

POSTER REVIEW
Prima Commissione
(categorie 1-2-3-4)

Dott.ssa Russo, Dott. Mozzati, Dott. Fusco

Poster presentati da:

Dott Fusco

Poster presentati da: Dott Fusco

Beninati - Ficarra (Firenze)-cat1

Lapi - Mazzaglia (Studio multicentrico)-cat1

Lupi (Pavia)-cat1

Meleti-Vescovi (Parma)-cat1

Migliario (Novara)-cat1

Mirelli (Milano)-cat2

Balzano – Scoletta (Torino)-cat4

Canuto – Scoletta – Mozzati (Torino)-cat3

Coialbu (Genova)-cat4

Condemi (Siderno)-cat6

Goia (Torino)-cat3

Loidoris (Rete Oncol Piemonte-Valle d'Aosta)-cat3

Manfredi – Vescovi (Parma)-cat3

Mozzati – Scoletta (Torino)-cat4

Pellegrini (Lucca)- cat3

Tronchet-Pacini (Padova-Verona)-cat4



FOLLOW-UP CLINICO RADIOLOGICO DI 46 CASI DI BRONJ

Beninati F, Pruneti R, Ficarra G

Università degli studi di Firenze

Centro di Riferimento Regionale per lo Studio e il Trattamento delle Malattie Orali

Casistica:

- **46 casi di BRONJ** diagnosticati tra il 2004 e il 2008
- 6 pazienti deceduti, 6 persi al follow-up, 6 guariti

- **Eta mediana** 68 anni
- **Sesso** 33-86 anni
- **Malattia di base**
 - Mieloma m. 33%
 - Ca mammario ... 30%
 - Ca prostatico11%
 - **Osteoporosi** 9%
 - Ca polmonare 7%
 - LNH 7%
 - Ca vescicale2%
 - **Artrite reum.** 2%

- **Terapia oncologica**
(eseguita entro un anno prima
dalla diagnosi di BRONJ)
44%
- **Bifosfonato assunto**
 - Zoledronato 57%
 - Pam + Zol 26%
 - **Alendronato** 7%
 - **Risendronato** ... 4%

- **Terapia BF mediana**
 - per e.v. 28 mesi
 - per o.s. 54 mesi
- **Cause scatenanti**
 - Estrazioni 59%
 - Dec. Prot.15%
 - Spontanee 17%
 - **Implantonologia** ...7%
 - Apicectomia2%

ASPETTI CLINICI

Alla diagnosi

- **Sintomatologia**

- Dolore ...76%
- Assente .. 24%
- Parestesia ...4%
- Trisma2%

- **Presentazione**

- Esposizione ossea ..78%
- Fistola orale22%

- **Terapia**

- Non chirurgica76%
- Curettage profondi ...22%
- Osteotomie e ricost2%

Al follow-up

- Stabili 45%
- Migliorate26%
- Peggiorate15%
- Guarite9%

ASPETTI RADIOGRAFICI (diagnosi-follow-up)

- Nessuna alterazione13% - 22%
- Osteolisi superficiale26% - 13%
- Osteolisi profonda17% - 25%
- Aspetto tarlato21% - 19%
- Impronta alveoli post-estr. ...17% - 0
- Sequestro 6% - 22%

Discussione e Conclusioni:

-Dati epidemiologici in accordo con la letteratura (correlazione della malattia con tipo di BF, via di somministrazione, dosaggio, e pratiche odontoiatriche invasive)

- Non evidenti segni di diminuzione della prevalenza della malattia negli ultimi anni

-Peggioramento clinico spesso correlato allo stato della malattia di base.

- I 6 decessi non sono direttamente correlabili alla BRONJ

- Approccio terapeutico di tipo conservativo da noi utilizzato sufficiente nel 76% dei casi a tenere sotto controllo la malattia e la sua sintomatologia.



**Assessing the risk of OsteoNecrosis of the Jaws (ONJ)
due to bisphosphonates therapy
in the secondary prevention of osteoporotic fractures:
a nested case-control study using regional claims databases**

Lapi F.1, Corrao G2, Montanaro N3, Sturkenboom M4, Geppetti P5, Gregori D6, Carle F7, Menna A8, Vestri AR9, Valenti M10, Caputi AP11, Mazzaglia G.1 On behalf of **“Bisphosphonates” Study Group**

1 Agenzia Regionale di sanità della Toscana, Unità di Epidemiologia (Firenze)

2 Facoltà di Scienze Statistiche, Università di Milano “Bicocca”

3 Centro Regionale di Valutazione ed Informazione sui Farmaci, Dipartimento di Farmacologia, Università di Bologna

4 Department of Epidemiology & Biostatistics & Medical Informatics, Pharmacoepidemiology Unit, Erasmus Medical Center, Rotterdam (NL)

