

Gestoorde wondgenezing na extractie van een molaar

Bij een 63-jarige vrouw was een maand na de extractie van gebitselement 27 sprake van een gering pijnlijke, niet-genezende extractiealveole. Omdat zij per os een bisfosfonaat gebruikte, werd de klinische diagnose bisfosfonaatgerelateerde osteonecrose van de kaak gesteld. De behandeling was conservatief. Omdat 1 maand later de pijn was verergerd en de wondgenezing was verslechterd, werd een biopt genomen. Histopathologisch onderzoek wees uit dat het ging om een non-hodgkinlymfoom.

Schepers RH, Visscher JGAM de. Gestoorde wondgenezing na extractie van een molaar
Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 93-95

Gegeven

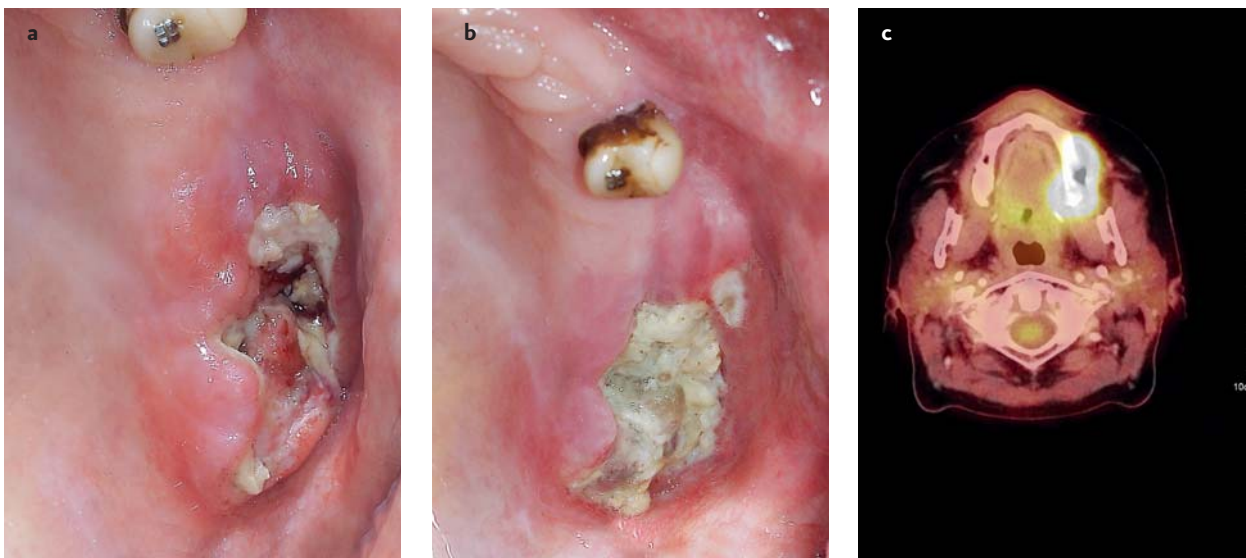
Een 63-jarige vrouw werd door haar tandarts naar een kaakchirurg verwezen vanwege geringe pijnklachten en een niet-genezende extractiealveole van gebitselement 27. In verband met parodontitis was gebitselement 27 een maand eerder door de tandarts geëxtraheerd. De vrouw had al 10 jaar een multinodulair struma en in 2005 was de ziekte van Wegener, een granulomateuze vasculitis van de kleine bloedvaten, vastgesteld. Vanwege osteoporose had zij de laatste 3 jaar dagelijks 35 mg alendronaat per os gebruikt.

Afb.1.

- Geëxposeerd kaakbot links in de bovenkaak 1 maand na verwijdering van gebitselement 27.
- Klinische situatie 2 maanden later.
- Een axiaal genomen positronemissie- en computertomografische scan (PET-CT-scan) toont verhoogde activiteit en een botdefect in de regio van gebitselement 27.

