Problématiques bucco-dentaires

Introduction

Les traitements anti-ostéoporotiques anti-résorbeurs (les bisphosphonates (BP) et le dénosumab (Dmab)), sont associés sur le plan bucco-dentaire à un **risque très faible d'ostéonécrose de la mâchoire** (ONM). Ce risque est différent selon la posologie et le rythme d'administration.

Ainsi, à **dose classique anti-ostéoporotique (pour le zoledronate 5mg par an)**, l'incidence des ONM est estimée **entre 0.001% et 0,10%**, soit 100 fois moins fréquente qu'à **dose oncologique (pour le zoledronate 4 mg par mois**) entre 1 et 10%.

L'ostéonécrose des maxillaires induite par bisphosphonates ou dénosumab peut être décrite selon la définition AFSSAPS 2007 par les 4 critères suivants :

· Lésion de la muqueuse au niveau de la région maxillo-faciale mettant à nu l'os nécrosé, persistant depuis plus de 8 semaines

· Traitement par bisphosphonates ou dénosumab antérieur ou en cours

· Absence d'antécédent d'irradiation crânio-faciale

Le prise en charge bucco-dentaire ne doit pas retarder l'instauration du traitement anti-ostéoporotique en cas de fracture sévère récente.

Un traitement par bisphosphonate ou denosumab aux doses anti-ostéoporotiques ne contre-indique pas les soins dentaires.

Données disponibles

Incidence ONM sous BP et Dmab :

- Le risque augmente de manière significative avec la durée de traitement (surtout après 3 ans) et la dose cumulée

- L'incidence des ONM sous Dmab semble augmenter en cas de traitement antérieur par BP

- Le risque d'ONM devient significatif sous zolédronate (zol) vers 18 mois. Il semblerait plus court avec le Dmab et plus long avec le pamidronate et les BP oraux.

- L'utilisation de protocoles basés sur des mesures de contrôle de l'infection au niveau local et systémique a montré une réduction du risque d'ONM, devenant quasi nulle sous BP oraux

Implants et ONM :

- Après la pose d'implant, une ONM peut survenir rapidement après la pose (lié à l'acte chirurgical) ou plusieurs années après (spontanément)

Autres traitements anti-ostéoporotiques :

- Absence de risque d'ONM sous tériparatide et raloxifène

NB : intérêt de la réalisation d'une évaluation et de soins bucco dentaires pendant ces traitements afin d'anticiper relais par les autres anti-résorbeurs

Comment prévenir l'ONM

Conseils aux patients traités par bisphosphonates ou dénosumab

- Brossage de dents biquotidiens
- Consultation annuelle chez le chirurgien-dentiste
- Chirurgien-dentiste informé du traitement (courrier)
- Avis dentaire si douleur ou mobilité dentaire ou saignements gingivaux

Facteurs favorisants l'ostéonécrose de la mâchoire sous BP et Dmab

Dans la moitié des cas, l'ostéonécrose survient dans les suites d'une avulsion dentaire.

- Systémiques : chimiothérapie, corticothérapie, antiangiogéniques, diabète, obésité, tabac, alcool, dénutrition
- Locaux : maladie parodontale, mauvaise hygiène dentaire, prothèse mal ajustée, exostoses

A l'introduction du traitement (dose ostéoporotique) :

Si bon état bucco-dentaire et suivi dentaire régulier : pas de consultation systématique avant début du traitement, sauf avulsions dentaires ou implants prévus

Si absence de suivi récent ou mauvais état bucco-dentaire :

- Et ostéoporose densitométrique non fracturaire : consultation dentaire avant début du traitement en l'absence de risque immédiat de fracture
- Et ostéoporose fracturaire avec fracture sévère récente (< 2 ans) : début du traitement par BP ou Dmab envisageable avant consultation dentaire car risque de récidive fracturaire immédiat augmenté. Soins dentaires à réaliser le plus tôt possible suite à l'instauration du traitement. Un BP oral peut être privilégié dans l'attente des soins dentaires, car à risque d'ONM moindre.
- Si facteurs favorisants d'ONM ou fracture ancienne sans récidive récente : consultation dentaire avant début du traitement