5 Centro di Farmacoutilizzazione, Farmacoepidemiologia, Farmacovigilanza e Farmacoeconomia, Università di Firenze

6 Dipartimento di Salute Pubblica e Microbiologia, Università di Torino

7 Centro di Epidemiologia, Biostatistica e Medicina Informatica, Università Politecnica delle Marche

8 ASR Abruzzo, Agenzia Sanitaria Regionale, Pescara

9 Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia, Università La “Sapienza”, Roma

10 Dipartimento di Medicina e Salute Pubblica, Università dell’Aquila

11 Dipartimento di Medicina Sperimentale e Farmacologia, Università di Messina

METHODS. A retrospective cohort study with nested case-control analysis will be conducted, using claims databases of 5 Italian Regions and 10 Local Health Authorities accounting for 19 million inhabitants.

Patients included will be 55 years and older, discharged from hospital with a primary diagnosis (ICD9CM codes) of fracture at osteoporotic sites.

To date, the study cohort comprises 66,484 patients with a fracture, 8667 (13.0%) of them received at least one BP prescription during follow-up.

Epidemiologia della osteo-necrosi dei mascellari (ONJ) legata alla somministrazione di bisfosfonati (BF).

Lupi SM, Rizzo S.

Prof. Silvana Rizzo: Insegnamento di Chirurgia Speciale
Odontostomatologica- Dipartimento di Discipline Odontostomatologiche
“S.Palazzi”, Università degli Studi di **Pavia**

Revisione della letteratura
sulla incidenza e sui fattori di
rischio

Osteonecrosi dei Mascellari (ONJ) in pazienti sottoposti a terapia con Bisfosfonati (BP): esperienza di Parma.

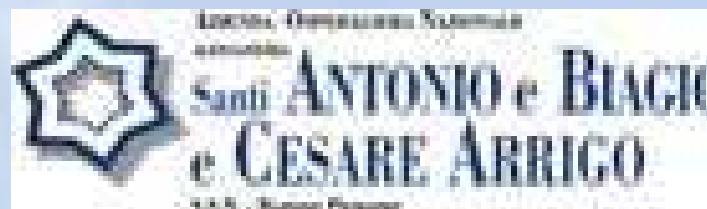
Marco **Meleti**, Elisabetta Merigo, Maddalena Manfredi, Rebecca Guidotti, Paolo Vescovi

Ambulatorio di Patologia e Chirurgia Laser Assistita- Sezione di Odontostomatologia- Università degli Studi di **Parma**.

Dal gennaio 2004 a maggio 2009, sono stati osservati **119 pazienti** (87 F, 32 M) **affetti da ONJ** ed in terapia con BP.

Di questi **21 (17.64%) erano trattati con BP per osteoporosi**, 50 (42.01%) per metastasi ossee e 48 (40.33%) per mieloma multiplo.

Stadio (sec. Ruggiero): 16 pazienti come STAGE I, **84 come STAGE II** e 19 come STAGE III.



ALESSANDRIA 23 GIUGNO 2009

**OSTEONECROSI DEI MASCELLARI (ONJ)
PREVENZIONE, DIAGNOSI, TRATTAMENTO
UPDATE 2009**

BRONJ: serie di 27 casi.

M. Migliario, A. Melle, C. Longo, P.L. Foglio Bonda, L. Rimondini.

*Corso di Laurea in Igiene Dentale (Presidente: Prof. Pier Luigi Foglio Bonda)
Facoltà di Medicina, Chirurgia e Scienze della Salute
Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro".*

*SCDU Odontoiatria e Stomatologia (Direttore Prof. Pier Luigi Foglio Bonda)
AOU Maggiore della Carità di **Novara***



27 pazienti (11 maschi ed 16 femmine) con lesioni osteonecrotiche riconducibili all'assunzione di bifosfonati,

13 pazienti con secondarismi ossei da tumori solidi (6 ca mammario, 3 ca prostata, 1 ca rene, 1 ca polmone, 1 ca vescica, 1 ca mediastinico),

10 pazienti con mieloma, 2 pazienti con osteoporosi, 1 paziente rispettivamente con LNH e d 1 con leucemia linfatica cronica.

40 lesioni, in 14 pazienti localizzate alla mandibola, in 8 al mascellare superiore ed in 5 ad entrambe le arcate.

Secondo la classificazione della AAOMS 15 lesioni erano di stadio 1 (11 alla mandibola e 4 al mascellare superiore), 12 di stadio 2 (7/5), 13 di stadio 3 (8/5)

Età media di insorgenza anni 68,06, DS \pm 8,92).