Diagnostiek en behandeling

Bij intraoraal onderzoek werd een parodontaal vervallen, gemutileerde dentitie gezien. Ter plaatse van gebitselement 27 was geëxposeerd bot zichtbaar dat was omgeven door hyperemische gingiva (afb. 1a). De botranden voelden niet scherp aan. De panoramische röntgenopname toonde geen duidelijke afwijkingen in de desbetreffende regio. Op basis van het oraal toegediende bisfosfonaat en het klinische aspect van de afwijking werd de diagnose bisfosfonaatgerelateerde osteonecrose gesteld. De afwijking werd geclassificeerd als stadium I (Ruggerio et al, 2006). De behandeling bestond uit dagelijks spoelen met 0,2% chloorhexidine. Een maand later bleek tijdens controle dat de pijn was verergerd en dat de expositie van bot en de hyperemie van de gingiva waren toegenomen (afb. 1b). Besloten werd tot het nemen van een biopt. Histopathologisch onderzoek leverde de diagnose diffuus grootcellig B-cellymfoom van het anaplastische type (non-hodgkinlymfoom) op.



Er werd positronemissie- en computertomografisch onderzoek (PET-CT-scan) van het gehele lichaam verricht. Hiermee worden 2 onderzoekstechnieken gecombineerd: computertomografie toont de anatomie en positronemissietomografie toont processen met verhoogde metabole activiteit, zoals ontstekingen en tumoren. Dit onderzoek wees in het linker molaargebied van de bovenkaak op een sterk verhoogde metabole activiteit en een beperkt botdefect (afb. 1c). Elders in het lichaam werden geen aanwijzingen gevonden voor lokalisaties van het non-hodgkinlymfoom. Voor aanvullende diagnostiek en behandeling werd de patiënte verwezen naar een internist-hematoloog.

Beschouwing

Bisfosfonaten zijn geneesmiddelen die de botresorptie remmen; zij kunnen oraal en intraveneus worden toegediend. Bisfosfonaten worden in toenemende mate voorgeschreven om de botdichtheid in stand te houden bij patiënten met postmenopauzale osteoporose, glucocorticoïdengeduceerde osteoporose, de ziekte van Paget, osteolytische haarden ten gevolge van multipel myeloom (ziekte van Kahler), hypercalciëmie en botmetastasen van solide maligne tumoren. Een bijwerking van het gebruik van bisfosfonaten is osteonecrose van de kaak (Marx, 2003; Marx et al, 2005). Dit treedt meestal op na extractie van een gebitselement, na chirurgische behandeling of door een drukplaats van een gebitsprothese, maar kan ook spontaan ontstaan (Bagan et al, 2006). De aandoening treedt vooral op bij het gebruik van intraveneus toegediende bisfosfonaten. Hoe langer bisfosfonaten worden gebruikt, hoe groter de kans op het ontstaan van osteonecrose (Allard et al, 2007; Kicken et al, 2007; Schortinghuis et al, 2007).

Discussie

De belangrijkste klinische kenmerken van osteonecrose van de kaak door het gebruik van bisfosfonaten zijn een niet-genezende botwond en geëxposeerd bot, omgeven door ontstoken gingiva en mucosa (afb. 2; het betreft een andere patiënt dan die in de huidige casus). Daarnaast heeft de patiënt spontane pijn of pijn bij aanraking van het wondgebied. Het klinische beeld is vaak zo specifiek dat het meestal niet noodzakelijk is een biopsie te verrichten voor het stellen van de diagnose. Aanvankelijk werd in de literatuur geadviseerd een biopsie uit te voeren om de klinische diagnose te bevestigen (Marx, 2003; Marx et al, 2005). Door voortschrijdend inzicht in de ontstaanswijze van de aandoening wordt een biopsie nu afgeraden, omdat hierdoor verergering van de afwijking kan optreden als gevolg van de zeer beperkte herstelcapaciteit van het kaakbot. De diagnose wordt dus meestal gesteld op basis van het gegeven dat de patiënt bisfosfonaten gebruikt en van het klinische beeld van de afwijking. De behandeling wordt bepaald door de classificatie van de afwijking en is vaak conservatief (Ruggiero et al, 2006; Schortinghuis et al, 2007). Genezing is veelal niet mogelijk, maar door een conservatieve behandeling



Afb. 2. Bisfosfonaatgerelateerde osteonecrose links in de bovenkaak 7 maanden na verwijdering van een molaar (deze afbeelding is niet van de in dit artikel beschreven patiënt).

wordt uitbreiding van de osteonecrose meestal voorkomen en neemt de pijn af. In zeldzame gevallen met sterke uitbreiding van de osteonecrose vindt chirurgische behandeling plaats.

