

Osteoradionecrose van de mandibula, vermoedelijk veroorzaakt door een frameprothese

Bij een 81-jarige man had zich na een chirurgische behandeling en radiotherapie in het hoofd-halsgebied vanwege een plaveiselcelcarcinoom vooraan in de mondbodem, een hardnekkige osteoradionecrose van de mandibula ontwikkeld. Vermoedelijk was de osteoradionecrose ontstaan doordat de aanwezige frameprothese het slijmvlies had beschadigd. De behandeling van osteoradionecrose van de kaak is niet eenduidig en bestaat onder andere uit verwijdering van eventuele sekwesters, het soms langdurig gebruik van antibiotica, behandeling met hyperbare zuurstof en ruime chirurgische verwijdering, al of niet gevolgd door reconstructie van de kaak.

Vijfeijken SECM van de, Karagozoglou KH, Rietveld DHE, Meester MMC, Waal I van der. Osteoradionecrose van de mandibula, vermoedelijk veroorzaakt door een frameprothese

Ned Tijdschr Tandheelkd 2012; 119: 413-414

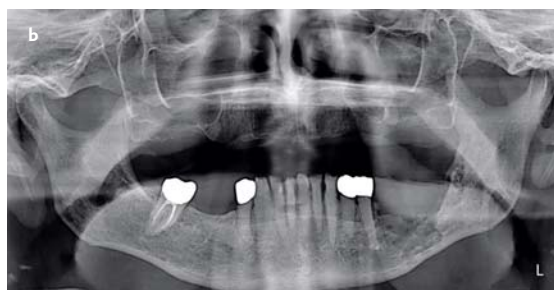
doi: 10.5177/ntvt.2012.09.12124

Gegeven

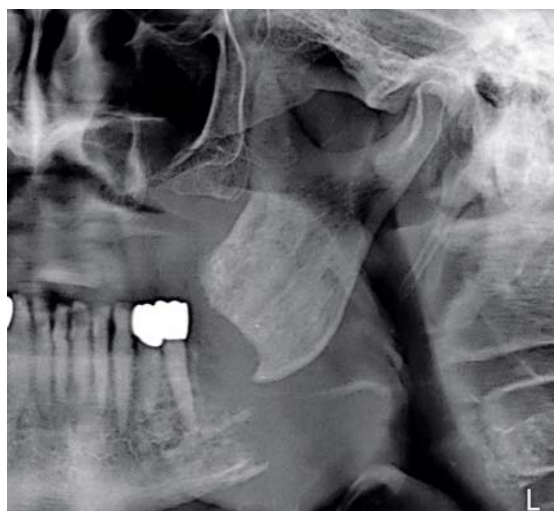
Medio 2005 onderging een toen 75-jarige man een chirurgische behandeling vanwege een T1N0 plaveiselcelcarcinoom vooraan in de mondbodem rechts. Wegens twijfel aan de radicaliteit van de chirurgische behandeling werd aanvullend radiotherapie gegeven tot een totale dosis van 66 Gy. Begin 2006 ontstond een slijmvliesdefect in het linguale deel van de molaarstreek in de mandibula aan de linkerzijde, vermoedelijk veroorzaakt door de aanwezige frameprothese. Aangezien de patiënt relatief weinig klachten ondervond, werd gekozen voor een terughoudend beleid, bestaande uit driemaandelijke controles. Eind 2010 was het slijmvliesdefect geleidelijk uitgebreid tot een groter deel van de processus alveolaris. De maximale afmeting bedroeg ongeveer 2 centimeter. Op een panoramische röntgenopname werden relatief geringe veranderingen van het bot gezien (afb. 1). Op dat moment waren er geen sensibiliteitsstoornissen in het verzorgingsgebied van de nervus alveolaris inferior. De patiënt bleek zijn frameprothese in de onderkaak niet goed meer te kunnen dragen. Onder de diagnose osteoradionecrose werd gestart met 3 keer per dag 600 milligram clindamycine gedurende 10 dagen. Vervolgens werd bijna 1 jaar lang een min of meer stationair klinisch beeld gezien met weinig klachten.

Anamnese, diagnostiek en behandeling

Eind 2011 was sprake van toenemende pijnklachten en tegelijk van een sensibiliteitsstoornis van de onderlip aan de linkerzijde. Hoewel het intraorale slijmvliesdefect min of meer onveranderd in omvang was gebleven, werd op een panoramische röntgenopname een aanwijzing gezien voor een mandibulafractuur.



Afb. 1. Geëxposeerd bot in de mandibula distaal van gebitselement 35, passend bij osteoradionecrose (a). Op de panoramische röntgenopname zijn relatief geringe botveranderingen zichtbaar (b).



Afb. 2. Panoramische röntgenopname direct na sekwestrectomie toont onderbreking van de continuïteit van de mandibula.

Onder algehele anesthesie werd een ruime sekwestrectomie uitgevoerd met opoffering van de continuïteit van de mandibula (afb. 2). Het bleek niet mogelijk het wekedelen-defect adequaat te sluiten. Mede gelet op de leeftijd van de patiënt, maar vooral gelet op de algemene conditie werd afgezien van een directe benige reconstructie van de mandibula. De bedoeling was de patiënt voorafgaande aan de

sekwestrectomie te behandelen met hyperbare zuurstof. Deze behandeling werd echter door de patiënt afgewezen. Na de sekwestrectomie werd alsnog behandeld met hyperbare zuurstof. Op dat moment was nog steeds sprake van een defect van het mondslijmvlies.