I pazienti avevano assunto in 19 casi zoledronato (numero medio somministrazioni mensili 21,26, DS \pm 13,28), in 4 casi pamidronato seguito da zoledronato (numero medio somministrazioni mensili di pamidronato 21,75, DS \pm 11,09; numero medio somministrazioni mensili di zoledronato 21,25, DS \pm 7,27; numero medio somministrazioni totali 43, DS \pm 10,98),

in 2 casi alendronato (numero medio somministrazioni settimanali 156, DS \pm 124)

1 caso unicamente **clodronato** (500 somministrazioni settimanali per os) o pamidronato 60 somministrazioni mensili per iv.

Le cause scatenanti sono state in 27 casi estrazioni, in 5 casi non riconducibili a nessun evento eclatante, in 4 casi a malattia parodontale avanzata, in 3 casi a protesi incongrue con decubito dei tessuti molli superficiali ed in 1 caso a perimplantite.

Delle 40 lesioni, 39 sono giunte alla nostra osservazione in pazienti a noi sconosciuti; 1 si è manifestata in una paziente inserita nei nostri protocolli di prevenzione e trattamento, in quanto portatrice di una lesione osteonecrotica n.d.d. in regione 3.8, affetta da parodontite avanzata, con mobilità dentale e migrazioni secondarie che, nonostante il trattamento conservativo, ha espulso un 2° molare inferiore destro.

Dalla nostra esperienza basata oltre che sulla cura dei pazienti affetti da lesioni sul controllo ed il trattamento profilattico di più di 200 pazienti in terapia con bifosfonati inviatici da colleghi ematologi, oncologi, fisiatri, reumatologi ed urologi, possiamo affermare che il trattamento preventivo influenza positivamente l'insorgenza di nuove lesioni.

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: ANALISI RETROSPETTIVA E UTILITA' DELL'INDAGINE RADIOLOGICA IN CASI DI OSTEONECROSI MASCELLARE

Mirelli C., Bartorelli L., Mantovani S., Dall'Agnola C., Scandola O., Teti P., Aspesi M., Baldisserri E., Alessandrì G.

*Università degli Studi di **Milano**- Facoltà di Medicina e Chirurgia –
Dipartimento di Scienze Chirurgiche Ricostruttive e Diagnostiche- Direttore: Prof.
F. Santoro –
Reparto di Conservativa ed Endodonzia –Responsabile: dott. L. Bartorelli*

MATERIALI E METODI: sono stati valutati esami radiografici di alcuni pazienti giunti nel nostro reparto, all'osservazione dei colleghi del "Progetto bifosfonati"

CONCLUSIONI : la collaborazione multidisciplinare lungo l'asse oncologo – odontostomatologo –radiologo può senza dubbio essere l'elemento diagnostico dirimente per la precoce individuazione o l'esclusione di patologie osteonecrotiche a carico dei mascellari.

Impianti dentari e bifosfonati orali

Francesco **Balzano**, Massimo Riso, Matteo Scoletta,
Marco Mozzati
Ospedale S.Giovanni Battista, **Torino**

Il poster, attraverso la review della letteratura sull'argomento, indaga sulla possibilità di inserire impianti dentari in pazienti che assumono BF orali (i casi esaminati hanno tutti, come indicazione terapeutica al farmaco, l'osteoporosi) e

i risultati che si hanno utilizzando invece i BF come coadiuvanti dell'osseointegrazione implantare;

quindi si punta l'attenzione sulla possibilità che la chirurgia implantare possa rappresentare un fattore di rischio (come per le estrazioni dentarie) per la comparsa di ONJ.



Università Degli Studi di Torino
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Management dell' ONJ da bifosfonati, il punto di vista dell'igienista dentale

G. Canuto, M. Scoletta, M. Mozzati



Az. Ospedaliero-Universitaria
S.G.Battista di Torino

Nell'ambito dell'attività del reparto di Chirurgia Odontostomatologica delle Molinette sono state trattate **7 lesioni** mediante l'applicazione di un **protocollo sperimentale di debridement superficiale** della lesione con ultrasuoni.

SCOPO

Valutare l'efficacia del debridement ed il controllo dell'igiene orale con apparecchio ad ultrasuoni al fine di migliorare la qualità di vita del paziente riducendo i sintomi e stabilizzando la lesione.