Conduite à tenir si doses oncologiques

- Consultation et soins bucco dentaires obligatoires avant début du traitement

- Implants contre-indiqués

- Si nécessité avulsions : suspension traitement

Conduite à tenir si nécessité d'avulsions ou implants dentaires sous BP et Dmab

- Il n'y a pas d'intérêt à arrêter le traitement anti-ostéoporotique

- Bains de bouches quotidiens à la Chlorhexidine ou Bétadine

- Antibiothérapie prophylactique par Amoxicilline (2g/j en 2 prises) ou Clindamycine (1200 mg/jour, en deux prises) la veille de l'intervention et jusque cicatrisation complète (souvent 7j environ)

- Renforcement des mesures de précaution en cas de facteurs favorisants d'ONM

- cas particulier des avulsions dentaires sous denosumab : La chirurgie dentoalvéolaire prévue peut être réalisée 3 à 4 mois après la dernière dose de DMB, lorsque le niveau d'inhibition des ostéoclastes diminue. Le traitement peut ensuite être réintroduit 6 à 8 semaines après l'intervention chirurgicale.

- Surveillance odontologique prolongée et biannuelle (détecter précocement complications)

Conduite à tenir si suspicion d'ONM

- Bains de bouche Chlorhexidine ou Bétadine

- Antibioprophylaxie par Amoxicilline ou Clindamycine

- Panoramique dentaire et scanner (cone beam ou maxillo-facial)

- Adresser en urgence en odontologie ou chirurgie maxillo-faciale

Pour aller plus loin

- Ruggiero SL, et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons' Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws-2022 Update. J Oral Maxillofac Surg. 2022 May;80(5):920-943.

- Khan, A. A. et al. Diagnosis and Management of Osteonecrosis of the Jaw: A Systematic Review and International Consensus. Journal of Bone and Mineral Research 30, 3–23 (2015).

- Advisory Task Force on Bisphosphonate-Related Ostenonecrosis of the Jaws, American Association of Oral and

Maxillofacial Surgeons. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws. J Oral Maxillofac Surg. 2007 Mar;65(3):369-76.

- 2012 - SFSCMF - Bisphosphonates et implantologie orale.pdf.

- Everts-Graber J, Lehmann D, Burkard JP, Schaller B, Gahl B, Häuselmann H, Studer U, Ziswiler HR, Reichenbach S, Lehmann T. Risk of Osteonecrosis of the Jaw Under Denosumab Compared to Bisphosphonates in Patients With Osteoporosis. J Bone Miner Res. 2022 Feb;37(2):340-348.

- Peng, J. et al. Real-world study of antiresorptive-related osteonecrosis of jaw based on the US food and drug administration adverse event reporting system database. Front. Pharmacol. 13, 1017391 (2022).

- Osteonecrose-des-machoires-en-chirurgie-oromaxillofaciale-et-traitements-medicamenteux-a-risque.pdf.

- Briot, K. et al. Actualisation 2018 des recommandations françaises du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique. Revue du Rhumatisme 85, 428–440 (2018).

- Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale, Ostéonécrose des mâchoires en chirurgie oromaxillofaciale et traitements médicamenteux à risque (antirésorbeurs osseux, antiangiogéniques), Recommandations de Bonne Pratique, Juillet 2013

Messages clés

- L'incidence de l'ONM sous BP et Dmab est très faible dans l'ostéoporose, estimée entre 0.001% et 0,10%, et augmente avec la posologie et la durée du traitement
- Un suivi bucco-dentaire régulier est nécessaire sous BP et Dmab,
- Les avulsions et implants sont possibles sous BP et Dmab, si bonne hygiène bucco-dentaire, antiobiothérapie prophylactique et à distance des injections en cas de traitement par forme injectable

Date de modification : 08/07/2025 19:35