Beschouwing

Osteoradionecrose van de kaak is een late bijwerking van radiotherapie van een mondholtetumor (Vissink, 2003; Stokman et al, 2008). Een dergelijke complicatie doet zich meestal pas voor wanneer het bot radiotherapie heeft ondergaan met een dosis van meer dan 50 Gy. De kans op het optreden van osteoradionecrose blijft levenslang aanwezig.

Onder andere vanwege het relatief zelden voorkomen van osteoradionecrose van de kaak zijn er geen nationaal of internationaal aanvaarde diagnostische of therapeutische protocollen op dit gebied. Zo blijft ook de vraag onbeantwoord of het gebruik van antibiotica zinvol is en zo dat wel het geval is, wat dan het beste medicament, de beste toedieningsweg en de optimale dosering en duur van deze medicatie zijn. Bij osteoradionecrose is meestal sprake van trage sekwestervorming. Mochten op röntgenopnamen aanwijzingen te zien zijn voor sekwestervorming, dan is steeds de vraag of een terughoudend dan wel een chirurgisch actief beleid moet worden gevoerd, ook als na verwijdering van sekwesters een reconstructie van de kaak wordt overwogen. De waarde van hyperbare zuurstof daarbij staat eveneens ter discussie (Schulten et al, 2008).

Patiënten die radiotherapie krijgen vanwege een hoofdhalstumor krijgen intensieve mondhygiëne-instructies en professionele begeleiding tijdens en na de radiotherapie (Stokman et al, 2008). Daarbij wordt vaak gebruikgemaakt van een 0,12% chloorhexidinegel of een 1% neutrale fluoridegel.

Aangezien het vaak niet duidelijk is hoe hoog de stralingsdosis is geweest en hoe de verdeling over de boven- en de onderkaak was, is het in de algemene praktijk het meest veilig bij elke bloedige behandeling, ook al betreft het de extractie van slechts een enkel gebitselment, profylactisch een antibioticum voor te schrijven. Het voor te schrijven antibioticum ter preventie van osteoradionecrose is amoxicilline-clavulaanzuur (Augmentin®), 1100 milligram intraveneus of 3 keer per dag 625 milligram oraal, te beginnen 1 dag voor de behandeling en doorgaand tot 10 dagen na de behandeling. Bij overgevoeligheid voor amoxicilline is clindamycine (Daktarin C®) het alternatief, 3 keer per dag 600 milligram oraal, te beginnen 1 dag voor de behandeling en doorgaand tot 10 dagen na de behandeling. Bij onduidelijkheid is het raadzaam voorafgaand aan de behandeling contact op te nemen met de radiotherapeut.

Discussie

In de onderhavige casus lijkt het ontstaan van de osteoradionecrose te kunnen worden verklaard door beschadiging van het slijmvlies linguaal in de mandibula door de frameprothese. In andere gevallen kan soms geen directe oorzaak worden aangewezen.

Door focusonderzoek voorafgaande aan de radiotherapie wordt zoveel mogelijk geprobeerd het ontstaan van osteoradionecrose vanuit odontogene ontstekingshaarden te voorkomen. Wellicht had in deze casus de osteoradionecrose kunnen worden voorkomen door de frameprothese niet meer te dragen. Dat advies is wel gegeven, maar voor de patiënt was dat toen een onaanvaardbare optie.

Leermoment

Mondzorgverleners moeten op de hoogte te zijn van de mogelijkheid van het ontstaan van osteoradionecrose van de kaak als late bijwerking van (post-operatieve) radiotherapie in het hoofd-halsgebied. Bovendien is het hun taak defecten in de dentitie voorafgaand aan radiotherapie in het hoofd-halsgebied te behandelen. Het is onjuist te veronderstellen dat een patiënt die bijvoorbeeld meer dan 10 jaar geleden in het hoofd-halsgebied radiotherapie heeft ondergaan, geen risico meer loopt op het ontstaan van osteoradionecrose van de kaak.

Literatuur

- * Vissink A, Jansma J, Spijkervet FKL, Burlage FR, Coppes RP. Oral sequelae of head and neck radiotherapy. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14: 199-212.
- * Schulten EAJM, Winters HAH, Koch AE. Reconstructie na chirurgische tumorbehandeling in het hoofd-halsgebied. *Chirurgische en prothetische mogelijkheden*. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2008; 115: 215-223.
- * Stokman MA, Vissink A, Spijkervet FKL. Focusonderzoek en mondverzorging bij patiënten met kanker. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2008; 115: 203-210.

Summary

Osteoradionecrosis of the jaw, presumably caused by a removable partial denture

An 81-years-old man developed a severe osteoradionecrosis of the mandible following surgery and radiotherapy in the head and neck area as a result of a carcinoma at the front of the floor of the mouth. Presumably, the osteoradionecrosis had been developed by an injury of the oral mucosa due to a removable partial denture. There are no uniform guidelines for the treatment of osteoradionecrosis of the jaw bones. Treatment modalities vary from removal of sequestrs, sometimes long-term use of antibiotics, treatment with hyperbaric oxygen and wide surgical resection with or without reconstruction of the jaw.

Bron

S.E.C.M. van de Vijfeijken¹, K.H. Karagozolu¹, D.H.F. Rietveld², M.M.C. Meester¹, I. van der Waal¹

Uit ¹de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het VU medisch centrum/Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en ²de afdeling Radiotherapie van het VU medisch centrum in Amsterdam

Datum van acceptatie: 8 februari 2012

Adres: prof. dr. I. van der Waal, VUmc/ACTA, postbus 7057, 1007 MB

Amsterdam

i.vanderwaal@vumc.nl