MATERIALI E METODI

Protocollo

- 4 sedute di igiene orale e della lesione (frequenza settimanale) (T0);
- visita di controllo una settimana dopo il ciclo di debridement (T1);
- follow up ad un mese dalla conclusione delle sedute (T2)

Il livello di igiene orale e della lesione, dolore, alitosi e staging della lesione sono stati valutati a T0, T1 e T2.

Debridement lesione

Piezosurgery® (modalità: BONE; potenza: 16 W; inserto: LEVIGANTE OP3)

RISULTATI

- Il **livello di igiene orale e della lesione** migliora in tutti i pazienti da **insufficiente a sufficiente** e rimane stabile al follow up.
- La tendenza al miglioramento dell'igiene orale è avvalorata dal decremento della percentuale di pazienti con **alitosi**. Si passa **dall'iniziale 100% al 50%** di T1, che rimane stabile al follow up.
- Le **lesioni** mostrano un **miglioramento clinico** pari al **42,86%**.
- Durante il trattamento si osserva un aumento del valore mediano della percezione del **dolore**. Questo andamento si ipotizza essere dovuto all'induzione di una risposta infiammatoria da parte dell'organismo dopo l'applicazione degli ultrasuoni. Tale **passaggero** aumento si risolve con la fine delle applicazioni per poi rimanere stabile nel tempo.

CONCLUSIONI

Il debridement superficiale con ultrasuoni può essere considerato un valido strumento terapeutico nella gestione delle lesioni associate a bifosfonati in quanto ben tollerato ed eseguibile su qualsiasi tipo di lesione.

Trova applicazione nella terapia di piccole lesioni e nelle fasi pre-chirurgiche di grandi lesioni abbattendo la carica batterica. Non presenta effetti collaterali, se non un lieve aumento del dolore gestibile con i comuni FANS. Associato ad una corretta motivazione, sensibilizza il paziente al miglioramento dell'igiene orale.

Il trattamento con bifosfonati: prevenzione e trattamento dell'ONJ.

Tiziana Coialbu.

Struttura Semplice Oncologia

U.O. Medicina ASL 3 Genovese Nord, **Genova**

Al gennaio 2007 avevamo condotto una revisione dei casi trattati presso il nostro Centro con pamidronato e/o zoledronato riportando 3 casi di ONJ su 47 pazienti.

Abbiamo riesaminato ulteriori 20 pazienti (11 F e 9 M) d'età mediana 80 anni (range 44-91). Di questi 8 avevano metastasi ossee da ca. mammario, 7 da ca. prostata, 2 mieloma, 1 ca. rene, 1 polmone ed 1 primitivo sconosciuto. 18 pazienti ricevevano zoledronato con una mediana di 6 somministrazioni (range 2-19) mentre 2 pazienti ricevevano ibandronato per os.

Nella nostra casistica emergono i seguenti problemi: la necessità di spiegare la possibilità di questo evento avverso senza destare preoccupazione più del necessario; la difficoltà di diagnosi precoce e differenziale nei confronti di flogosi o metastasi.

1-TUMORE DEL POLMONE: PRINCIPALI SITI DI METASTASI

- OSSO*
- ENCEFALO*
- FEGATO*
- SURRENE*

2-EVENTUALI ASSOCIAZIONI ALLE LESIONI OSSE:

- DOLORE*
- IMPOTENZA FUNZIONALE*
- FRATTURE PATOLOGICHE*
- COMPRESSIONE MIDOLLARE-IPER CALCEMIA*

3-RISULTATI

- 22 PAZIENTI ALLO STADIO 4**
- MEDIA 73 ANNI (57-85)*
- MEDIANA DI SOMMINISTRAZIONE 9 (7-12)*
- NON EFFETTI COLLATERALI*
- NON EVENTI SCHELETRICI*

Prevention of SREs in patients with NSCLC: the role of Zoledronic Acid
Giovanni Condemi and Giuseppe Bellocco (Ospedale di **Siderno, CS**)

CONCLUSIONI

ACIDO ZOLEDRONICO RISULTA:

- SICURO
- EFFICACE
- MANEGEVOLE
- CONVENIENTE
- DOTATO DI EFFETTO SINERGICO ALLA C.T.
- RIDUCE L'USO DI ANALGESICI
- MIGLIORA LA QUALITA' DI VITA

Osteonecrosi dei mascellari. Prevenzione. Esperienza dell'Ospedale Mauriziano di Torino

F. Goia, P. Appendino, L. Basano, S. Buttiglieri, A. Chiarelli, M. Gilardino, E. Scatà

* S.C. Odontostomatologia – A.O. Ordine Mauriziano, Torino –
Direttore dott F. Goia

Da aprile 2004 a dicembre 2008 sono stati visitati presso l'IRCC di Candiolo e l'Ospedale Mauriziano di Torino 405 pazienti in cura con bifosfonati e.v..

