

6. faux

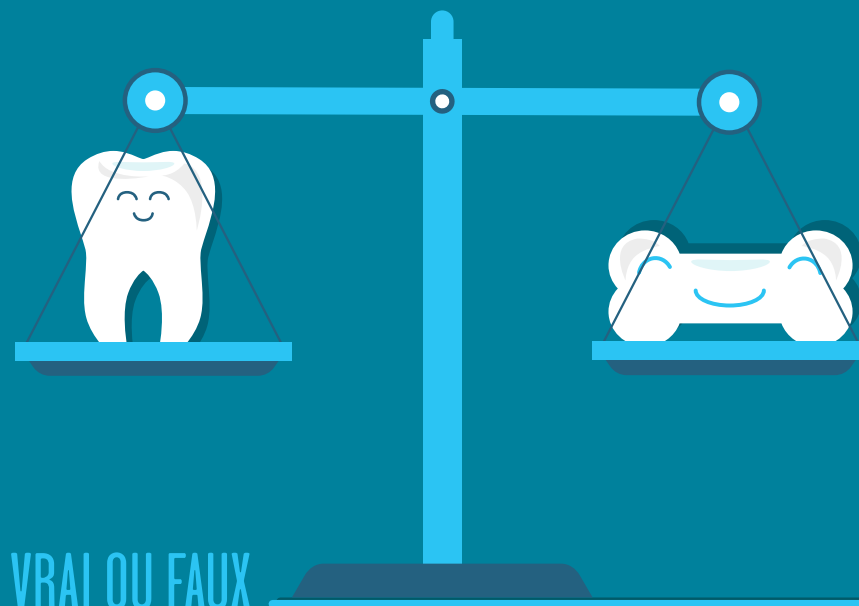
Un report doit rester exceptionnel et discuté avec le médecin

- a. Pas de suspension d'un traitement par bisphosphate
- b. Concernant le denosumab (PROLIA) : réaliser le geste à distance (2 à 5 mois) de la dernière injection (pour info : 1 injection/6 mois, 1/2 vie=28jours). Un report doit rester exceptionnel et discuter avec le médecin. Il n'y a pas lieu de différer les traitements par raloxifène ou teriparatide, pour lesquels le risque est nul ou quasi-nul.



Toute reproduction est interdite, sauf autorisation expresse des auteurs.

L'OSTÉONÉCROSE DE LA MÂCHOIRE DANS LE TRAITEMENT DE L'OSTÉOPOROSE : FAUT-IL EN AVOIR PEUR ?



VRAI OU FAUX

1. L'ostéoporose est une maladie grave
2. L'ostéonécrose de la mâchoire est une complication fréquente des traitements anti-résorbeurs au cours de l'ostéoporose.
3. Les bisphosphonates par voie intraveineuse sont beaucoup plus inducteurs d'ONM que ceux par voie orale
4. Il vaut mieux retarder la mise en route du traitement anti ostéoporotique pour faire les soins dentaires avant
5. Chez un patient traité pour ostéoporose, les soins dentaires chirurgicaux sont contre indiqués
6. En cas de chirurgie dentaire, il faut interrompre le traitement de l'ostéoporose

1. Vrai

L'ostéoporose est responsable de fractures pour un faible traumatisme. Beaucoup sont associées à une augmentation de la mortalité quelque soit l'âge de survenue. Ce sont entre autres les fractures du col du fémur, des vertèbres, du bassin. Il se produit en France une fracture du col du fémur toutes les 10 minutes. Un patient sur 5 décède après fracture du col du fémur et 1 sur 2 ne retrouve pas son autonomie antérieure. L'ostéoporose a aussi un énorme coût de santé : c'est la première cause d'hospitalisation chez la femme (le double du cancer du sein par exemple) et la deuxième chez l'homme (derrière l'infarctus du myocarde).

2. Faux

L'incidence est évaluée à 10 pour 100 000 patients.années dans les populations ostéoporotiques (comparativement à 1 à 10 % patients. années dans les utilisations en oncologie). Par comparaison le risque de survenue d'une fracture du col du fémur dans cette population est plus de 100 fois plus élevé.

3. Faux

Concernant l'implication du traitement dans l'ostéonécrose de mâchoire le risque est lié à la dose et à la durée et non pas à la voie d'administration.

Il existe d'autres facteurs tout aussi important à prendre en compte :

- Le risque en fonction du type de traitement

Type de traitement	Risques
Teriparatide (Forsteo® Movimia®)	Risque nul
Raloxifène (Evista®, Optruma®)	Risque très faible*
Risedronate (Actonel®) xx	Risque faible**
Alendronate (Steovess®, Fosamax®, Fosavance® Adrovan®) xx	Risque faible**
Acide zoledronique injection annuelle (Aclasta®) xx	Risque faible**
Denosumab (Prolia®)	Risque faible**

*Peu de cas rapportés ** Risque faible : 1/10 000 Patient/année (PA)
xx : Classe des Bisphosphonates

Les autres facteurs qui favorisent l'ONM sont :

- **Facteurs de risques liés au patient** : > 65 ans, habitude de vie (tabac, alcool, obésité), pathologies systémiques (cancer, radiothérapie cervico-faciale, diabète, anémie), médicaments associés (corticoïdes, immunosuppresseur, anti angiogénique)
- **Facteurs de risques locaux** : maladie parodontale, infection endodontique, prothèse amovible, mauvaise hygiène orale, chirurgie alvéolaire, mandibule > maxillaire

4. Ni faux ni vrai

Le risque est quasiment inexistant les deux premières années. Si le traitement est considéré comme urgent (notamment cascade fracturaire) il ne faut pas différer la mise en route du traitement. S'il n'y a pas d'urgence on peut se permettre de faire d'abord les soins dentaires.

Dans tous les cas :

- Réaliser un bilan clinique et radiologique
- Réaliser les soins, y compris chirurgicaux, pour supprimer / réduire les foyers inflammatoires, infectieux ou iatrogènes avérés et potentiels
- Éduquer le patient aux soins d'hygiène bucco-dentaire
- Informé du risque d'ONM

5. Faux

Pendant le traitement :

- Assurer un suivi tous les 6 à 12 mois ou en cas de symptôme
- Réaliser les soins non chirurgicaux pour prévenir ou supprimer / réduire les foyers inflammatoires, infectieux ou iatrogènes
- En cas d'indication chirurgicale (avulsions dentaires, chirurgie endodontique, chirurgie parodontale, implantologie)
 - Fermeture systématique du site opératoire
 - L'antibiothérapie n'est pas recommandée, mais peut être discutée selon les facteurs de risque
 - Suivi de la cicatrisation muqueuse à J15 et plus si nécessaire
- En cas d'ONM, déclarer l'effet indésirable à la pharmacovigilance et adresser le patient vers une équipe spécialisée