z osteoporozą bez leków 0,1%. Po leczeniu bisfosfonianami MRONJ występuje u 0,8%, a po DSB 2,3% leczonych. Leki antyresorpcyjne w osteoporozie zwiększają przeżywalność implantów ale podnoszą ryzyko MRONJ zwłaszcza po długotrwałej terapii (ponad 5 lat). Leczenie stadium MRONJ 0-2 jest z reguły zachowawcze: antyseptyk (chlorhesydyna) i ewentualnie antybiotyk.

Zasady leczenia są szczegółowo opisane w światowym piśmiennictwie m.in. AAMOS. Podstawą zapobiegania jest higiena jamy ustnej. Przed rozpoczęciem leczenia wskazana jest konsultacja stomatologiczna celem m.in. usunięcia ognisk zapalnych. Leczenie osteoporozy kontynuujemy tak długo jak korzyści dla pacjenta są większe niż ryzyko powikłań w tym MRONJ.

Prowadzący:

Prof. dr hab. med. Edward Czerwiński

Słowa kluczowe:

Osteoporoza, Martwica_żuchwy, MRONJ, ONJ, Bisfosfoniany. Denosumab, Ibandronian. Zoledronian, Terypapatyd, Abalopartatyd, Romosozumab, Przyzębie, Paradontoza, Implanty, Wyrwanie_zęba, Stomatologia, Diagnostyka, Leczenia.

,

Teamaty webinarów w programie „Kontrowersje w Osteoporiz

Wiosna

21.04.2026 Czy leki biopodobne denosumabu są bezpieczne?

Lato

18.06.2026 Polekowa martwica żuchwy. Fakty i mity.

Jesień

24.09.2026 Przerwanie terapii denosumabem. Czy efekt odbicia to katastrofa?

Zima

15.12.2026 Czy mamy najlepszy lek w osteoporozie?

Nie mogłem się oprzeć by tłem dla kolejnych prezentacji stał się utwór Antoni Vivaldi „Cztery Pory Roku”. https://www.youtube.com/watch?v=ri3MKARBRE0&t=5s

Wykłady prowadzi prof. dr hab. med. Edward Czerwiński. www.eczerwinski.pl

Nagrania polskiej wersji webinarów będą dostępne na Polskim Portalu Osteoporozy https://www.youtube.com/@AKADEMIAOSTEOPOROZY

Wersja angielska „Academy of Osteoporosis” oraz „Controveries” będzie dostępmna Vumedi

https://www.vumedi.com/channel/academy-of-osteoporosis/