Secondo gli autori le estrazioni dentarie accompagnate da una toeletta alveolare con Piezosurgery presentano una maggior probabilità di guarigione clinica.

Sono state effettuate 67 estrazioni con 65 guarigioni cliniche seguendo un protocollo predefinito.

RISULTATI

Stage 0: Pz. intercettati senza lesione in atto 354

Visita preventiva e Bonifica secondo i protocolli

2 pz. passati in stage I per osteonecrosi da esiti di estrazioni preventive

**AUMENTO E DECREMENTO NEL TEMPO
DEI CASI DI OSTEONECROSI DEI MASCELLARI (ONJ)
NEI PAZIENTI ONCOLOGICI ED EMATOLOGICI
TRATTATI CON BIFOSFONATI :
IMPATTO DELLE MISURE DI PREVENZIONE
E DELLA RIDUZIONE DELLE PRESCRIZIONI
IN PIEMONTE E VALLE D'AOSTA**

Anastasios Loidoris

ed il **Gruppo ONJ della Rete Oncologica Piemonte-VdA**

(elenco completo dei Centri e dei Colleghi partecipanti : vedi poster)

Risultati: al 31 dicembre 2008, sono stati registrati complessivamente **247 casi di ONJ** tra pazienti con mieloma, tumori solidi, osteoporosi ed altre affezioni non oncologiche.

Presentiamo la valutazione dei dati relativi a 200 casi di ONJ
in pazienti onco ed ematologici

ONJ in Piemonte –Valle d’Aosta (update: dicembre 2008)



241 casi segnalati (+ 6 pazienti da fuori regione)

20 non onco-ematologici (osteoporosi, A.R., ecc)

21 oncologici con dati incompleti

200 oncologici con dati completi sul trattamento con BP

16 solo pamidronato

43 pamidronato seguito da acido zoledronico

127 solo acido zoledronico

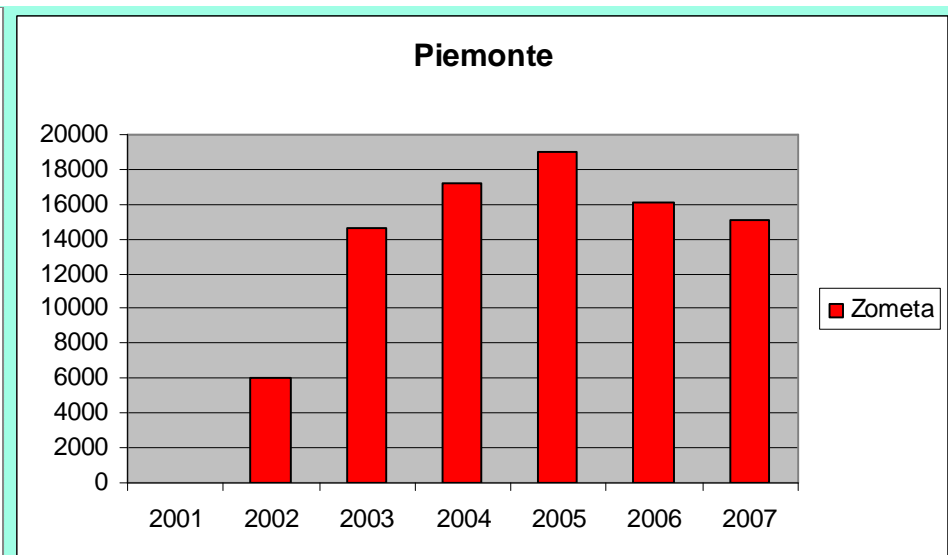
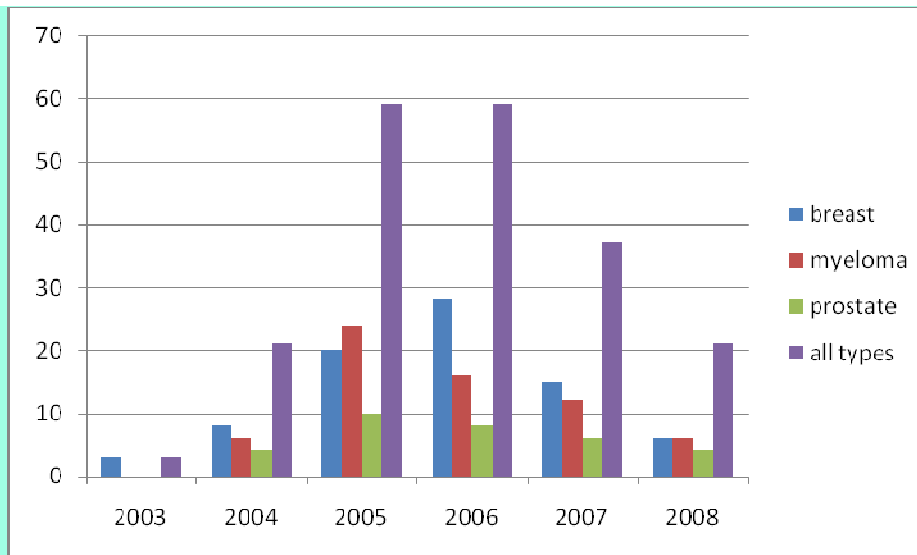
9 acido zoledronico + altro