Vanwege de beperkte omvang van de afwijking werd bij de gepresenteerde patiënt een conservatief beleid gevolgd. Omdat de afwijking in omvang was toegenomen, werd 1 maand na het eerste bezoek een biopt uit de afwijking genomen. Daaruit bleek dat het niet ging om bisfosfonaatgerelateerde necrose van de kaak, maar om een non-hodgkinlymfoom. Een non-hodgkinlymfoom komt zelden voor in de mond. Als het voorkomt, is de voorkeursplaats de overgang van het palatum durum naar het palatum molle (Wolvius et al, 1994).

Uitbreiding van de osteonecrose door chirurgische behandeling is niet ongebruikelijk. Een afwachtend beleid is dan ook gerechtvaardigd en een biopsie is niet geïndiceerd. Waarschijnlijk zou bij de hier beschreven patiënt de juiste diagnose pas na maanden zijn gesteld indien de afwijking niet in omvang was toegenomen. Dit moet niet worden gezien als een iatrogeen uitstel van de diagnose, maar dit is inherent aan het feit dat bisfosfonaatgerelateerde osteonecrose een klinische diagnose is. Het klinische beloop moet regelmatig worden beoordeeld en bij onverwachte bevindingen is een biopsie noodzakelijk.

Literatuur

- Allard RHB, Lips P, Eekhoff EMW, Merkesteyn JPR van, Waal I van der. Bisfosfonaatgerelateerde osteonecrose van de kaak 1. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 423-426.
- Bagan JV, Jimenez Y, Scully C. Jaw osteonecrosis associated with bisphosphonates: multiple exposed areas and its relationship to teeth extractions. Study of 20 cases. Oral Oncol 2006; 42: 327-329.
- Kicken M, Van Cann EM, Koole R. Bisfosfonaatgerelateerde osteonecrose van de kaak 2. Zes casussen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 428-431.
- Marx RE. Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. J Oral Maxillofac Surg 2003; 61: 1115-1117.
- Marx RE, Fortin M, Broumand V. Bisphosphonate-induced exposed bone (osteonecrosis/osteoporosis) of the jaws: risk factors, recognition, prevention and treatment. J Oral Maxillofac Surg 2005; 63: 1567-1575.
- Schortinghuis J, Meijndert L, Visscher JGAM de, Witjes MJH. Bisfosfonaatgerelateerde osteonecrose van de kaak 3. Twee casussen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 432-435.
- Ruggiero SL, Fantasia J, Carlson E. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: background and guidelines for diagnosis, staging and management. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2006; 102: 433-441.
- Wolvius EB, Valk P van der, Wal JE van der, et al. Primary extranodal non-Hodgkin lymphoma of the oral cavity. An analysis of 34 cases. Eur J Cancer B Oral Oncol 1994; 30B: 121-125.

Summary

Delayed wound healing post molar extraction

One month post extraction of the second left maxillary molar the alveolar extraction site showed no signs of healing and was painful. The patient had been using an oral bisphosphonate during 3 years. Therefore, the lesion was diagnosed as bisphosphonate-induced maxillary osteonecrosis. Treatment was conservative. Since one month later the pain had increased and the wound healing had decreased, a biopsy was carried out. Histopathologic examination revealed a non-Hodgkin lymphoma.

Bron

R.H. Schepers, J.G.A.M. de Visscher

Uit de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het Medisch Centrum Leeuwarden

Datum van acceptatie: 15 maart 2008

Adres: dr. J.G.A.M. de Visscher, Medisch Centrum Leeuwarden, Henri Dunantweg 2, 8934 AD Leeuwarden
j.de.visscher@znb.nl

Dankwoord

Met dank aan de afdeling Medische Fotografie van het Medisch Centrum Leeuwarden.