5 altri (alendronato, clodronato, alen → pam)

Anno di diagnosi	2003	2004	2005	2006	2007
ONJ Nuovi casi	3	21	59	59	37

2008

21



**Nuovi casi di ONJ in pazienti
oncologici ed ematologici
2003-2008**

**Prescrizioni di Zometa in Piemonte
2002-2007**

Conclusioni: anche considerando un effetto di “harvesting” (raccolta di casi prevalenti, oltre a quelli incidenti) nel primo periodo (2005-2006), sembra evidente la riduzione dei nuovi casi di ONJ nei pazienti onco-ematologici di Piemonte e Valle d’Aosta dopo l’adozione di misure preventive.

Tuttavia, alla luce della consistente riduzione delle prescrizioni di BP (nella nostra area regionale simile a quella italiana e di altri Paesi europei), occorre valutare l’effetto competitivo dei vari fattori.

Management odontostomatologico in 186 pazienti onco-ematologici in trattamento e candidati alla terapia con bisfosfonati: esperienza di Parma

M. Manfredi, E. Merigo, R. Guidotti, M. Meleti, G. Mergoni, A. Sarraj, A. Ripasarti, S.Salvagni*, P. Vescovi

Ambulatorio di Patologia e Chirurgia Orale Laser-Assistita,
Sezione di Odontostomatologia, Università di **Parma**

*UO Oncologia, ASO Parma

186 pazienti (61 maschi, 125 femmine, età media 66.4 anni) affetti da tumori solidi con metastasi ossee (160) o mieloma multiplo (26) candidati o già in trattamento con BP per ev sono stati valutati da Gennaio 2005 ad Aprile 2009 c/o il nostro Ambulatorio.

In particolare, **104 pazienti- Gruppo A** -(39 Maschi, 65 Femmine, età media 65.6 anni) sono stati **inviati prima del trattamento con BP**, mentre

82-Gruppo B- (22 maschi, 60 femmine, età media 67.3 anni) **avevano già iniziato la terapia.**

Protocollo includente **Low Level Laser Therapy (Nd:YAG laser, 1.25 W, 15 Hz)(se chirurgia)**

Nel gruppo A non si sono verificate ONJ.

8/82 (9.7%) del Gruppo B hanno sviluppato esposizione ossea. In particolare, solo 2/8 (25%) si sono verificate in sedi di estrazioni, mentre le altre sono state "spontanee".

Un programma di monitoraggio odontoiatrico può diminuire l'insorgenza della patologia e permetterne l'intercettazione precoce, aumentando le possibilità di successo clinico.



PROTOCOLLI DI ESTRAZIONE DENTARIA IN PAZIENTI CHE ASSUMONO BIFOSFONATI

M Mozzati, M Scoletta, S Silvestri, E Lerda (Torino)

INTRODUZIONE

Il numero di pazienti in terapia con bifosfonati è aumentato negli ultimi anni e tenderà prevedibilmente ad aumentare ulteriormente visti i buoni risultati degli ultimi studi sulle indicazioni al loro utilizzo.

Spesso in questa categoria di pazienti si rendono necessarie estrazioni dentarie o procedure chirurgiche più o meno invasive; tali terapie, fino ad oggi, sono state sconsigliate dalla letteratura al fine di ridurre l'incidenza di ONJ.

SCOPO DEL LAVORO

Il lavoro svolto consiste nel verificare la validità e la sicurezza dei protocolli di estrazione utilizzati nella nostra struttura ospedaliera; tali protocolli prevedono:

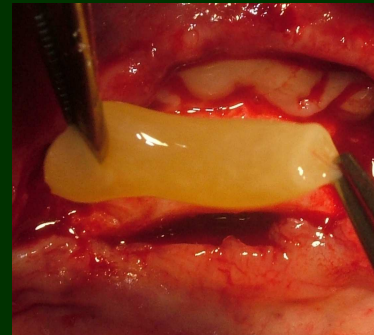
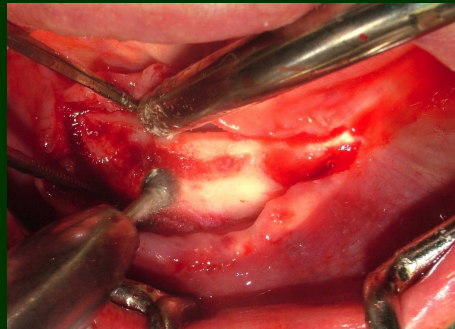
- terapia antibiotica (2 gr/di amoxicillina + ac.clavulanico) x 6 gg da iniziare il giorno prima dell'intervento
- estrazione atraumatica tramite utilizzo della **piezosurgery**
- osteoplastica e/o alveolectomia
- impiego di **concentrati piastrinici (PRGF)** solo nei pz in terapia con BF ev
- **chiusura della ferita per prima intenzione tramite lembo mucoperiosteo**



114 pazienti: 98 donne e 16 uomini, in corso di terapia o a terapia ultimata con bifosfonati orali ed endovena.

Totale di **359 estrazioni** delle quali 166 mandibolari e 193 mascellari.

Durata dello studio: da Gennaio 2008 ad Aprile 2009



RISULTATI

Al termine del periodo di valutazione (da Gennaio 2008 ad Aprile 2009) è stato registrato **1 solo caso di ONJ**, comparso precocemente a circa **60 giorni dall'estrazione**, in una paziente sottoposta a terapia con Zometa.

CONCLUSIONI

E' possibile effettuare estrazioni in pazienti in corso di terapia o dopo sospensione di BF in sicurezza, a condizione che l'intervento chirurgico venga affrontato nel modo meno traumatico possibile e che venga assicurata una guarigione dei tessuti molli per prima intenzione.

Resta inoltre di fondamentale importanza un follow-up continuativo nel tempo al fine di intercettare il più precocemente possibile eventuali ONJ



STUDIO OSSERVAZIONALE ONJ007 PER VALUTARE L'EFFICACIA DELLA PREVENZIONE NELLO SVILUPPO DI OSTEONECROSI DEL MASCELLARE IN PAZIENTI CANDIDATI O GIA' IN TRATTAMENTO CON BISFOSFONATI PER LOCALIZZAZIONI OSSEE DA NEOPLASIA SOLIDA O EMATOLOGICA

M. Pellegrini^a, **P. Rolla**^b, **C. De Gaudio**^c, **V. Ciliberti**^c, **R. Tarchi**^c e **E. Baldini**^a

U. O. Oncologia Medica ^a, U. O. Odontostomatologia ^b, U. O. Medicina Nucleare Ospedale "Campo di Marte" di **Lucca**.

STUDIO OSSERVAZIONALE ONJ007

- Dal febbraio 2007 ad oggi sono stati reclutati un numero totale di **99 pazienti** a ricevere protocollo ONJ007 per la prevenzione della osteonecrosi del mascellare.
- Il 73% dei pazienti arruolati sono donne e la sede di tumore maggiormente rappresentata è la mammella seguita dal mieloma multiplo (12%) e dal tumore prostatico.
- Lo studio è ancora in corso.

PRE - GROUP

70 pazienti sono stati arruolati in classe 2 (71%)

5 pazienti sono stati classificati in classe 3

POST - GROUP

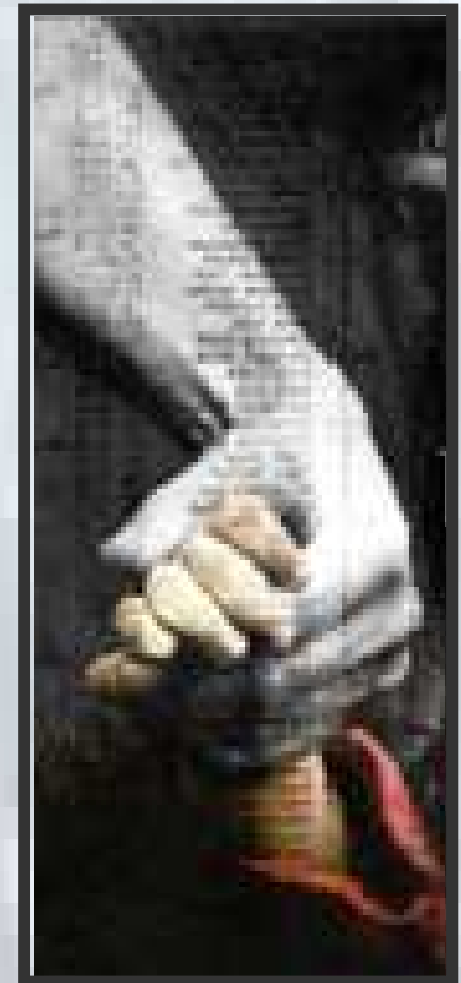
26% dei pazienti è risultato in classe 1

SPECT/CT		RX-OPT	
1+	16	1+	20
2+	7	2+	20
3+	3	3+	6
NEG	23	NEG	23

STUDIO ONJ007

STUDIO ONJ007 I primi dati evidenziano:

- L'attuazione del protocollo di studio ONJ007 ci **permette di iniziare terapia con BSF nei tempi previsti** conformandoci alle procedure di buona pratica clinica individuate dalla letteratura.
- L'identificazione di pazienti a rischio e l'implementazione di programmi di prevenzione nei pazienti di classe 1 ha ridotto significativamente l'incidenza di ONJ (*POST-GROUP = 0%*).
- La SPECT/CT si è rivelato il miglior approccio diagnostico nell'individuare lesioni ONJ sub-cliniche e la metodica strumentale da utilizzare nei pazienti POST-GROUP.



PROTOCOLLO DI ESTRAZIONE CHIRURGICA IN PAZIENTI IN TERAPIA CON AMINO-BISFOSFONATI. PREVENZIONE SECONDARIA DELLA BRONJ: RISULTATI AD 1 ANNO DI FOLLOW-UP

A Tronchet*, G Bettini°, A Totola°, F Bresciani°, G Saia*,
G Ferronato*, PF Nocini°

**UOC Chirurgia Maxillo-Facciale – Azienda Policlinico, Università degli Studi di Padova*

°Sezione di Chirurgia Maxillo-Facciale ed Odontostomatologia - Policlinico G.B. Rossi, Università degli studi di Verona

Materiali e metodi: 60 pazienti in terapia con a-BPs e.v. o orali da più di 3 anni sono stati sottoposti al seguente protocollo: sospensione dell'a-BP e.v. il mese della procedura; estrazione dentaria chirurgica con prelievo di biopsia dell'osso alveolare; chiusura mucosa mediante lembo mucoperiosteo; 7 giorni di terapia antibiotica.

I pazienti sono stati sottoposti a controlli clinici e radiologici a distanza di 1, 3, 6 e 12 mesi dalla procedura.

PROTOCOLLO DI ESTRAZIONE CHIRURGICA IN PAZIENTI IN TERAPIA CON AMINO-BISFOSFONATI. PREVENZIONE SECONDARIA DELLA BRONJ: RISULTATI AD 1 ANNO DI FOLLOW-UP

A Tronchet*, et al (Padova – Verona)

Risultati: in 54/60 casi le biopsie sono risultate negative per osteomielite e hanno mostrato osso con architettura e vascolarizzazione normale o minime alterazioni.

Le biopsie di 6/60 pazienti hanno mostrato segni di osteomielite ma in nessun caso sono stati riscontrati segni di osteonecrosi;

3/6 hanno sviluppato segni radiologici e sintomi di BRONJ a distanza di 3 mesi dall'estrazione; di questi uno è stato arruolato nel protocollo chirurgico a distanza di 6 mesi, uno/6 è deceduto per la malattia di base e l'ultimo ha presentato remissione della clinica a 12 mesi pur risultando positivo alla TC. Due hanno mostrato segni di osteomielite solo alla TC e non hanno sviluppato segni clinici nei 12 mesi successivi all'estrazione. Un paziente, in terapia con a-BPs orali, non ha sviluppato segni clinici/ radiologici di malattia.

Nei 54/60 casi con biopsie ossee negative si è avuta completa guarigione mucosa in assenza di segni clinici e radiologici di BRONJ.

Conclusioni: alla luce dei risultati, l'estrazione dentaria in pazienti in trattamento con a-BPs è da ritenersi sicura, perché il trauma chirurgico non produce di per sé osteomielite (...)

I pazienti che hanno sviluppato segni radiologici e/o clinici di BRONJ, presentavano riscontro istologico positivo per osteomielite già al momento dell'estrazione, pur in assenza di evidenza radiologica di malattia in atto. Ciò dimostrerebbe come il processo fosse già attivo a livello microscopico, probabilmente scatenato da focolai di infezione odontogeni o parodontali.

Elementi dentari patologici lasciati in sede possono essere responsabili di BRONJ, perciò l'estrazione in questi pazienti non solo è possibile perché non direttamente causa di osteomielite, ma è auspicabile come misura preventiva della BRONJ.